
**Rapport du
Comité régional
de la
Méditerranée orientale
Cinquante-neuvième session**

**Le Caire (Égypte)
1^{er}–4 octobre 2012**

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

Le Caire (Égypte)
1^{er} – 4 octobre 2012

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Séance d'ouverture et questions de procédure.....	2
2.1	Séance d'ouverture	2
2.2	Ouverture officielle de la session par le Président de la cinquante-huitième session	2
2.3	Allocution du Directeur général de l'OMS	2
2.4	Allocution du Directeur régional.....	3
2.5	Élection du Bureau	4
2.6	Adoption de l'ordre du jour	4
3.	Rapports et communications	5
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 2011.....	5
	Rapports de situation sur l'éradication de la poliomyélite, l'Initiative Pour un monde sans tabac, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs mondiaux en matière de santé après 2015, la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé VIH 2011-2015, l'amélioration du financement des soins de santé et les progrès réalisés en vue de la protection sociale de la santé dans la Région	5
4.	Questions concernant l'Organisation.....	11
4.1	Visions futures régionale et mondiale de l'OMS.....	11
4.2	Révision du Règlement intérieur du Comité régional de la Méditerranée orientale.....	13
4.3	Réforme de l'OMS : situation actuelle et perspectives régionales	16
5.	Questions budgétaires et programmatiques.....	20
5.1	Douzième programme général de travail et budget programme 2014-2015	20
5.2	Rapport sur les missions conjointes Gouvernement/OMS de planification et d'examen des programmes en 2011, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays : résultats et enseignements tirés.....	22
6.	Questions techniques	24
6.1	Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagements pour les États Membres et orientations futures.....	24
6.2	Principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international 2005 : respect de la date butoir fixée à 2014	32
7.	Discussions techniques	38
7.1	Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et options pour l'action future Présentation.....	38
8.	Autres questions	44
8.1	a) Suivi des mesures prises au niveau régional eu égard à la décision EB130(1) du Conseil exécutif sur la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables	44
	b) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la cent trente et unième session du Conseil exécutif	44

c)	Rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (résolution WHA65.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé)	44
d)	Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif	46
e)	Réponse régionale à la Décision WHA65(8) sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, y compris le résultat de la Conférence internationale sur les modes de vie sains et les maladies non transmissibles dans le monde arabe et au Moyen-Orient.....	46
8.2	Demande de transfert de la République du Soudan du Sud de la Région OMS de la Méditerranée orientale vers la Région OMS de l'Afrique	47
8.3	Situations d'urgence dans la Région, et plus particulièrement en République arabe syrienne et dans les pays voisins	47
8.4	Remise du Prix et de la Bourse d'études de la Fondation du Dr A.T. Shousha, 2012	49
8.5	Remise 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.....	49
8.6	Remise du Prix de la Recherche sur le Syndrome de Down pour 2012	49
8.7	Lieu et date des sessions futures du Comité régional.....	49
9.	Séance de clôture	50
9.1	Examen des projets de résolutions et des décisions	50
9.2	Adoption des résolutions et du rapport.....	50
9.3	Clôture de la session	50
10.	Résolutions et décisions	51
10.1	Résolutions	51
10.2	Décisions	58

Annexes

1.	Ordre du jour	60
2.	Liste des représentants, suppléants, conseillers des États Membres et des observateurs.....	62
3.	Allocution du Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale.....	84
4.	Allocution de Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS.....	89
5.	Liste finale des documents, résolutions et décisions.....	94
6.	Cadre d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles	96
7.	Règlement intérieur du Comité régional et critères souhaités pour l'évaluation des candidats au poste de Directeur régional	99

1. Introduction

La cinquante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale s'est tenue au Caire (Égypte) du 1^{er} au 4 octobre 2012. Les discussions techniques sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'action future, ont eu lieu le 2 octobre 2012.

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'	Somalie
Iraq	Soudan
Jordanie	Soudan du Sud
Koweït	Tunisie
Liban	Yémen

En outre, des observateurs de Turquie, 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), du Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA), du Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), de la Ligue des États arabes, de l'Alliance Gavi, du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme et d'un certain nombre d'organisations intergouvernementales, non gouvernementales et nationales ont participé à la session.

2. Séance d'ouverture et questions de procédure

2.1 Séance d'ouverture

Point 1 de l'ordre du jour

La séance d'ouverture de la cinquante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale a eu lieu le 1^{er} octobre 2012.

2.2 Ouverture officielle de la session par le Président de la cinquante-huitième session

C'est S.E. le Dr Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi, Ministre de la Santé d'Oman et Président de la cinquante-huitième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, qui a ouvert la session. Souhaitant la bienvenue aux délégués, il a rendu hommage au Dr Hussein A. Gezairy, Directeur régional émérite, et a salué le travail que ce dernier a effectué pour la Région pendant plus de 30 ans. Le Dr Ahmed bin Mohamed bin Obaid Al Saidi a souhaité la bienvenue au Dr Alwan à son premier Comité régional en tant que Directeur régional. Il a affirmé son plein appui aux priorités définies par le Directeur régional, faisant remarquer que ces priorités avaient été accueillies avec enthousiasme lors de la réunion spéciale tenue par les membres du Comité régional en mai 2012 à Genève. Il a également salué la participation active constatée au cours de la même réunion, ce qui reflète la volonté des États Membres d'introduire un changement positif dans la Région. Il a ajouté que des événements dramatiques s'étaient déroulés dans la Région durant l'année écoulée, révélant des variations notables dans la réaction des systèmes de santé et la nécessité de prendre des mesures de toute urgence pour combler les lacunes existantes. Cette session représente une occasion unique de s'y employer. Il a souligné la nécessité d'exploiter les atouts de la Région et de collaborer.

2.3 Allocution du Directeur général de l'OMS

Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, a noté qu'à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai, les États Membres avaient adopté une résolution déclarant que l'éradication de la poliomyélite constituait une urgence programmatique mondiale pour la santé publique. Deux des trois bastions restants du poliovirus sont situés dans la Région de la Méditerranée orientale. Le facteur le plus important pour la réussite du programme est la pleine participation des pays, du plan local au niveau national. Elle a félicité les gouvernements d'Afghanistan et du Pakistan pour avoir élaboré et mis en œuvre des plans nationaux d'urgence. Le défi consiste désormais à s'attaquer résolument aux obstacles restants et à améliorer l'appropriation, la supervision et la responsabilisation. Elle a déclaré qu'il s'agissait d'une situation d'urgence qui revêtait une priorité plus importante que jamais et qu'un échec ne saurait en aucun cas être accepté. Faisant ensuite référence à d'autres maladies, elle a remercié l'Arabie saoudite et le Qatar pour l'aide qu'ils avaient apportée pour identifier des cas inhabituels de maladie respiratoire grave avec insuffisance rénale. Cela avait permis de caractériser un nouveau coronavirus et d'alerter les autorités sanitaires à l'échelle mondiale sur l'éventualité de cas similaires de cette affection peu commune. Cet exemple de dépistage rapide et de vigilance accrue à l'échelle mondiale a montré que le Règlement sanitaire international offrait des capacités renforcées pour améliorer la sécurité collective en matière de santé mondiale.

Passant à la question de la lutte contre les maladies non transmissibles, elle a indiqué que les experts décrivaient la montée de ces affections comme l'un des plus grands défis auxquels la santé mondiale se trouvait confrontée au XXI^e siècle. Les problèmes que posent ces maladies sont sans précédent par leur ampleur et leur complexité. Ils menacent non seulement la santé, mais aussi les économies. Ils remettent en question la viabilité même des systèmes de soins et les programmes en place pour apporter une protection financière. La progression des maladies non transmissibles, a-t-elle ajouté, donne de solides arguments en faveur de réformes dans la manière dont les soins de santé sont dispensés dans la Région. Le document sur le renforcement des systèmes de santé montre que les pays de la Région, qu'ils soient riches ou pauvres, sont confrontés à une longue liste de défis et de problèmes qui, à de rares exceptions près, n'ont pas fait l'objet d'une attention politique appropriée.

Le document propose d'établir des priorités pour améliorer les performances des systèmes de santé et conclue que le principal défi dans de nombreux pays, quel que soit le niveau de richesse, consiste à parvenir à une volonté et à un engagement politiques de haut niveau en faveur de la couverture de santé universelle. Le Dr Chan a conclu son intervention en soulignant les deux importantes missions qui incombent à l'OMS et aux États Membres et pour lesquelles il ne fallait absolument pas échouer. La première est la réforme de l'OMS, qui ferait l'objet de discussions au cours de la session. La seconde consiste à placer la santé au programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015. Faisant référence à la complexité des menaces pesant actuellement sur la santé, elle a déclaré que, selon elle, l'un des meilleurs moyens de répondre à ces défis était de faire en sorte que la couverture de santé universelle fasse partie du programme de développement pour l'après-2015.

2.4 Allocution du Directeur régional

Le Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, a principalement abordé les défis actuellement rencontrés par la Région ainsi que sa stratégie pour les cinq prochaines années. Il a fait observer que les dirigeants du secteur de la santé devaient travailler en étroite collaboration avec les autres secteurs. En ce qui concerne les défis liés à la santé maternelle, infant-juvénile et génésique et à la nutrition, l'OMS s'attachera à promouvoir, avec les pays accusant le plus lourd fardeau de mortalité infant-juvénile et maternelle, une approche centrée sur les soins de santé primaires au sein du secteur de la santé, ainsi que la prise en compte de toute la durée de vie, et à intensifier les activités avec les partenaires. Les maladies non transmissibles sont désormais la principale cause de mortalité pour l'ensemble de la Région. Dans la Région, des mesures essentielles – qualifiées de « mesures présentant le meilleur rapport coût-efficacité » – pour la prévention de ces maladies chroniques ne sont pas mises en place avec suffisamment de rapidité ou de détermination. La Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles de septembre 2011 a exposé une vision claire et a prévu une feuille de route pour les interventions à mener. À propos du défi présenté par les tâches restant à accomplir en matière de maladies transmissibles, le Dr Alwan a expliqué qu'il s'emploierait principalement à concrétiser les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en rapport avec les maladies et à renforcer les capacités pour la prévention et la maîtrise de ces maladies. Concernant la préparation et les interventions en cas d'urgence, le Dr Alwan a regretté que la Région n'en fasse pas assez, aujourd'hui, pour remédier aux souffrances aiguës et à la détérioration de la situation sanitaire des populations dans les pays frappés par des situations d'urgence. Il compte centrer les programmes de l'OMS sur le soutien aux pays afin d'augmenter la résilience de leurs systèmes de santé face aux situations d'urgence et afin de renforcer leurs capacités à réagir efficacement. Enfin, concernant le défi clé pour tous les États Membres, à savoir celui des systèmes de santé eux-mêmes, le Bureau régional travaillera avec les États Membres afin de déterminer quelles sont les problématiques nationales liées aux systèmes de santé et de tenter d'y remédier, en fonction des besoins et du contexte propres à chaque pays.

Le Dr Alwan a déclaré que dans le domaine de la gestion globale du Bureau régional et des bureaux de pays, il a adopté une démarche visant à combler les lacunes, basée sur la transparence, l'évaluation et la responsabilisation. Il cherchera des moyens permettant de renforcer les capacités techniques au sein de l'OMS. Il a signalé à quel point il était important de coordonner les interventions conjointes des secteurs de la santé, de la politique extérieure et de la coopération internationale. Le Bureau régional a pris l'initiative de définir la diplomatie de la santé comme un cadre systématique grâce auquel les partenariats à intervenants multiples peuvent être encouragés et les politiques liées aux cinq domaines d'activité peuvent être négociées. Pour accomplir des progrès dans les cinq domaines stratégiques décrits, les États Membres devront s'engager en faveur de l'action, en instaurant une coordination plus étroite et une collaboration élargie dans chaque pays avec tous les partenaires concernés ; mettre en œuvre les engagements et accords internationaux, en particulier la Convention-cadre pour la lutte antitabac et le Règlement sanitaire international de 2005 ; s'engager davantage auprès des secteurs autres que celui de la santé et améliorer la mobilisation de ressources par les gouvernements et les donateurs au sein de la Région afin de soutenir le développement sanitaire dans

la Région, surtout dans les pays à faible revenu. Les États Membres doivent aussi investir dans le renforcement des capacités techniques de l'OMS. Le Dr Alwan a encouragé les ministres de la Santé à exprimer leur avis et à émettre des commentaires sur les défis mentionnés et les interventions proposées. Il a exprimé l'espoir qu'ensemble, l'OMS et les États Membres pourraient façonner l'avenir de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale.

2.5 Élection du Bureau

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

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

Président :	S.E. M. Bahar Idris Abu Garda (Soudan)
Vice-président :	S.E. le Dr Ali Saad Al-Obeidi (Koweït)
Vice-président :	S.E. le Dr Abdellatif Mekki (Tunisie)

Le Dr Ahmad Jan Naeem 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 Mohamed Mahyoub Hatem (Djibouti)
- Dr Mohamed Bassam Kassem (Jordanie)
- Dr Hichem Abdessalem (Tunisie)
- Dr Ghulam Asghar Abbasi (Pakistan)
- Dr Mohammed Saedi (Arabie saoudite)
- Dr Samir Ben Yahmed (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Abdallah Assa'edi (Représentant de l'OMS, Oman)
- Dr Anshu Banerjee (Représentant de l'OMS, Soudan)
- Dr Sameen Siddiqi (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Kassem Sara (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Mme Jane Nicholson (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- M. Hassan Naguib (Bureau régional de la Méditerranée orientale)

2.6 Adoption de l'ordre du jour

Point 1 b) de l'ordre du jour, document EM/RC59/1-Rev.1, Décision n°2

Le Comité régional a adopté l'ordre du jour de sa cinquante-neuvième session, après avoir ajouté un point concernant le soutien fourni par les pays voisins aux réfugiés de République arabe syrienne.

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 2011

Point 2 de l'ordre du jour, Document EM/RC59/2

Rapports de situation sur l'éradication de la poliomyélite, l'Initiative Pour un monde sans tabac, la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs mondiaux en matière de santé après 2015, la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé VIH 2011-2015, l'amélioration du financement des soins de santé et les progrès réalisés en vue de la protection sociale de la santé dans la Région

Point 2 a,b,c,d,e) de l'ordre du jour, Document EM/RC59/INF.DOC.1-5, Résolution EM/RC59/R.1

Dans son rapport, le Dr Alwan a principalement traité de l'évolution sur le plan stratégique et des orientations pour l'avenir. Abordant le thème de la mortalité maternelle et infanto-juvénile, il a fait remarquer que la couverture en matière d'interventions fondées sur des bases factuelles était limitée pour la mère et l'enfant. Une réunion de haut niveau aura lieu en janvier 2013 pour tenter de lever les obstacles qui empêchent d'accomplir plus de progrès en matière de santé maternelle et infanto-juvénile. Le Dr Alwan a déclaré que les procédures opérationnelles d'urgence avaient été déclenchées dans la Région afin de remédier à la situation de l'Afghanistan et du Pakistan face à la poliomyélite, et qu'un travail intense et un soutien régional restaient nécessaires. Un certain nombre de pays doivent consentir plus d'efforts pour atteindre l'objectif de couverture par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC) et améliorer la gestion du programme de lutte contre la rougeole. À propos de la mise en œuvre de la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies, le Dr Alwan a indiqué que les partenariats et la collaboration avec des agences et organisations régionales et internationales devront être renforcés, tout comme les capacités au sein des ministères de la Santé. L'OMS et les États Membres doivent en faire beaucoup plus pour promouvoir des modes de vie sains. La Région, dans son ensemble, a été lente à mettre en œuvre les mesures requises par la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Il a également fait observer que la plupart des pays n'accordaient pas une attention suffisante à la santé mentale et aux toxicomanies, puisque dans de nombreux pays, plus des trois quarts des personnes souffrant de graves troubles de santé mentale n'ont pas accès à des traitements de base. La prévention des traumatismes est aussi une priorité pour l'OMS dans la Région, surtout en matière de sécurité routière et de traumatologie.

Le Directeur régional a signalé que les maladies émergentes et réémergentes demeuraient une menace importante pour la sécurité sanitaire régionale, et qu'en ce qui concerne la mise en place des capacités requises pour appliquer le Règlement sanitaire international (2005), le niveau atteint par chaque pays est très variable. Malgré certains progrès, un engagement politique fort, à long terme, est nécessaire pour gérer les programmes portant sur les maladies tropicales négligées. Au sujet du VIH/sida, de la tuberculose et du paludisme, le Dr Alwan a signalé que la Région a l'un des taux d'infection à VIH en plus forte croissance à l'échelle internationale, ainsi que le niveau de couverture thérapeutique le plus bas. Quatorze pays seulement ont atteint l'objectif mondial d'au moins 70 % de cas de tuberculose détectés, et 11 pays sont parvenus à enregistrer un taux de succès thérapeutique d'au moins 85 % pour la tuberculose à frottis d'expectoration positif. Tous les pays ne prennent pas encore en charge la tuberculose multirésistante conformément aux directives de l'OMS. Il reste extrêmement difficile de mesurer la charge réelle de morbidité et de mortalité due au paludisme dans les sept pays fortement touchés par cette maladie, et malgré le fait que c'est le traitement le plus efficace qui avait été adopté dans tous les pays endémiques, l'accès à celui-ci est encore restreint.

Dans 13 pays de la Région, a déclaré le Dr Alwan, près de 37 millions de personnes sont touchées par des situations d'urgence prolongées. Les capacités de préparation et d'intervention en cas d'urgence doivent être renforcées à tous les niveaux. Le renforcement des systèmes de santé est

également un point essentiel qui concernait tous les défis sanitaires auxquels la Région est confrontée. Tant les États Membres que l'OMS doivent en faire plus, notamment en suscitant un engagement politique à haut niveau en vue de se rapprocher de la couverture sanitaire universelle.

Discussions

Le Représentant de la République islamique d'Iran a insisté sur la nécessité d'intensifier les efforts de collaboration entre les États Membres et l'Organisation mondiale de la Santé afin de garantir l'éradication complète de la poliomyélite dans la Région. Il a salué les progrès accomplis par les groupes consultatifs techniques sur l'éradication de la poliomyélite. Il a aussi affirmé que les programmes de vaccination systématique étaient la pierre angulaire des efforts d'éradication de cette maladie. Le Représentant a exprimé le souhait que la qualité et le nombre des campagnes de masse nécessaires soient augmentés, que les systèmes de surveillance des maladies soient améliorés et que les meilleures pratiques soient documentées puis largement diffusées. Il a souligné les tactiques des multinationales du tabac et la menace posée par le commerce illicite des produits du tabac pour les interventions de lutte antitabac ainsi que les actions des cigarettiers visant les femmes et les jeunes dans la Région. Il a précisé que même si la Région de la Méditerranée orientale était l'une des deux régions où l'épidémie de VIH/sida connaissait la propagation la plus rapide, l'amélioration du dépistage, des stratégies de réduction des risques et des services de conseil et de dépistage à l'initiative du soignant permettraient de circonscrire la maladie. Une initiative visant à identifier les cas de co-infection VIH-tuberculose dans le cadre des services de conseil et de dépistage à l'initiative du soignant pourrait être mise en œuvre. Un programme de prévention de la transmission mère-enfant pourrait contribuer significativement à la prévention de l'infection des nouveau-nés par le VIH. Afin d'assurer un accès équitable à tous, la République islamique d'Iran a mis en œuvre un programme de médecine familiale visant à couvrir les trois principales dimensions de la couverture sanitaire universelle : largeur (pourcentage de population couverte), profondeur (éventail des services) et coût des services.

Le Représentant de la Palestine a fait référence à la situation relative de la poliomyélite et à la stratégie régionale d'éradication de la poliomyélite qui a été mise en place 20 ans auparavant, au nom de laquelle tous les États Membres s'étaient engagés à améliorer les niveaux de couverture et de surveillance. Il a ajouté qu'après l'année 2000 et malgré des résultats positifs, certains pays ne disposaient pas d'une politique unifiée et que l'absence d'études mondiales décrivant l'immunité à long terme chez les enfants représentait une véritable menace. Il a en outre appelé l'élaboration d'une stratégie nouvelle ou remaniée à la lumière des nouvelles données et des troubles politiques dans la Région. Il a souligné l'absence de véritable coordination entre l'Organisation mondiale de la Santé, l'UNICEF et le Fonds des Nations Unies pour la population (UNFPA) dans le soutien aux pays pour atteindre les cibles des objectifs du Millénaire pour le développement. Une réforme financière et administrative ainsi qu'une plus grande coopération entre les organisations sont nécessaires pour atteindre les objectifs propres aux pays. S'attaquer aux maladies chroniques n'est pas la responsabilité du seul ministère de la Santé, mais implique aussi la participation d'autres secteurs, en particulier le ministère de l'Information. Il a déclaré qu'en l'absence d'une véritable législation, les médias avaient un rôle essentiel à jouer dans la diffusion des informations sur les mauvaises habitudes alimentaires et les régimes peu sains. Une supervision accrue dans le secteur alimentaire est requise. Il a mentionné le lien entre la salubrité de l'environnement et les maladies chroniques. Le Représentant a affirmé que davantage d'informations étaient nécessaires sur la cigarette électronique et a mis en garde contre son utilisation qui pouvait entraîner une dépendance.

Le Représentant de l'Égypte a déclaré que son pays avait été l'un des premiers à avoir signé la Convention-cadre pour la lutte antitabac en 2003, qu'il a ensuite ratifiée en 2005. L'Égypte a réussi à observer la consommation de tabac grâce aux enquêtes mondiales sur le tabagisme chez les adultes et chez les jeunes. Ces enquêtes se sont appuyées sur un protocole cohérent et standardisé pour l'ensemble des pays afin d'assurer le suivi systématique de la consommation de tabac. L'Égypte a interdit la cigarette dans les lieux publics, ouvert des lignes d'assistance téléphonique pour personnes

désireuses d'arrêter de fumer, apposé des mises en garde illustrées sur les paquets de cigarettes, prohibé la publicité pour les produits du tabac et augmenté les taxes sur ces derniers, qui atteignaient un niveau de 74 % en 2011. Le Représentant de l'Égypte a ajouté que son pays avait accompli beaucoup de progrès pour la réalisation de l'OMD 4, en faisant baisser le taux de mortalité des moins de cinq ans jusqu'à 19,6 pour 1000 naissances vivantes en 2011. La mortalité maternelle a également reculé de 67 % entre 1990 et 2011.

S.E. le Ministre de la Santé de Tunisie a affirmé que la Région était maintenant entrée dans une phase cruciale pour l'éradication de la poliomyélite et la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Ceci requerrait la mise en place d'interventions efficaces et de mécanismes de soutien, avec la participation de dirigeants communautaires, de politiciens, d'artistes et d'athlètes. Il a exprimé son appréciation pour l'appui apporté par l'OMS aux États Membres de la Région en matière de lutte contre les maladies non transmissibles, et pour la détermination des États Membres à les combattre. Il a expliqué que les transformations socio-économiques et politiques constatées actuellement dans les pays rendaient nécessaire l'élaboration, par les décideurs du domaine de la santé, de stratégies visant une couverture équitable en matière de soins de santé, avec des services accessibles à tous, et il a exhorté l'OMS à fournir davantage d'aide aux pays dans ce domaine.

Le Représentant du Maroc a fait observer que le délai imparti pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement expirait dans trois ans seulement, et a souligné le fait que son pays était très déterminé à atteindre ces objectifs. La nouvelle Constitution du Maroc prévoit le droit à la santé pour tous, et le gouvernement donne la priorité à la santé de la mère et de l'enfant. Le Représentant du Maroc a fait observer que son pays avait introduit de nouveaux vaccins et s'est montré favorable au mécanisme régional proposé pour l'achat groupé de vaccins. Il a attiré l'attention sur la détérioration de la situation sanitaire dans certains pays et déclaré qu'il était du devoir de tous d'apporter un soutien au secteur de la santé dans les zones de conflit.

Le Représentant de l'Iraq a précisé que son pays avait enregistré une forte baisse de la mortalité maternelle depuis 1999, pour atteindre un niveau de 25 décès pour 100 000 naissances vivantes. Le plan national de l'Iraq en la matière de santé génésique est axé sur la diminution de la mortalité infanto-juvénile, en particulier la mortalité néonatale et périnatale. Concernant la poliomyélite, les campagnes et la surveillance ont été renforcées pour redoubler d'efforts en vue de l'éradication de cette maladie, et l'Iraq est exempt de poliomyélite depuis 2000. Des vaccins contre *haemophilus influenzae* de type B (hib) et les rotavirus ont été introduits dans les programmes de vaccination systématique. La délicate surveillance de la rougeole fondée sur les cas a été améliorée, et des sous-groupes de populations à haut risque ont été décelés et vaccinés. La Convention-cadre pour la lutte antitabac a été signée, ratifiée et est entrée en vigueur en 2008. Des services de conseils et de dépistage volontaire sont fournis pour le VIH, et les patients se voient offrir un traitement gratuit. Pour la tuberculose, les taux de détection de cas se situent à 60 %, et 85 % des cas sont soignés. Par ailleurs, l'Iraq a récemment ouvert un nouvel hôpital pour prendre en charge la tuberculose multirésistante. Le paludisme et la schistosomiase ont été éliminés.

Le Représentant du Yémen a déclaré que, bien que son pays soit exempt de poliovirus sauvage depuis 2006, le risque de réémergence de ce dernier existait toujours. Cette menace souligne la nécessité de mettre en place un ensemble de mesures visant à augmenter les niveaux d'immunité, notamment dans les pays ayant de faibles taux de couverture par la vaccination systématique. Les partenariats entre les pays, l'OMS et d'autres partenaires du développement soutenant le secteur de la santé doivent être renforcés et une aide doit être mise en place aux niveaux national, régional et international afin de mobiliser des ressources nationales et internationales supplémentaires.

Le Représentant du Soudan du Sud a salué la proposition visant à instaurer un mécanisme d'achat groupé de vaccins, qui permettrait, selon lui, de rendre disponibles de nouveaux vaccins dans les pays qui en ont besoin. Il a ajouté que les soins de santé mentale étaient presque inexistantes au Soudan du Sud et que le pays ne comptait pas un seul psychiatre. Il a demandé à l'Organisation mondiale de la Santé d'améliorer la rapidité de sa réaction aux demandes d'appui des pays.

La Représentante de Bahreïn a déclaré que son pays avait pris des mesures pionnières dans le domaine des maladies infectieuses qui pouvaient être maîtrisées par la vaccination, et que Bahreïn était exempt de poliomyélite depuis 1994. Elle a ajouté que son pays s'était engagé à mettre en œuvre la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Le pays a adopté une interdiction totale de la publicité sur les produits du tabac et depuis le 9 août 2012, a interdit l'entrée de toute marchandise sur laquelle ne figurerait pas les mises en garde illustrées, conformément aux exigences. Elle a souligné les progrès accomplis par son pays par rapport au quatrième objectif du Millénaire pour le développement, consistant en la réduction de plus des deux tiers de la mortalité infanto-juvénile. Elle a ajouté que la mortalité maternelle était passée de 16,9 pour 100 000 en 2009 à 11,3 pour 100 000 en 2010. Elle a attiré l'attention sur les écarts entre les chiffres dans le rapport annuel et ceux du ministère de la Santé. La Représentante a tenu à souligner que le financement durable des soins de santé était une préoccupation pour tous les gouvernements, y compris ceux des pays riches, alors que la pénurie des ressources humaines dans le secteur de la santé, les coûts élevés des interventions et des médicaments, la charge croissante des maladies non transmissibles et une population vieillissante contribuaient à aggraver le fardeau porté par les services de santé. Elle a précisé que les ministres de la Santé des pays du Conseil de Coopération du Golfe avaient choisi le financement de la santé comme thème de la conférence ministérielle à venir qui doit se tenir au Bahreïn sur la recherche des meilleurs moyens de financer le système de santé et de fournir une couverture sanitaire complète.

Son Excellence le Ministre de la Santé publique du Liban a déclaré que son pays s'efforçait d'améliorer la lutte contre les maladies non transmissibles au moyen de la promotion des soins de santé primaires, du dépistage précoce des maladies et du renforcement de la coopération avec le syndicats, notamment le syndicat du secteur pharmaceutique, pour renforcer l'accès aux produits pharmaceutiques et le recueil des données. Il a déclaré que le Liban avait accompli des progrès dans la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant et était proche de la réalisation des cibles des OMD. Le pays a établi un observatoire national pour enquêter sur les cas de naissances prématurées. Le Liban est Partie à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et, malgré la forte opposition des groupes de pression contestant la législation antitabac, il a élaboré une nouvelle législation et augmenté les taxes sur le tabac dans son budget actuel.

Le Représentant du Soudan a attiré l'attention sur le double fardeau toujours plus pesant des maladies transmissibles et non transmissibles dans la Région. Il l'a qualifié de véritable défi nécessitant une collaboration non seulement entre les pays de la Région, mais aussi entre les Régions. Le plan stratégique national quinquennal du Soudan pour 2012-2016 vise à relever les nombreux défis sanitaires, mais porte principalement sur les questions sanitaires prioritaires, en particulier la couverture universelle en matière de services de santé de base et la coordination des services fournis, pour garantir le meilleur usage possible des ressources. La nutrition reste un défi pour la concrétisation des OMD, avec des taux de malnutrition toujours élevés dans un groupe de pays. Ceci a un impact négatif sur la diminution de la mortalité infanto-juvénile, malgré des améliorations en ce qui concerne la couverture vaccinale. Il s'agit là d'un domaine requérant un examen approfondi et l'adoption de stratégies efficaces. Les maladies tropicales négligées, dont la schistosomiase, représentent une menace de plus en plus grande pour la santé publique. Dans certaines régions, pas moins de 90 % de la population est infectée par une maladie tropicale négligée ; il s'agit d'une question qui nécessite plus d'attention. Il faut réformer les systèmes de santé et, afin de renforcer les ressources humaines pour la santé, modifier le programme d'études des écoles de médecine. Il est nécessaire d'adopter des démarches intersectorielles pour gérer les priorités sanitaires actuelles, et les lacunes doivent être comblées par l'adoption d'une nouvelle législation.

La Représentante du Pakistan a déclaré que malgré les progrès obtenus dans la Région en ce qui concerne la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant, la mise en œuvre des mesures de lutte contre le tabagisme, l'arrêt de la propagation des maladies transmissibles, d'autres questions de santé publique appelaient des interventions plus efficaces. Compte tenu de la diversité de la Région de la Méditerranée orientale, elle s'est félicitée de l'importance accordée à la nécessité de renforcer les systèmes de santé. Pour le Pakistan, les services de soins de santé primaires et préventifs représentent toujours la principale priorité. Résoudre le problème des maladies non transmissibles constitue un nouveau défi, et il faut, pour ce faire, connaître la charge effective de morbidité de chaque maladie dans les différentes catégories de population.

Le Représentant du Secrétariat général de l'Organisation des Sociétés du Croissant Rouge et de la Croix Rouge arabes a souligné l'importance des services d'urgence et d'action, notant que les événements survenus récemment dans certains pays de la Région avaient révélé de graves lacunes dans l'action d'urgence. Il est nécessaire de disposer de services médicaux et d'un système d'action d'urgence complets à la fois pour les soins préhospitaliers et le traitement dans les salles d'urgence des hôpitaux. Il a indiqué qu'il était important de former du personnel spécialisé et de mettre au point des procédures et des systèmes qui permettraient d'atteindre cet objectif. Il a ajouté qu'il était nécessaire de fournir des soins de santé mentale aux victimes, de mener des formations en réadaptation et de créer un cadre d'instructeurs qualifiés dans chaque pays.

Le Représentant de l'Association arabe visant à servir les régions infestées de mines a attiré l'attention des participants sur le problème des mines terrestres dans les pays de la Région et des traumatismes et décès dont elles sont responsables. Il a déclaré qu'il espérait que les États Membres accepteraient de placer ce point à l'ordre du jour d'une future session du Comité régional. Il a appelé à adopter une stratégie pour combattre les mines terrestres et limiter leurs effets. Il a également proposé de créer puis de mettre à jour une base de données qui recenserait le nombre des mines terrestres, les zones minées et les décès et traumatismes causés par celles-ci.

Le Représentant de la Fédération arabe des organisations non gouvernementales pour la prévention des toxicomanies a déclaré que la santé mentale et le traitement des addictions devaient être intégrés à la prise en charge des maladies non transmissibles et qu'il était nécessaire de fournir des soins de santé mentale ambulatoires. Il a demandé qu'un calendrier spécifique soit fixé pour la mise en place de services intégrés de santé mentale et de traitement des addictions.

Le Sous-Directeur général pour la poliomyélite, les situations d'urgence et la coordination avec les pays a fait remarquer que, bien que la Méditerranée orientale ait une expérience particulièrement solide en matière d'éradication de la poliomyélite, les progrès accomplis étaient désormais menacés. Il a confirmé que l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé n'avait pas été nécessaire pour éradiquer le poliovirus sauvage, mais a ajouté que ce type de vaccin avait un important rôle à jouer dans la gestion des risques au cours des dernières étapes – ce que l'on appelait la phase finale – de l'éradication de la poliomyélite. De nouvelles données scientifiques ont montré que le vaccin antipoliomyélitique inactivé pouvait contribuer à mettre fin sans risque à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral, qui pouvait entraîner une paralysie due aux poliovirus dérivés d'une souche vaccinale. Les risques représentés par ces virus dérivés d'une souche vaccinale sont devenus manifestes dans la Région il y a à peine deux semaines, lorsqu'un poliovirus dérivé d'une souche vaccinale qui avait circulé en Somalie s'est propagé jusqu'au Kenya. Il a noté que l'un des obstacles à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique inactivé avait été le coût. À cet égard, les négociations sur les prix avec les fabricants se poursuivent, et l'on espère que dans les toutes prochaines années le prix serait ramené à moins de 1 USD la dose.

Le Directeur régional a déclaré que les interventions faites par les délégués abordaient certaines questions très importantes qui seraient prises en compte. Concernant le commerce illicite du tabac, la question serait abordée lors de la prochaine Conférence des Parties et un protocole devrait être adopté. En ce qui concerne le rôle des autres secteurs et ministères que ceux de la santé, le Directeur régional

a fait remarquer que cette question ne se limitait pas seulement aux maladies non transmissibles mais qu'elle s'appliquait aussi à d'autres problèmes de santé. Il a fait observer que des discussions étaient en cours à cet égard en ce qui concerne l'organisation éventuelle de réunions avec d'autres secteurs, comme l'agriculture par exemple, qui est particulièrement important pour relever des défis tels que ceux de la nutrition et des maladies d'origine alimentaire. Il a ajouté qu'une réunion avec les ministres des finances était envisagée, notant que la Région africaine avait déjà organisé une réunion de ce genre qui avait été précieuse. Faisant référence aux maladies héréditaires, le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé avaient abordé le sujet il y a de cela plusieurs années et avaient publié une décision concernant les priorités. Le Directeur régional a félicité l'Égypte pour ses réalisations dans le domaine de la santé maternelle et infantile et pour les développements majeurs en matière de lutte antitabac qui comprennent l'adoption de taxes supplémentaires sur la consommation de tabac et l'utilisation des recettes fiscales pour améliorer la couverture des soins de santé primaires. Il a exprimé l'espoir de voir l'expérience égyptienne étroitement suivie et prise en compte par d'autres pays. En ce qui concerne la proposition d'établir un mécanisme de solidarité régional, le Directeur régional a exprimé son soutien à cette question et a dit son espoir de voir d'autres pays suivre cet exemple. Il a déclaré que l'OMS était prête à coopérer pour mettre en œuvre cette proposition. Pour ce qui est de la proposition de mettre en place un mécanisme d'achat groupé de vaccins, la coopération avec le Bureau panaméricain de la santé était en cours à cet égard. Il a rappelé qu'une réunion spéciale était organisée à ce sujet et a exprimé le vœu qu'elle se conclurait par l'adoption de recommandations spécifiques. L'on espère que les États Membres s'engageraient à réaliser cet objectif. Le cas échéant, ceci aiderait les pays à obtenir de nouveaux vaccins à des prix moindres de manière à garantir l'intégration de ces vaccins dans les programmes de vaccination nationaux, notamment dans les pays à revenu intermédiaire.

Pour ce qui est des écarts entre les chiffres fournis par l'OMS et les pays, le Directeur régional a déclaré que l'OMS disposait d'un mécanisme pour garantir la concordance de ses chiffres et de ceux fournis par les ministères de la santé. Il a souligné qu'une partie du travail nécessiterait aussi de la part des ministères de la santé à ce sujet qu'ils garantissent l'exactitude de leurs chiffres et indicateurs. Il a noté que cette question était conforme aux priorités du Bureau régional, où une nouvelle division avait été instaurée à cette fin dans l'attente d'activités intensifiées à l'appui des systèmes d'information dans la Région. Le Directeur régional a souligné l'engagement du Liban vis-à-vis de la mise en œuvre des résolutions liées à la lutte antitabac. Il a en outre souligné l'appui de l'OMS à l'initiative libanaise de soutien aux soins de santé primaires au niveau national. Il a conclu en exprimant l'espoir qu'une coopération renforcée verrait le jour avec les organisations non gouvernementales aux niveaux régional et des pays.

Le Directeur de l'Initiative Pour un monde sans tabac a déclaré que les cigarettes électroniques étaient un domaine que l'OMS avait étudié au cours des deux dernières années, le groupe d'étude recommandant que des essais cliniques soient menés afin d'en confirmer l'innocuité. Il a noté que ces produits n'étaient pas réglementés de façon cohérente d'un pays à l'autre, et que dans certains pays on avait constaté qu'ils contenaient des contaminants et des substances cancérigènes.

4. Questions concernant l'Organisation

4.1 Visions futures régionale et mondiale de l'OMS

Le Directeur général a noté que l'une des principales raisons pour lesquelles elle avait engagé la réforme de l'OMS résidait dans la question du financement des activités de l'Organisation. Les contributions fixées venant des États Membres représentaient environ 25 % du budget total de l'OMS, le reste provenant de sources non étatiques. La contribution totale des États Membres sous la forme à la fois des contributions fixées et des contributions volontaires était d'environ 50 %. Cette dépendance à l'égard des contributions volontaires avait conduit à un niveau élevé d'imprévisibilité dans le financement de l'OMS, et par conséquent dans sa capacité à mettre en œuvre le programme de travail demandé par les États Membres. Elle a aussi entraîné une absence de certitude dans la correspondance entre fonds et priorités. Depuis 2008, la crise économique mondiale a également conduit à une réduction du financement, d'où la nécessité de limiter les dépenses et de fixer de nouvelles priorités. L'OMS a d'ores et déjà procédé à des gains d'efficacité mais il y a une limite aux réductions possibles sans un impact sur les activités essentielles. L'Organisation s'efforce d'améliorer la transparence afin que les États Membres aient une plus grande confiance dans l'OMS. Le Directeur général a déclaré qu'elle avait nommé un envoyé spécial chargé de discuter avec les États Membres et de recueillir leur opinion sur la manière de résoudre le problème du financement. Sur la base de son rapport, elle présenterait un rapport lors d'une session extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration qui se tiendrait à Genève en décembre 2012.

Le Représentant du Liban a déclaré que la question du financement de l'Organisation mondiale de la Santé était importante et grave. La majorité des fonds sont extrabudgétaires et cette situation est préoccupante, car tous les contributeurs ne versent pas les 13 % requis pour les dépenses d'appui administratif, ce qui signifie que la gestion des programmes financés consomme une part de leur budget ordinaire pour leurs dépenses de fonctionnement. Le Représentant a souligné que le plan de réforme comprenait trois composantes - la programmation, la gouvernance et la gestion - mais n'incluait pas clairement la composante du financement. Ce sujet était uniquement repris brièvement dans la partie sur la gestion. Le financement doit être mis en évidence comme une composante essentielle du plan de réforme. Le Représentant a rappelé que lorsque l'Assemblée mondiale de la Santé avait gelé les contributions fixées et avait proposé une croissance zéro en valeur nominale du budget, il y a 15 ans, ce que les États Membres de la Région avaient refusé. Le moment semble venu pour soulever à nouveau cette question, afin d'augmenter les contributions fixées.

Le Représentant de la Libye a remercié l'OMS pour son soutien au peuple libyen durant sa lutte pour la libération. Il a déclaré que le système de santé avait été gravement endommagé pendant cette période, en plus d'avoir été négligé par les politiques de l'ancien régime. Il a affirmé que la Libye avait un besoin criant de l'appui technique et de l'expertise de l'OMS. Le Bureau régional et le Représentant de l'OMS ont apporté leur soutien à l'organisation de la Conférence nationale sur le système de santé en Libye le mois précédent. Il a salué l'accord de l'OMS en vue d'établir en Libye un centre international de lutte contre les maladies, qui doit devenir un centre d'excellence pour la Libye et pour toute la Région. Il a souligné à quel point il est important de soutenir les ressources de l'OMS, de développer les ressources humaines, d'élargir les horizons de la coopération entre États Membres, d'encadrer les centres de recherche et les centres scientifiques dans les pays et de mettre au point des méthodes pour le partage rapide d'informations.

Le Représentant de Djibouti a tenu à souligner que les pays n'avaient pas tous les mêmes moyens financiers. Son pays a un besoin urgent de médicaments en raison de son manque de ressources et il a demandé de l'aide en la matière à l'Organisation mondiale de la Santé.

Le Représentant du Yémen a souligné l'importance de la souplesse des financements afin d'être en mesure de déplacer les fonds facilement d'un programme ou un projet à un autre, en fonction des besoins.

La Représentante du Pakistan a déclaré qu'il était évident que le Bureau régional devait établir un ordre de priorité dans les deux ou trois questions de santé publique prioritaires. Le lien entre la pauvreté, le faible niveau d'éducation et le mauvais état de santé des mères et des enfants doit faire partie de ces priorités. Il était aussi évident que des moyens devaient être trouvés pour donner une certaine souplesse au financement, à tous les niveaux de l'Organisation mondiale de la Santé, afin que le cas échéant, ces fonds puissent être réalloués vers des secteurs ayant des besoins urgents. Une amélioration du rapport coût-efficacité est requise à tous les niveaux. La Représentante a salué les efforts déployés par le Directeur régional pour rationaliser et réorganiser les activités du Bureau régional et établir des priorités stratégiques. Elle a ajouté que son pays était disposé à collaborer avec tous les pays de la Région pour élaborer conjointement un programme répondant aux besoins régionaux, reconnaissant qu'il était aussi nécessaire de faire face aux catastrophes et aux situations d'urgence. La Représentante a fait référence à la nécessité d'innover, et notamment à l'utilisation de la technologie de l'information pour atteindre des zones reculées, et de recevoir l'appui d'experts de l'Organisation mondiale de la Santé en la matière. Elle a souligné que le Pakistan progressait dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite mais que l'objectif restait un défi considérable.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a félicité le Directeur général pour sa décision de désigner un envoyé spécial pour le financement de l'Organisation, et a fait observer que la réforme de l'OMS serait examinée en détail dans la suite du programme.

Le Représentant de l'Iraq a souligné l'importance d'un partenariat efficace avec d'autres organisations et institutions en ce qui concerne l'appui financier apporté à l'OMS afin de prévenir les doublons et les chevauchements. Participer aux efforts des autres organisations pourrait être considéré comme un appui indirect et permettrait d'économiser en faveur d'autres projets. Il importe également d'appliquer les principes de l'économie de la santé et le concept de la gestion de la qualité dans la gestion des fonds, afin d'obtenir un investissement optimal.

S.E le Ministre de la Santé publique du Qatar a souligné l'importance de la réforme et le fait que ce point avait été discuté lors de plusieurs sessions et au sein du Conseil exécutif. Il a exprimé son accord avec le Directeur général pour dire que le financement était la question la plus importante. Il s'est montré inquiet de la concurrence entre l'OMS et les organisations non gouvernementales pour les fonds provenant des pays. Il a souligné qu'il était important de discuter de ces aspects, étant donné que tout ministre de la Santé était pressé par le ministre des Affaires étrangères d'accepter certains programmes bilatéraux avec des objectifs mondiaux, et que les ministres éprouaient de la difficulté à décider où les fonds devaient être affectés.

Le Représentant du Conseil des ministres de la santé du Conseil de Coopération du Golfe a attiré l'attention des participants sur le dilemme fondamental pour le renforcement des systèmes de santé, qui consistait à faire en sorte qu'ils soient mieux adaptés au principe de soins centrés sur le patient et plus aptes à répondre aux besoins de celui-ci. Pour atteindre cet objectif, il serait important d'investir dans des programmes de gestion sanitaire et d'orientation des politiques de santé. L'une des priorités essentielles dans le domaine des systèmes de santé devait par conséquent consister à mettre au point une stratégie de direction mondiale avec le soutien de centres internationaux spécialisés et de l'OMS. Les travaux de recherche menés dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe ont confirmé que ce domaine appelait une action immédiate. Afin d'améliorer la santé publique et l'innovation, il est aussi important de renforcer les activités de recherche-développement scientifiques de façon à ce que les politiques de santé puissent être élaborées en s'appuyant sur des données factuelles, et de promouvoir l'importance de la gestion des risques et des crises au sein des systèmes de santé.

Le Représentant du Soudan du Sud a déclaré que même si son pays demandait à être transféré dans la Région africaine, il avait reçu un bon appui de la part du Bureau régional. En tant que nouvel État, il était confronté à d'énormes problèmes sanitaires, notamment le paludisme, les maladies diarrhéiques et l'hépatite B. Dans ce contexte, il avait un besoin urgent d'aide, respectivement pour la lutte antivectorielle, l'eau et l'assainissement, et les vaccins.

Ayant noté l'intérêt manifesté pour un élargissement des débats sur l'augmentation des contributions fixées, le Directeur régional a exprimé l'espoir que la discussion se poursuivrait à ce sujet. Concernant la flexibilité dans l'affectation des contributions, il a déclaré que les fonds pouvaient être reprogrammés en fonction des priorités fixées par les autorités sanitaires. Il a convenu qu'une des priorités clés de ces cinq prochaines années serait de voir comment l'OMS pouvait mieux aider les États Membres à se préparer et à réagir aux crises. Le Bureau régional savait ce qu'il fallait faire et devait maintenant intervenir. À propos de l'importante question des partenariats, il a fait remarquer qu'un rôle de chef de file se méritait plus qu'il n'était conféré. Le Bureau régional s'efforçait d'atteindre un niveau de compétence technique de qualité, auquel les États Membres pouvaient se fier ; il ne se mesurerait pas à des concurrents pour des fonds, mais bien sur la base des compétences techniques qu'il peut offrir. Toutefois, il était important de veiller à une coordination adéquate entre les agences des Nations Unies. À cet égard, il a insisté sur le fait que le Bureau régional impliquait de près d'autres institutions des Nations Unies dans la prochaine réunion de haut niveau sur la santé de la mère et de l'enfant.

Le Directeur général a noté qu'à l'avenir, l'OMS n'accepterait pas de fonds de partenaires du développement qui ne voudraient pas verser les 13 % de dépenses d'appui aux programmes, afin d'éviter de subventionner les programmes concernés à partir des contributions fixées. Elle s'est dite favorable à une réouverture de la question des contributions fixées. Elle a noté que le pouvoir d'achat de ces contributions avait considérablement diminué depuis que la croissance nominale zéro avait été approuvée et que certains pays étaient désormais prêts à accroître leur contribution sur une base volontaire. La détermination des priorités était en fait la principale question. À cet égard, elle a fait remarquer que l'OMS ne pouvait répondre à tous les besoins des pays. Elle a appelé les États Membres à axer la totalité des fonds limités que l'OMS fournissait pour le soutien technique sur un petit nombre de domaines prioritaires, de façon à ce qu'ils ne soient pas trop dispersés, que le rapport coût-efficacité soit le meilleur possible et qu'ils soient alloués conformément à la stratégie de coopération avec le pays.

Elle a convenu que le travail de l'Organisation devait être plus efficace, notant par exemple que les pays ne pouvaient intégrer l'ensemble de ses lignes directrices. Le personnel devait comprendre cela. S'agissant de la concurrence pour obtenir des fonds, elle a noté que les nombreux partenariats et institutions avaient été créés par les États Membres eux-mêmes et elle les a appelés, en tant que parties prenantes des Nations Unies, à veiller à ce qu'il ne soit pas demandé aux différentes institutions d'aller au-delà de leur mandat. Elle a également demandé aux États Membres d'examiner étroitement le travail de l'OMS et la manière dont elle apportait son soutien pour garantir que leurs besoins soient satisfaits. L'OMS était résolue au changement. Elle a appelé les ministres de la santé à veiller à ce que leurs vues sur les solutions pour un meilleur financement soient transmises aux représentants de leur pays à la session extraordinaire du Comité du Programme, du Budget et de l'Administration en décembre 2012, de façon à ce que leur position soit présentée de manière appropriée. Elle a souligné à nouveau que la définition des priorités était essentielle et que l'OMS devait rendre des comptes et faire preuve de transparence. À cet égard, elle a noté que l'Assemblée de la Santé et les comités régionaux avaient adopté de nombreuses résolutions sur diverses priorités, qui avaient demandé à l'OMS beaucoup de temps et de ressources. Elle a demandé au Comité d'envisager de supprimer certaines de ces résolutions et de fixer des délais pour les nouvelles résolutions.

4.2 Révision du Règlement intérieur du Comité régional de la Méditerranée orientale

Point 7 de l'ordre du jour, document EM/RC59/8, Décision n°3

M. Raul Thomas, Directeur, Administration et Finances, a présenté ce point de l'ordre du jour. Il a déclaré que le Comité régional avait décidé que lors de sa cinquante-septième session en octobre 2010 de réviser son règlement intérieur dont la dernière mise à jour remonte à 1986. Le Comité régional a par ailleurs décidé que la révision de son Règlement intérieur serait confiée à un comité technique possédant les compétences juridiques et administratives. Ce dernier sera tenu de transmettre en temps opportun son rapport au sous-comité qui avait été créé par décision du Comité régional durant sa

cinquante-septième session. Le comité technique s'est réuni et a exposé son rapport au sous-comité lors d'une réunion organisée le 3 mars 2012. Lors de la révision du Règlement intérieur existant, le comité technique s'est concentré sur les articles qui, selon lui, justifient une révision fondée sur les critères suivants : 1) la pratique du Comité régional s'écarte des dispositions comprises dans le Règlement ; 2) les articles ne sont pas conformes aux Règlements intérieurs correspondants de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Conseil exécutif ; 3) la révision est appuyée par les États Membres dans le cadre du processus de réforme en cours et elle reflète de meilleures pratiques adoptées par d'autres comités régionaux. Les changements proposés concernent la révision de la méthode de travail pour le Comité régional et en particulier la mise en place d'un sous-comité technique ; les membres du bureau du Comité ; les modifications du processus de désignation pour le poste du directeur régional ; la mise en place d'une Commission de vérification des pouvoirs et d'autres changements de nature administrative. Au sujet de la mise en place d'un sous-comité technique, M. Thomas a clarifié que ce comité technique ne devait pas être confondu avec le Comité consultatif régional qui a été créé pour fournir des conseils au Directeur régional. Il est de même proposé de transformer le Comité consultatif régional en un Comité consultatif auprès du Directeur régional, avec une modification de son mandat et de sa composition. Ceci sera examiné au titre du point de l'ordre du jour suivant qui concerne la réforme. M. Thomas a rajouté que le sous-comité avait examiné les propositions dans le détail et avait décidé que les propositions de modifications seraient soumises à la cinquante-neuvième session du Comité régional pour examen.

Discussions

Le Représentant du Liban a déclaré qu'il ne voyait aucune raison pour nommer un sous-comité technique, car le Comité régional pouvait terminer son programme dans le délai imparti. Il a ajouté que la présence de ministres pendant la réunion du Comité régional donnait une occasion d'examiner en profondeur le contexte technique des stratégies définies. Il a aussi affirmé que l'envoi de deux délégations représenterait une charge financière pour les pays. Il a indiqué que son pays avait le sentiment que la création d'un comité pour la documentation n'était pas nécessaire. Il a précisé que la révision de l'article 10 du Règlement intérieur était appropriée, le président des discussions techniques étant l'un des membres. Il a ajouté que son pays appuyait les révisions proposées pour les articles 37, 48 et 51 relatives à la nomination et à l'élection du Directeur régional.

S.E. le Ministre de la Santé d'Oman, prenant la parole tant que membre du comité technique qui a procédé à la révision du Règlement intérieur, a pris note des réserves émises par le Représentant du Liban. En ce qui concerne la mise en place d'un sous-comité technique, il a dit que la recommandation visait à donner aux ministres de la santé davantage de flexibilité dans leur programme. Les ministres continueraient à se réunir pendant le même nombre de jours. S'exprimant en tant que membre du Comité régional, il a jugé peu économique le fait d'imprimer l'ensemble de la documentation et proposé qu'à l'avenir, le Secrétariat envoie la documentation aux pays par voie électronique plutôt que sous forme imprimée.

Le Représentant de l'Iraq a déclaré que davantage de contributions seraient nécessaires de la part des pays en ce qui concerne la préparation de l'ordre du jour. Il a proposé que le processus de suivi soit renforcé pour garantir une évaluation adéquate dans la préparation des futures sessions. Il a ajouté que les Représentants de l'OMS avaient un rôle clé à jouer dans ces deux domaines. Il a suggéré que les critères pour l'évaluation des candidats au poste de Directeur régional soient davantage affinés et clarifiés.

Le Représentant de la Tunisie a fait remarquer que le temps qui s'est écoulé depuis la mise à jour du Règlement intérieur justifie pleinement la révision. Il a exprimé son plein soutien à la mise en place d'un sous-comité technique qui pourrait préparer le terrain pour le Comité régional et il a proposé que

le sous-comité se réunisse 2-3 mois avant le Comité régional pour permettre des consultations et des préparatifs. Selon lui, une durée de trois jours serait appropriée pour le Comité régional et il a soutenu le processus proposé pour la désignation du Directeur régional, y compris les critères pour l'évaluation des candidats.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a exprimé sa préoccupation en ce qui concerne la diminution du rôle joué par le Comité régional du fait de la mise en place d'un sous-comité technique. Il a demandé que l'on clarifie le mandat et la composition du sous-comité.

Le Représentant de Bahreïn a demandé des explications supplémentaires sur les procédures de désignation du Directeur et sur la présélection des candidats.

Le Représentant du Maroc a déclaré que son pays n'avait pas d'objection à la création d'un sous-comité technique, mais il a demandé quelle serait sa composition et si tous les Membres du Comité régional seraient représentés. Il a souligné le fait que des problèmes pouvaient survenir en cas de chevauchement entre le sous-comité et le Comité régional. Des responsabilités et des fonctions spécifiques doivent être définies à l'avance. Les exigences relatives à ce sous-comité doivent être prises en compte, notamment son financement.

Le Directeur, Administration et Finances, a répondu aux questions soulevées par les Membres du Comité régional. En ce qui concerne la désignation du Directeur régional, il a expliqué que le Comité régional réuni en session plénière voterait pour les candidats figurant sur la liste restreinte, et que les cinq candidats finalistes se présenteraient pour une entrevue. L'objectif de la présélection est de gagner du temps. En ce qui concerne les questions financières, il a reconnu que certaines révisions proposées entraîneraient des dépenses supplémentaires. Il a souligné que les critères proposés pour la sélection des candidats au poste de Directeur régional étaient similaires à celles utilisées pour la sélection du Directeur général. Il a précisé que les révisions proposées visaient à renforcer le rôle de gouvernance du Comité régional, et a insisté sur le fait que le sous-comité technique avait été créé pour appuyer les activités du comité principal.

Le Représentant de l'Arabie saoudite a attiré l'attention sur l'expérience du Conseil exécutif du Conseil des ministres de la Santé pour les États du Conseil de Coopération du Golfe, qui se sont réunis deux à trois mois à l'avance par rapport au Conseil des ministres de la Santé pour examiner des questions techniques en détail. Il a ajouté que cette discussion avancée avait été très utile pour s'assurer que les ministres étaient bien informés sur les sujets clés et leurs ramifications potentielles.

Le Directeur régional a attiré l'attention sur l'expérience du Comité régional actuel, au cours de laquelle l'un des points de l'ordre du jour a été débattu lors d'une réunion avancée le jour précédent le début de la session. Il a déclaré que l'expérience avait été très réussie, et pourrait servir de modèle pour le sous-comité technique en termes de moment choisi et de méthode de travail. En ce qui concerne le rapport coût-efficacité de la documentation imprimée, il a indiqué que cette année, le Bureau régional s'était attaché à rappeler aux États Membres que toute la documentation était disponible sur Internet. Avec l'accord des Membres du Comité, l'année prochaine, toute la documentation serait diffusée au format électronique. Des documents au format papier continueraient à être disponibles sur demande et pendant la session.

Le Comité régional a décidé d'adopter les amendements au Règlement intérieur proposés par le comité technique, avec les critères proposés pour évaluer les candidats pour le poste de Directeur régional. Il a aussi décidé que la pratique récemment adoptée de programmer des réunions techniques immédiatement avant le Comité régional devrait être maintenue et être ouverte à tous les représentants de tous les Membres du Comité.

4.3 Réforme de l'OMS : situation actuelle et perspectives régionales

Point 5 de l'ordre du jour, document EM/RC59/5, Résolution EM/RC59/R.6

Le Dr Samir Ben Yahmed, Directeur de la gestion des programmes, a présenté le point de l'ordre du jour sur la réforme de l'OMS. Il a déclaré que la réforme de l'OMS avait été lancée par le Conseil exécutif en mai 2011 sous forme d'un processus consultatif avec les États Membres pour examiner la nature et le rôle de l'Organisation moyennant l'examen des priorités programmatiques, de la gouvernance et de la gestion. Au niveau mondial, le processus vise à permettre à l'Organisation de remplir plus efficacement son rôle en tant qu'organisation chef de file dans le domaine de la santé publique. Au niveau régional, il vise à garantir que les comités régionaux et les États Membres jouent un rôle actif dans la mise au point de stratégies mondiales et participent pleinement au débat sur les priorités programmatiques de l'OMS ainsi que sur la gouvernance et la gestion de l'Organisation.

Dans le domaine des programmes et de la détermination des priorités, les mesures au niveau régional ont été axées sur l'identification des priorités régionales, l'amélioration du soutien technique aux États Membres, une plus grande précision dans la planification opérationnelle et le renforcement de la fourniture des services. Dans le domaine de la gouvernance, la réforme de l'OMS au niveau régional a porté sur la révision du Règlement intérieur du Comité régional et le renforcement des relations extérieures et des partenariats. En termes de gestion, le processus de réforme au niveau régional s'est attaché à aligner la structure du Bureau régional sur les priorités régionales, en vue de renforcer les ressources humaines ainsi que l'évaluation et la conformité. La redésignation du Comité consultatif régionale en Comité consultatif auprès du Directeur régional et la modification correspondante de son mandat et de sa composition ont également été discutés dans le détail. Le Dr Ben Yahmed a conclu en demandant aux États Membres de donner leur avis, selon une perspective régionale, sur la question de savoir si les mesures adoptées répondaient aux questions pertinentes et traitaient les problèmes de qualité et d'efficacité du travail de l'OMS, et comment les États Membres pouvaient davantage contribuer à la mise au point de la réforme de l'OMS.

Discussions

S.E. le Ministre de la Santé d'Oman a déclaré que son pays soutenait le processus de réforme, car il amènerait un changement fondamental dans les activités de l'OMS. Il a ajouté que la plupart des propositions reprises dans le document étaient acceptables et gérables et devraient améliorer la performance de l'Organisation. Il a proposé que le processus de réforme soit encouragé afin de sensibiliser au fait que l'OMS affrontait ses difficultés actuelles avec un esprit ouvert et une approche organisationnelle positive. Il a souligné qu'il était important de renforcer les capacités des bureaux de pays, en leur conférant plus d'autorité et en leur fournissant les ressources humaines nécessaires. Il s'est déclaré favorable à l'idée de délocaliser un certain nombre de programmes et d'opérations du Siège vers d'autres endroits. Il considérait aussi favorablement l'idée d'adopter un financement de groupe pour les priorités de l'OMS, ainsi que d'établir un fonds de réserve pour les urgences de santé publique. Il a fait remarquer que l'adoption de l'approche de gestion fondée sur des résultats s'était avérée positive et rentable. Il a souligné la nécessité de tenir compte des priorités nationales au moment de fixer les priorités régionales. Il a proposé que certaines des ressources affectées à des domaines qui n'étaient pas des priorités soient réassignées à des priorités de premier plan. Il a déclaré que les États Membres devaient s'impliquer davantage dans les activités des organes directeurs et dans la formulation des décisions importantes.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a fait remarquer que, si la question du renforcement de la présence dans les pays était un point majeur de la réforme de l'OMS, il n'était pas clair de discerner les aspects qui devraient être renforcés. Il a suggéré que l'OMS distribue un questionnaire aux pays afin d'identifier les lacunes et les faiblesses dans les bureaux de pays en ce qui concerne les attentes des pays.

Le Représentant du Liban a affirmé qu'une augmentation des contributions fixées était la solution au problème de financement de l'OMS. Il a ajouté que les contributions volontaires permettaient aux donateurs de contrôler les dépenses et le processus de détermination des priorités. Il a fait observer que plusieurs fonds avaient été créés, se trouvaient en concurrence avec l'OMS et faisaient le travail de l'Organisation. Il a appelé à une collaboration entre les pays pour présenter au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé une proposition en vue de l'augmentation des contributions fixées.

La Représentante de Bahreïn a souligné qu'il était important d'élaborer des stratégies qui répondent aux besoins des pays à l'échelle régionale et nationale et sont basées sur une analyse rigoureuse des défis et du contexte des pays. Elle a exprimé l'espoir que le processus de réforme amène plus d'efficacité et une meilleure capacité de l'Organisation à relever les défis actuels dans la Région.

Le Représentant du Pakistan a souligné la nécessité de poursuivre la consultation pour veiller à ce que la fixation des priorités au niveau des pays soit conforme au contexte et aux besoins locaux. Il a attiré l'attention sur les défis créés par la décentralisation du secteur de la santé au Pakistan et a appelé au renforcement des capacités et des interactions de l'OMS au niveau provincial.

Le Représentant du Maroc a fait observer qu'il convenait de reconsidérer l'élaboration de la stratégie de coopération avec les pays pour tenir compte des priorités et spécificités de ces derniers. Il a ajouté que le rôle des bureaux de pays devait être renforcé et qu'ils devraient être capables d'assister les pays dans le domaine de la mobilisation des ressources. Il a souligné qu'il était important que l'efficacité de tous les postes soit contrôlée. Il a noté que le fait d'inviter d'autres pays à assister aux réunions du Comité régional contribuerait à l'échange d'informations et d'expertise entre les Régions. Il a déclaré qu'il fallait prévoir plus de temps pour activer tous les éléments de la réforme avant que les pays ne s'engagent à augmenter leurs contributions fixées.

Le Représentant de l'Iraq a noté que les plans stratégiques et opérationnels du ministère de la santé devaient être axés sur la nécessité de renforcer les capacités institutionnelles et en ressources humaines. Il a ajouté que le cycle de double planification de l'OMS devait être en accord avec les cycles des pays. Il a souligné la nécessité pour les stratégies de coopération dans les pays d'assurer des partenariats efficaces pour atteindre les objectifs énoncés dans le plan stratégique et dans le plan de développement national, moyennant des indicateurs et des critères clairs faisant l'objet d'un examen périodique. Il a aussi souligné qu'il importait d'examiner conjointement les questions financières. Il a déclaré que l'OMS devait s'efforcer de réduire les dépenses administratives inutiles et que des partenariats efficaces étaient indispensables dans le domaine du suivi et de l'évaluation. Il a souligné la nécessité d'un partenariat efficace entre l'OMS, d'autres institutions des Nations Unies d'une part, et le ministère de la santé d'autre part.

Le Représentant de la Libye a souligné l'importance des compétences techniques lors du recrutement du personnel et déclaré que la sélection devait se faire sur une base concurrentielle. Il a également mis l'accent sur la nécessité pour les Représentants de l'OMS de contribuer au renforcement des capacités nationales. Il a indiqué qu'à ce jour, son pays soutenait pleinement la réforme.

La Représentante de l'Égypte a remercié l'OMS pour sa vision de la réforme, exprimé son soutien aux réformes proposées, et souligné l'importance de la définition des priorités en fonction des besoins des États Membres, selon une perspective ascendante. Elle a appelé à la flexibilité dans l'attribution des ressources financières, et s'est félicitée du processus de réforme administrative puisqu'il permettait d'améliorer les résultats de l'Organisation. Elle a déclaré qu'il devait y avoir un mécanisme indépendant d'évaluation et de suivi, et a appelé les donateurs à prendre leurs responsabilités à cet égard.

Le Représentant du Qatar a fait part de son soutien aux réformes proposées mais s'est interrogé sur le moteur de la réforme. Il a noté qu'elle incluait de nombreux éléments et a souligné la nécessité de recenser les objectifs et de mettre au point des critères d'évaluation faciles à mesurer. Il a insisté sur la transparence.

S.E. le Ministre de la Santé d'Oman a fait part de son soutien à la proposition visant à augmenter les contributions fixées et a suggéré de négocier avec d'autres pays, tels que les pays scandinaves, qui pouvaient être favorables à cette proposition.

Le Représentant de Djibouti a suggéré que les pays du groupe 3 figurent parmi les principales priorités du Directeur régional étant donné qu'il s'agit des pays où les besoins sont les plus importants et où le processus de réforme de la santé doit commencer rapidement. Il a appelé à une évaluation des travaux des experts envoyés par l'OMS et a demandé instamment que l'on recourt à des experts locaux, provenant de la Région. Il a exprimé le souhait de voir une réorganisation du système des quotas pour les membres du personnel de l'OMS et a indiqué que le programme de collaboration avec l'Organisation devait tenir compte des besoins réels de chaque pays.

Le Représentant du Soudan a mis l'accent sur la nécessité de renforcer et de réformer les bureaux OMS de pays et de les soutenir techniquement, et a souligné qu'il fallait tenir compte des déterminants sociaux de la santé étant donné que la plupart des problèmes de la Région étaient liés à ceux-ci. Il a fait référence à la question de la coopération régionale entre les pays, en particulier de la coopération financière, et a demandé s'il serait possible de créer un fonds pour soutenir les projets régionaux spécialisés.

Le Représentant de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine a attiré l'attention sur deux domaines clés en vue d'une action future. Le premier fait référence à la nécessité d'accorder une priorité principale aux déterminants sociaux de la santé dans l'action de l'OMS maintenant et dans le futur. Le deuxième domaine concerne la séparation de l'acquisition de financements de la fixation des priorités. Il a fait remarquer qu'une organisation qui obtenait la majeure partie de son financement à partir de contributions réservées ne pourrait pas réussir à fixer son propre programme de travail de manière objective. Il a appelé les pays à examiner leurs contributions volontaires à l'OMS et examiner des moyens de donner au Secrétariat davantage de souplesse dans la prise en compte des domaines prioritaires et de garantir une plus grande pérennité.

Le Représentant du Maroc a déclaré que selon lui, la réforme ne se limitait pas à l'augmentation des contributions fixées mais comprenait un ensemble intégré de mesures qu'il convenait de prendre en compte.

Le Directeur de la Gestion des programmes a souligné qu'en ce qui concerne le financement et les priorités, la présence des États Membres de la Région au sein des organes directeurs mondiaux n'était pas aussi importante qu'il ne fallait s'ils souhaitaient influencer sur les discussions de cette nature. Les États Membres qui étaient aussi des donateurs importants avaient tendance à faire davantage entendre leur voix et à être plus influents. Les États Membres ont donc besoin d'être plus proactifs par l'intermédiaire des voies diplomatiques qui leur sont accessibles, notamment le ministère des Affaires étrangères. En ce qui concerne le financement régional, il a salué la récente décision du gouvernement de la Libye d'apporter une contribution à hauteur de 30 millions USD sur deux ans, pour appuyer les programmes des maladies non transmissibles et la protection de la santé à l'intérieur et à l'extérieur de la Région. Sur le sujet de la planification biennale, il a insisté sur le fait que la stratégie de coopération avec les pays devait être au cœur de la préparation du processus de planification, mais que le temps alloué à la préparation à l'heure actuelle n'était pas suffisant. Il a aussi souligné que le développement et l'utilisation de l'expertise nationale étaient ancrés dans la réforme afin de responsabiliser les pays et préparer l'avenir.

Le Directeur général a déclaré que l'une des raisons de la réforme de l'OMS résidait dans le fait que les méthodes de travail actuelles n'étaient pas viables à long terme. Les défis se multiplient et la liste des tâches s'allonge, mais celles-ci ne correspondent pas aux ressources dont dispose l'Organisation. Elle a déclaré que la première étape du processus consistait à demander aux États Membres des orientations sur les priorités réelles sur lesquelles l'OMS devait axer ses travaux dans le cadre de ses compétences essentielles. Une fois que les États Membres auraient convenu des priorités, la deuxième étape consistait à examiner les ressources requises pour que les priorités soient mises en œuvre. Il

existe à présent un décalage entre le financement et les priorités. Le cœur de la question, a-t-elle indiqué, réside dans la manière dont les États Membres et le Secrétariat peuvent faire en sorte que l'OMS change, pour le mieux. S'agissant de la réforme de la gouvernance, elle s'est demandée si l'OMS remplissait toujours son mandat en tant qu'autorité fédératrice et directrice pour la santé. Elle a mentionné la prolifération des partenariats et des entités dans le domaine de la santé publique et a souligné l'importance d'une adhésion universelle de ces entités pour que la définition des priorités et la prise de décisions soient légitimes. Elle a déclaré que la gouvernance interne exigeait que l'Organisation mette l'accent sur ses véritables priorités et vive selon ses moyens. Elle a reconnu la bonne volonté dont faisaient part les pays en proposant d'accroître leurs contributions fixées et a souligné qu'ils devaient définir les tâches essentielles pour l'OMS. En ce qui concerne les réformes gestionnaires, elle a pris note de l'objectif qui consistait à accroître le financement de l'OMS. À cet égard, il appartenait à l'Organisation d'apporter aux pays la preuve de sa valeur et de son efficacité. Faisant référence à la question des résolutions, elle a fait observer qu'elles représentaient des engagements pour l'Organisation et pour les pays et que sur ce point, chacun était redevable. Elle a souligné que la transparence accrue de l'OMS et le renforcement des politiques en matière de ressources humaines étaient d'autres aspects importants des réformes gestionnaires. Elle a insisté sur la nécessité de convenir des objectifs de la réforme et des indicateurs permettant d'assurer son succès. Elle a conclu en appelant les États membres et le Secrétariat à permettre à l'OMS de retrouver son rôle de chef de file dans le domaine de la santé.

5. Questions budgétaires et programmatiques

Point 6 de l'ordre du jour

5.1 Douzième programme général de travail et budget programme 2014-2015

Point 6 a) de l'ordre du jour, documents EM/RC59/6 et EM/RC59/12

Le Dr Mohamed A. Jama, Sous-Directeur général en charge de l'Administration, a présenté le projet de douzième programme général de travail et de budget programme 2014-2015. Il a déclaré que le douzième programme général de travail établirait un cadre stratégique pour les activités de l'OMS pour une période de six ans commençant en janvier 2014 et couvrant trois cycles budgétaires biennaux. Ce programme sera axé sur le lien direct entre les activités de l'OMS et l'impact qui en résulte sur la santé publique, et fournira une indication précise du retour sur investissement de l'Organisation. Le budget programme 2014-15 est basé sur les principes, priorités, impacts et résultats du douzième programme général de travail. En outre, il explicite les produits à fournir par l'Organisation et les budgets et ressources requis. L'élaboration du budget a commencé par les produits à fournir par le Secrétariat de l'OMS, et a tenu compte des ressources en personnel et autres requises pour ce faire, à divers niveaux de l'Organisation. Sur la base de ces dépenses, le budget a été préparé et les moyens affectés. Le Dr Jama a conclu en requérant les commentaires du Comité sur des points clés, dont les priorités définies, l'explication plus approfondie de l'impact, les résultats et les produits, la démarche adoptée pour élaborer le budget et les suggestions concernant les prochaines étapes à franchir et le calendrier.

Discussions

Le Représentant du Yémen a déclaré que malgré la réforme de l'OMS aux niveaux local et régional, les priorités nationales restaient encore à définir. Il a noté que la planification biennale n'était pas toujours bien alignée sur la planification dans les pays, ce qui devait être pris en compte dans le cadre du processus de réforme. Il a ajouté que les États Membres souhaitaient avoir des précisions sur la manière dont l'OMS pouvait mieux travailler en se conformant à un cadre intégré puisqu'elle n'était pas le seul partenaire travaillant avec les pays et qu'une plus grande coordination avec ceux-ci était nécessaire.

Le Représentant du Liban a déclaré que le budget programme et le douzième programme général de travail étaient élaborés dans le cadre d'une approche de gestion fondée sur les résultats. Il a noté qu'il convenait de recenser les résultats mesurables et que le principal défi résidait dans la transposition du budget programme en stratégies pour la coopération nationale et l'évaluation des programmes et des activités au niveau national. La faiblesse des systèmes d'information a, selon lui, une incidence négative sur le processus d'évaluation et il a exprimé le souhait que le renforcement des systèmes d'information figure sur la liste des priorités.

La Représentante d'Oman a déclaré que le projet de programme général de travail portait sur une période de six ans et servirait de référence ou de cadre général pour un plan d'action conforme aux priorités nationales. Elle a noté que les priorités nationales d'Oman ainsi que son plan quinquennal étaient conformes aux priorités énoncées dans le programme général de travail. Elle a déclaré qu'un degré de priorité plus élevé serait attribué en fonction des niveaux de mise en œuvre et les dépenses gouvernementales liées aux résultats afin d'améliorer la responsabilisation. Elle s'est félicitée de la transparence de l'OMS, résultat de la mise en place du Système mondial de gestion (GSM) et a souligné le rôle des vérificateurs dans la promotion de la responsabilisation.

La Représentante du Maroc a suggéré que la gouvernance de la santé et la fourniture de ressources soient ajoutées aux priorités dans le programme général de travail, et qu'une plus grande importance soit accordée à l'accouchement prématuré, aux incapacités et à la réadaptation, ainsi qu'aux

déterminants sociaux de la santé et à l'analyse des ressources budgétaires allouées aux bureaux régionaux. Pour ce qui est du budget programme, elle a à nouveau proposé que l'OMS passe d'une planification biennale à une planification triennale. Elle a souligné qu'il importait d'établir un mécanisme pour déterminer les priorités et veiller à leur alignement sur les priorités des pays.

Le Représentant de l'Iraq a souligné la nécessité d'une intégration entre le budget ordinaire et les ressources extrabudgétaires pour garantir l'allocation de ressources suffisantes pour les priorités, d'une révision régulière du budget visant à améliorer la planification financière et d'un renforcement du partenariat avec les ministères de la santé. Les partenariats avec d'autres institutions et organisations étaient aussi nécessaires pour unifier les dépenses et promouvoir un bon rapport coût-efficacité afin d'améliorer la planification au niveau régional et d'atteindre les cibles des OMD.

Le Représentant de la Palestine a déclaré que malgré le fait que les interventions soulignent l'importance de la recherche, aucun progrès n'avait été fait dans ce domaine. Il a souligné combien il importait de se préoccuper des déterminants sociaux de la santé et de la salubrité de l'environnement, et de mener des recherches sur les maladies héréditaires. Il a souligné que l'OMS devait établir des liens de coordination plus étroits avec les donateurs pour éviter le chevauchement des efforts.

La Représentante de la République islamique d'Iran s'est montrée satisfaite de la priorité donnée à la surveillance dans le douzième programme général de travail. Elle a déclaré que la surveillance, en tant que l'une des principales capacités et priorités pour la République islamique d'Iran, a été grandement développée ces dernières années en utilisant les technologies de l'information et l'intégration de la surveillance électronique dans le système national d'information sanitaire. Il conviendrait d'accorder davantage d'attention aux maladies d'origine zoonotique dans le cadre du RSI 2005, et il faudrait donner la priorité aux aspects en rapport avec le RSI ensemble, dans la même catégorie. Un mécanisme permettant une démarche partant de la base devrait être adopté en matière de dotation budgétaire, et il faudrait une plus grande flexibilité dans l'affectation des budgets. L'OMS devrait jouer un rôle plus actif dans l'élaboration de traités et de conventions internationaux sur la santé. L'incorporation de mesures de protection sociale en complément à la couverture sanitaire pourrait garantir une meilleure équité en matière de santé. En ce qui concerne le cycle de gestion des situations d'urgence, le rétablissement des services sanitaires après les urgences devrait garantir un retour à la situation existant avant l'urgence.

Le Sous-Directeur général chargé de l'Administration a déclaré que les pays s'étaient mis d'accord sur les critères utiles pour la définition des priorités au début de l'année 2012 et prendraient en compte les différents aspects de ces priorités en fonction des besoins de leurs propres pays. Il a été demandé à l'Organisation mondiale de la Santé de démontrer son efficacité et de détailler sa contribution. L'Organisation a aussi été évaluée par rapport aux impacts et aux résultats. En termes d'allocation de ressources, il était important d'éviter les doublons à différents niveaux de l'Organisation. En outre, la transparence ne peut pas être atteinte sans une définition claire des rôles à chaque niveau. Il a ajouté que la faiblesse des systèmes d'information devait être prise en compte dans le processus de réforme. Les déterminants sociaux de la santé ainsi que la santé de la mère et de l'enfant étaient des priorités intersectorielles qui devaient être prises en compte dans chaque catégorie pour la définition des priorités.

Le Directeur régional de l'OMS, a déclaré que les catégories et priorités fixées pour la Région étaient les mêmes que celles qui avaient été approuvées par le Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé en avril dernier. Il s'agissait des catégories et priorités reflétées dans le programme général de travail et le budget programme. Il a affirmé que le principal défi pour l'OMS se situait désormais dans le domaine de la planification et de la traduction des grandes orientations stratégiques en une planification aux trois niveaux de l'Organisation.

5.2 Rapport sur les missions conjointes Gouvernement/OMS de planification et d'examen des programmes en 2011, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays : résultats et enseignements tirés

Point 6 b) de l'ordre du jour, document EM/RC59/7

Le Dr Ambrogio Manenti, Coordonnateur de la Planification, du Suivi et de l'Évaluation des Programmes, a présenté le rapport sur les missions conjointes gouvernement/OMS d'examen et de planification des programmes pour 2011, incluant l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays. Il a déclaré qu'au cours de la période de cinq mois (août à décembre 2011), le Bureau régional avait organisé 23 missions conjointes d'examen et de planification des programmes (JPRM). Des plans nationaux ont été achevés et leur mise en œuvre a commencé en janvier 2012. Les résultats ont permis de constater des améliorations dans la définition des priorités, les taux de mise en œuvre et la correspondance entre besoins/priorités et mécanismes de financement.

Parmi les enseignements tirés de cet exercice, il a signalé le fait que les plans de travail ne reposaient pas pleinement sur les besoins prioritaires des pays et n'étaient pas suffisamment conformes aux orientations stratégiques des stratégies de coopération avec les pays. De même, les préparatifs des missions conjointes doivent être approfondis et engagés des mois avant la mission. La formulation et la définition des résultats escomptés et des indicateurs de performance doivent aussi être améliorées et un système efficace de suivi et d'évaluation doit être mis en place à la fois pour les stratégies de coopération avec les pays et les missions conjointes.

Discussions

Le Représentant du Yémen a souligné qu'il est important d'assurer le suivi et l'évaluation qualitatifs de la mise en œuvre des projets et de déterminer qui est responsable du suivi et de l'évaluation.

Le Représentant de l'Iraq a insisté sur l'importance de la coopération et sur la nécessité de délimiter clairement les domaines sur lesquels elle porte. Il a déclaré qu'une planification stratégique était nécessaire entre les agences des Nations Unies et les donateurs au niveau régional, pour que la planification des programmes puisse s'effectuer plus efficacement. Il a précisé qu'il était essentiel de réaliser une analyse de la situation et un examen des performances des périodes biennales antérieures afin de créer des mécanismes efficaces pour des processus de planification conjoints aux niveaux mondial, régional et national.

Le Représentant de l'Égypte a déclaré que les travaux préparatoires devraient être programmés tôt dans les pays et au niveau du Bureau régional. Il a insisté sur l'importance des stratégies de coopération avec les pays pour coordonner le soutien technique de l'OMS avec les besoins des pays et les priorités nationales afin de réduire l'écart entre les stratégies régionales et nationales. Il a demandé l'insertion de crédits non affectés dans le budget en réponse aux priorités nationales. Il a souligné qu'il était important de se concentrer sur un nombre donné de priorités et de permettre une certaine flexibilité dans la mise en œuvre.

La Représentante du Maroc a loué les missions conjointes d'examen et de planification de programmes de l'OMS en 2012-2013 pour leur appui technique. Elle a déclaré que la consultation nationale sur la santé qui aura lieu au Maroc représentera une bonne occasion de fixer des priorités. Elle a recommandé d'organiser des cours de formation sur la planification opérationnelle dans le système de gestion mondial pour les planificateurs nationaux de programmes, afin d'améliorer la planification programmatique.

Le Représentant de l'Afghanistan a expliqué qu'une meilleure coordination entre les agences des Nations Unies augmenterait la complémentarité et améliorerait les processus programmatiques, tandis que le renforcement du suivi et de l'évaluation de la mise en œuvre se traduirait par de meilleurs résultats.

Le Représentant du Soudan a affirmé que chaque pays avait sa propre stratégie sanitaire et devrait donc savoir comment mesurer le degré de succès atteint dans la concrétisation des objectifs nationaux. Il a souligné que certaines stratégies devaient être révisées pour que les objectifs soient atteints.

Le Coordonnateur de la Planification, du suivi et de l'évaluation des programmes, a déclaré qu'il convenait de la nécessité de mener des missions conjointes d'examen et de planification de programmes et de fixer des priorités dans un cadre où le pays avait la maîtrise totale de cette démarche. Il a affirmé qu'il était important que le travail des missions conjointes d'examen et de planification des programmes soit compatible avec les activités des agences des Nations Unies dans les pays et qu'il fallait créer des synergies pour les outils de planification. Il a déclaré que l'élaboration des stratégies de coopération avec les pays et la planification opérationnelle étaient des exercices conjoints, et que le suivi et l'évaluation relevaient donc de la responsabilité de l'OMS et des États Membres.

Le Directeur de la gestion des programmes, a expliqué que les priorités n'avaient pas été fixées avant la période biennale actuelle, étant donné que de nouvelles priorités avaient été arrêtées depuis la nomination d'un nouveau Directeur régional. Ce ne serait pas le cas pour le prochain cycle de planification. Il a déclaré qu'une meilleure coordination entre l'OMS et les programmes d'autres agences était nécessaire, mais que durant de courtes visites de mission, il n'était pas possible de fixer toutes les priorités, mais seulement d'être conscient des activités d'autres programmes et de les aligner avec les activités de l'OMS. Il a affirmé qu'il fallait des experts nationaux au niveau international, ainsi que des investissements dans les capacités. Le suivi et l'évaluation sont une responsabilité conjointe, mais un accord sur la méthodologie est nécessaire.

Le Directeur régional a précisé que les missions conjointes d'examen et de planification de programmes étaient très efficaces, mais que les évaluations avaient révélé des faiblesses cruciales. Parfois, la planification de la mission conjointe s'est avérée peu pertinente par rapport aux grandes priorités nationales, et les programmes ont eu peu d'impact dans les pays. Il a expliqué que l'objectif du programme général de travail et du budget programme était de mettre l'accent là où un impact maximal pouvait être atteint. L'élaboration des stratégies de coopération nationale, de qualité variable, n'est pas basée sur une discussion et une évaluation approfondies ; l'OMS veut avoir plus d'impact quant au soutien apporté aux pays. Dans un certain nombre de pays, l'OMS n'est pas le seul acteur de la santé. Les faiblesses doivent être décelées et il faut assurer un impact plus percutant au processus de gestion opérationnelle.

6. Questions techniques

6.1 Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagements pour les États Membres et orientations futures

Point 4 a) de l'ordre du jour, document EM/RC59/3, Résolution EM/RC59/R.2

Le Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, a présenté le document intitulé « Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagements des États Membres et orientations futures ». Il a déclaré que les maladies non transmissibles étaient responsables de 53 % de tous les décès en moyenne dans la Région de la Méditerranée orientale. Près de 80 % des décès causés par ces maladies surviennent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire. Les maladies non transmissibles sont en outre responsables de décès de personnes plus jeunes dans les pays en développement. Près de 50 % des personnes qui décèdent de ces maladies ont moins de 60 ans dans certains pays de la Région, alors qu'elles sont moins de 10 % dans les pays européens. La morbidité, l'incapacité et les décès prématurés réduisent la productivité et ont des répercussions négatives graves sur le développement durable, en particulier dans les pays en développement. Un pourcentage important de maladies non transmissibles est évitable, et les complications et la morbidité associées aux maladies non transmissibles pourraient être grandement réduites grâce à une prise en charge adéquate.

Il a fait remarquer qu'une stratégie et une feuille de route claires existaient. La Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, adoptée par les Chefs d'États et de gouvernement en septembre 2011, fournit une feuille de route pour les États Membres et l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) leur permettant de s'attaquer à l'épidémie de maladies non transmissibles, guidés par la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles de l'OMS et son plan d'action connexe. Les gouvernements sont censés se conformer aux engagements cités dans la Déclaration politique, en renforçant leur action nationale contre les maladies non transmissibles sur les trois composantes clés de la Stratégie mondiale : la surveillance, la prévention et la prise en charge. L'Assemblée générale des Nations Unies examinera les progrès accomplis par les pays et la communauté internationale dans la mise en œuvre des engagements de la Déclaration politique en 2013 et 2014. Il sera par conséquent attendu de chaque pays qu'il élabore un plan d'action pour la mise en œuvre des engagements dans les deux prochaines années. Il a conclu son propos en invitant les membres du Comité régional à examiner les interventions stratégiques dans les domaines de la gouvernance, de la surveillance, de la prévention et des soins de santé.

Discussions

Le Représentant du Yémen a déclaré que le cadre proposé mentionnait les rôles des États Membres mais négligeait de mettre en lumière les rôles d'autres parties, telles que l'OMS et d'autres partenaires, en particulier dans les pays qui s'appuyaient invariablement sur le soutien fourni par ces parties. Il a souligné que la feuille de route rendait le cadre plus clair et plus structuré. Toutefois, il était d'avis qu'il convenait toujours d'élaborer des plans nationaux qui prennent en compte le contexte propre à chaque pays. Il a déclaré qu'un certain nombre d'interventions pouvaient aisément être mises en œuvre à des stades antérieurs. Ces interventions, pour la plupart, portaient sur des comportements qu'il était difficile de changer. Cependant, lorsque les plans étaient mis au point, les comportements devaient être pris en compte. Il a ajouté que l'objectif du débat sur les maladies non transmissibles était d'être en mesure de s'attaquer à ces maladies dans un cadre sanitaire plus large et plus complet. Il s'est interrogé sur la manière de concevoir des systèmes de santé qui intègrent les particularités de tous les pays et leurs situations respectives au regard des épidémies. Il convenait de déployer des efforts sous l'égide d'un système de santé capable de faire face aux évolutions. Il a ajouté que l'intégration était indispensable pour assurer la coordination et la synergie des efforts et pour éviter les doubles emplois. Il s'est dit favorable à un cadre plus complet qui traite à la fois des maladies transmissibles et des maladies non transmissibles.

La Représentante de Bahreïn a affirmé que le cadre proposé reliait l'engagement politique aux interventions stratégiques que les pays avaient été incités à adopter. Elle a déclaré que le cadre comprenait les outils nécessaires pour que l'Organisation mondiale de la Santé suive les résultats. Elle a ajouté que le cadre pouvait être facilement présenté aux responsables politiques et aux décisionnaires. Elle a soulevé la question de l'instauration de taxes sur les ventes des produits du tabac alors qu'un certain nombre de pays avaient signé des accords de libre échange selon lesquels les produits du tabac et l'alcool ne seraient pas taxés d'ici à 2016.

Le Représentant de l'Iraq a souligné le fort engagement politique en faveur de la mise en œuvre d'une approche reposant sur les déterminants sociaux de la santé pour réduire les inégalités en santé et réaliser d'autres objectifs prioritaires mondiaux de la Déclaration politique de Rio de 2011, et de l'approche reposant sur les déterminants écologiques de la santé adoptée par la Conférence Rio+20 des Nations Unies sur le développement durable. Il a déclaré que les déterminants sociaux comme les déterminants écologiques de la santé étaient essentiels dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Il a souligné que cette lutte était un élément des stratégies nationales pour le développement. Il a ajouté que tous les secteurs et les ministères devaient travailler à la réalisation des objectifs de la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles afin d'illustrer cet engagement de haut-niveau. Il a fait référence au rôle des autres organisations régionales et internationales et fait part du souhait de l'Iraq de voir ces organisations travailler en collaboration et en coordination plus étroites.

Le Représentant d'Oman a déclaré que le cadre proposé pour la maîtrise et la prévention des maladies non transmissibles était clair et basé sur les quatre priorités clés. Il a indiqué que le manque d'information sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque associés étaient l'une des carences qui entravaient les efforts de lutte contre ces maladies. Il a suggéré qu'un élément consacré à l'information soit incorporé dans ce cadre. Un autre membre de la délégation d'Oman a souligné le rôle essentiel de la culture pour le façonnement des comportements des individus, qui se traduisent par des résultats au niveau des infrastructures de santé, au bénéfice de toute la société dans ses efforts de lutte contre les maladies non transmissibles. Il a souligné le rôle de l'éducation sanitaire des communautés, qui devrait compléter les lois et règlements. Il a avancé que l'éducation à la santé devrait faire partie intégrante du cadre proposé.

Le Représentant de l'Égypte a observé que les maladies non transmissibles constituent l'une des principales priorités de la Région à ce stade, étant donné les taux de morbidité et de mortalité élevés qui y sont associés et le fait qu'elles sont évitables et peuvent être soignées. Il a ajouté qu'il fallait un engagement politique clair de la part des pays de la Région. Il a déclaré que des plans et stratégies adéquats, propres à chaque pays, devaient être élaborés en s'inspirant du plan de l'OMS. Il a précisé que l'OMS devait travailler avec les pays sur ce dossier, dans le cadre d'une démarche globale plutôt que de programmes distincts.

Son Excellence le Ministre de la Santé de Tunisie a fait observer que son pays avait pris part à l'élaboration de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies transmissibles et qu'il était par conséquent tenu par cette Déclaration. Il a indiqué que la Tunisie avait ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en 2010. Il a ajouté qu'un plan national avait été élaboré pour prévenir l'obésité et promouvoir l'exercice physique, ainsi que pour soutenir la prévention du cancer et la lutte contre cette maladie. Il a mis l'accent sur le manque de ressources appropriées au niveau national pour mettre en œuvre les stratégies pour la prévention des maladies non transmissibles, malgré les efforts déployés pour renforcer le dépistage précoce et le traitement de ces maladies. Il a également fait remarquer que le ministère de la santé publique avait l'intention de réexaminer les politiques, les stratégies et les plans nationaux, ce qui devait conduire à une réforme complète du système de santé. Il a indiqué que les interventions pour la lutte contre les maladies transmissibles seraient intégrées au système de santé national. Il a ajouté que des taxes avaient été imposées cette année sur les produits du tabac et que les recettes générées étaient utilisées pour promouvoir des programmes de lutte contre les maladies non transmissibles.

Le Représentant du Soudan du Sud a déclaré que bien le tabagisme, la consommation excessive de sel et l'usage nocif de l'alcool – facteurs de risque communément reconnus – aient été découragés, d'autres facteurs de risque, tels qu'une alimentation peu saine, étaient négligés.

Le Représentant de la Libye a demandé comment l'Organisation mondiale de la Santé pouvait fournir un appui technique accru aux États Membres pour la mise en œuvre de stratégies pour la lutte contre les maladies non transmissibles et comment la mise en œuvre de telles stratégies pouvait réaliser les objectifs des politiques sociales et sanitaires dans le pays. Il a souhaité qu'un appui technique soit fourni sous la forme de programmes de formation, d'ateliers ou de missions d'évaluation de programme par des consultants

La Représentante du Pakistan a attiré l'attention des participants sur l'importance d'un système éducatif solide afin de contrer l'influence des forces du marché sur les modes de vie et les comportements. Elle a proposé de discuter de manière plus approfondie des mécanismes efficaces pour s'engager auprès d'autres parties prenantes du système des Nations Unies qui s'occupent de l'éducation et de l'information et travailler avec le secteur privé.

Le Représentant du Conseil des ministres de la Santé des États du Conseil de coopération du Golfe a observé que les interventions stratégiques étaient réalisables, ou partiellement réalisables, dans un cadre général. Il a ajouté que certaines interventions requerront que l'OMS, avec les organisations internationales concernées, cherche à ce qu'une législation et des règlements soient émis. Il a recommandé de continuer à discuter des interventions stratégiques.

Le Représentant de l'Union internationale des sciences de la nutrition a déclaré que pour le succès de la planification et de la mise en œuvre des interventions, telles que la réduction de la consommation de sel pour limiter l'hypertension, il était nécessaire d'informer la population afin de motiver un changement des comportements. Cet objectif nécessitait non seulement une communication et une formation efficaces, mais aussi l'adoption d'un cadre global de recommandations au niveau national.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a fait remarquer que les carences existantes en ce qui concerne les capacités nationales étaient un obstacle à la mise en œuvre dans les quatre domaines de la stratégie. L'aide de l'OMS sera essentielle à cet égard, ainsi qu'éventuellement pour la mise au point d'objectifs et d'indicateurs.

Le Directeur régional a précisé que le document technique reprenait les principales recommandations de la déclaration politique et a demandé aux États Membres de l'examiner. Il a indiqué que l'objectif de la discussion était d'établir un programme d'action, pour les États Membres ainsi que pour l'OMS, mais aussi pour d'autres partenaires. Il a ajouté que les pays avaient besoin d'une aide technique dans le domaine du conseil technique et de la formation, entre autres, afin de mettre en application les recommandations incluses dans la déclaration politique. Il a précisé par ailleurs que les spécificités et priorités de chaque pays étaient prises en considération. Il a mentionné le double fardeau de morbidité qui n'était pas limité à certains pays, mais s'étendait aux membres de la même famille. Il a fait observer que les déterminants sociaux de la santé faisaient partie du cadre général de la surveillance des maladies non transmissibles. Il a évoqué les objectifs qui devaient être réalisés pour la lutte contre les maladies chroniques et les buts poursuivis dans ce domaine. Il a expliqué que les résultats étaient mesurés par des objectifs et que les cibles et indicateurs étaient représentés par une réduction de la mortalité due aux maladies non transmissibles ; par la réduction des taux de tabagisme et de consommation de tabac ; par la réduction de l'hypertension ; par la réduction du surpoids et de l'obésité, etc. Il a également déclaré que l'Assemblée mondiale de la Santé conviendrait d'objectifs mondiaux volontaires lors de sa réunion prévue en mai 2013 et que suite à cette réunion les pays devaient, dès lors, avoir leurs propres objectifs nationaux. Il a ajouté que l'OMS serait chargée d'apporter une aide technique aux États Membres. Il a encore ajouté que l'OMS devait renforcer ses capacités pour fournir de l'aide. Il a souligné le fait que la mise en œuvre de la recommandation incluse dans la déclaration politique nécessitait d'énormes efforts de la part des pays, de l'OMS et des autres partenaires.

Le Représentant de la Palestine a fait observer qu'en ce qui concernait la stratégie sur les maladies non transmissibles, la prestation de services intégrés faisait toujours défaut dans la plupart des pays de la Région. Il a souligné l'importance du choix de points focaux compétents ayant une expérience dans l'intégration des services. La Palestine a commencé à mettre en œuvre l'ensemble d'interventions essentielles concernant les maladies non transmissibles pour les soins de santé primaires sous la forme d'une étude pilote, afin de lutter contre les maladies chroniques dans la Région. Il a demandé à l'OMS d'apporter un soutien technique à son pays à cet égard. S'agissant de la prévention, il a proposé d'examiner le *Codex Alimentarius* et d'établir des critères techniques pour les aliments sains qui pourraient aider les législateurs. Il a mis en lumière l'importance du changement dans les comportements humains, tout en reconnaissant qu'il était difficile à instaurer, et a suggéré de faire intervenir les dirigeants communautaires et les autorités religieuses dans ce domaine. Il a proposé qu'un appui soit apporté à la recherche scientifique sur les conséquences économiques d'une mauvaise nutrition. Il a souligné la nécessité de cibler les jeunes en milieu scolaire et les enseignants dans le cadre des campagnes antitabac. Il a également mis l'accent sur l'obligation de suivre les maladies non transmissibles de manière simple.

Le Représentant du Qatar a évoqué des facteurs de succès dans la lutte contre la cause de préoccupation croissante que représentent les maladies non transmissibles et a déclaré que ces facteurs s'appuyaient sur le combat contre la société de consommation et les forces du marché. Il a souligné le rôle important joué par la recherche scientifique pour s'attaquer au problème des maladies non transmissibles. Il a mis en évidence l'importance de l'éducation des jeunes générations et de l'attention qui leur est accordée. Il a fait remarquer l'importance de la coopération et de la concertation des efforts dans tous les secteurs au niveau national.

Le Représentant du Yémen a souligné qu'il était important d'envisager les maladies non transmissibles de manière plus systématique et globale, car la lutte contre ces maladies dépendait des ressources disponibles dans chaque pays. Il a insisté sur la nécessité de bénéficier du renforcement des systèmes de santé et de la coordination entre la lutte contre les maladies non transmissibles et d'autres programmes. Il a proposé que plusieurs options soient arrêtées pour les maladies non transmissibles, sur la base du tableau épidémiologique et de la charge de morbidité pour chaque pays, l'accent étant mis sur l'éducation à la santé. Il a exhorté l'OMS à assurer une aide technique et à plaider en faveur de la mobilisation de ressources aux niveaux local, régional et international.

Le Représentant de Djibouti a suggéré que le ministère de la santé mène une étude approfondie de ces maladies en collaboration avec l'OMS afin de recenser la meilleure stratégie locale puis de commencer la mise en œuvre à ce niveau. Il a suggéré de recueillir et de rassembler des informations sur les expériences acquises afin d'en tirer parti. Il a souligné combien le travail d'équipe était précieux pour réussir et a proposé la création d'un mécanisme conjoint pour lutter contre ces maladies.

La Représentante de Bahreïn a proposé l'élaboration d'un mécanisme ou d'un instrument permettant de suivre la mise en œuvre de la déclaration politique qui est le reflet de l'engagement de haut niveau du gouvernement. Ce mécanisme ou cet instrument permettrait d'évaluer l'action du gouvernement à cet égard. Elle a suggéré d'augmenter les taxes sur les produits du tabac et l'alcool. Elle a déclaré que Bahreïn avait adopté de nombreuses mesures dans le domaine de la gouvernance, et a demandé le soutien de l'OMS pour élaborer un système de surveillance des maladies non transmissibles.

Le Représentant de l'Afghanistan a déclaré que les maladies non transmissibles représentaient un double fardeau dans son pays, qui se trouvait dans une situation d'urgence complexe depuis plus de trente ans et qui continuait à dépendre des donateurs. Pour l'Afghanistan, il s'agit des toutes premières étapes de la prise en charge du problème. Le ministère de la Santé publique considère les maladies

non transmissibles comme une priorité et a récemment établi un département distinct chargé de la question. Un soutien technique est nécessaire dans un certain nombre de domaines, y compris la surveillance et la réduction des facteurs de risque. Il a indiqué que l'Afghanistan s'était engagé à traduire la Déclaration politique en mesures concrètes, et qu'un partenariat serait la clef du succès.

Le Représentant du Maroc a souligné l'importance de la lutte contre les maladies non transmissibles et de la définition de moyens pour la mettre en œuvre. Il a proposé d'intégrer l'initiative contre les maladies non transmissibles dans d'autres initiatives mondiales, en encourageant la coopération entre pays de la Région pour veiller au déblocage des ressources financières nécessaires et la collaboration avec l'OMS afin de diffuser des informations sur les interventions d'un bon rapport coût-efficacité.

Le Représentant du Liban a fait remarquer que les pays de la Région avaient besoin de modèles à suivre et d'instruments pour mettre en œuvre les actions requises, comme par exemple une législation pour réduire la consommation de graisses nuisibles, de sucre et de sel et limiter la promotion des aliments malsains. Il a proposé que le Bureau régional formule des modèles adaptés aux communautés régionales. Il a ajouté qu'une approche multisectorielle était requise pour traiter cette question et que le Bureau régional pourrait jouer un rôle crucial à cet égard en fournissant les éléments d'information requis et en plaidant, avec les partenaires, en faveur de l'importance d'une concertation des efforts pour mettre en œuvre les recommandations de la déclaration politique. Il a souligné la nécessité d'un engagement de l'ensemble du gouvernement pour mettre en œuvre ces recommandations, car la déclaration est destinée aux chefs d'État et de gouvernement, plutôt qu'aux ministères de la santé. Il a par ailleurs réitéré la nécessité d'adopter des mécanismes permettant la responsabilisation de tous les secteurs concernés. Il a ajouté que le rôle du Bureau régional ne devrait pas se limiter à fournir un appui technique aux pays, mais qu'il devrait aussi inclure le suivi de la mise en œuvre.

La Représentante du Koweït a proposé qu'une nouvelle colonne soit ajoutée, portant le titre « outils nationaux existants » de manière à évaluer la situation actuelle dans chaque pays et identifier les atouts et les faiblesses ainsi que les défis existants. Elle a ajouté que cet outil devrait contribuer à renforcer les capacités en matière de soins de santé primaires et pour le système de santé en général afin de riposter aux maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque. Elle a proposé qu'un mécanisme soit mis au point pour l'examen périodique permanent aux niveaux national et régional, et que la recherche et les expériences nationales de réussite soient prises en compte.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a déclaré que d'après l'expérience de son pays, le principal pilier pour l'élaboration rigoureuse de politiques et de programmes dans le domaine des maladies non transmissibles était un système graduel de surveillance des facteurs de risque. Il a souligné l'importance d'une démarche multisectorielle et a décrit la structure nationale de son pays pour la coordination multisectorielle, qui englobe des ministres de chaque grand secteur plus les médias. Il a attiré l'attention sur la corrélation entre les déterminants sociaux de la santé et la prévalence des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque. Il a souligné l'importance de l'enseignement public et de l'instruction en santé. Il a proposé que l'OMS envisage la mise en place d'un groupe consultatif technique régional sur les maladies non transmissibles et fournisse des conseils aux pays sur la surveillance des facteurs de risque, en intégrant le dépistage des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires et en sélectionnant les interventions essentielles.

Le Représentant de la Somalie a fait observer que les États fragiles, tels la Somalie, étaient aussi vulnérables face aux maladies non transmissibles. Il a fait remarquer qu'en Somalie, plus de 75 % des dépenses de santé sont supportées directement par le patient, et que les communautés pauvres et vulnérables sont les plus affectées. Il a déclaré que l'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires avait déjà été clairement définie dans la politique et stratégie nationale récemment élaborée, mais que les capacités et ressources étaient limitées pour la promotion de la santé et la prestation de soins de santé. Il a demandé l'aide de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles, et a déclaré que la Somalie entrait maintenant dans une nouvelle ère.

Le Représentant de l'Iraq a noté que l'action de son pays dans le domaine des maladies non transmissibles avait été intégrée au plan stratégique et à la stratégie nationale de développement du ministère de la santé et transposée dans la législation pertinente. Il a ajouté qu'un partenariat était établi avec d'autres ministères et organes concernés, ainsi qu'avec des organisations de la société civile. Il a ajouté que des stratégies de prévention des maladies non transmissibles avaient été intégrées à celles visant la réalisation de l'OMD 6, y compris l'élaboration d'indicateurs et la surveillance intégrée. Il a déclaré que l'intégration de la stratégie relative aux maladies non transmissibles aux stratégies relatives à la santé génésique, à la nutrition et à la sécurité sanitaire des aliments, et à la lutte contre la pauvreté notamment, était nécessaire pour un développement durable. Il a souligné la nécessité d'une gestion de qualité dans la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre les maladies non transmissibles et la mise au point d'indicateurs en vue de l'évaluation. Il a fait observer qu'il importait de normaliser et d'unifier tous les services liés aux soins de santé primaires. Il a mis l'accent sur l'importance de la santé en milieu scolaire, qui ouvrait la voie au développement, et a souligné qu'il était nécessaire de renforcer les capacités dans le domaine de la recherche et des ressources humaines, et en matière institutionnelle, et de mener à bien des enquêtes et de constituer une base de données solide.

La Représentante du Pakistan a déclaré que les maladies non transmissibles revêtaient une importance particulière dans son pays en raison du fardeau de plus en plus lourd qu'elles faisaient peser sur les budgets du secteur de la santé, même si les influences sur les comportements adoptés résidaient dans de nombreux autres secteurs, comme l'enseignement et l'information. Elle a expliqué que la politique de santé nationale du Pakistan comportait une approche multisectorielle des maladies non transmissibles, et que le pays se concentrait sur une série d'interventions séquentielles comme le fait de veiller à ce que le programme d'études médicales comprenne des sections de base bien développées sur les maladies non transmissibles et à ce que les « modes de vie sains » soient abordés dans l'enseignement tertiaire. Elle a demandé à l'OMS de prévoir des sessions d'orientation sur ses outils, avec des mécanismes efficaces pour la mise en œuvre de mesures intersectorielles et la réalisation d'évaluations des capacités.

Le Représentant du Soudan du Sud a souligné l'importance de la sensibilisation par l'intermédiaire des médias. Il a mentionné l'absence de statistiques sur la prévalence des maladies non transmissibles dans son pays et a demandé un appui en la matière.

Le Représentant de la Tunisie a déclaré que les programmes élaborés pour s'attaquer aux maladies non transmissibles seraient un échec si les déterminants de la santé n'étaient pas pris en compte. Il a ajouté que la malnutrition, la sédentarité et le tabagisme étaient des facteurs de risque contribuant directement à l'apparition des maladies non transmissibles et aggravaient leur impact sanitaire et financier. Il a précisé que ces facteurs ne relevaient pas directement du ministère de la Santé. Il a suggéré que des réunions provinciales voire même régionales soient tenues avec les ministères concernés pour identifier les défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé dans un contexte de transformations démographiques et sociales ayant contribué à l'augmentation des maladies non transmissibles. L'objectif de telles réunions serait de jeter les bases d'un nouveau partenariat entre le ministère de la Santé et les autres ministères afin de coordonner la politique du secteur visant à s'attaquer aux facteurs de risque et à éliminer l'impact des déterminants sociaux de la santé. Il a demandé à l'Organisation mondiale de la Santé d'appuyer l'élaboration d'un système de surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque qui soit efficace et facile à utiliser.

Le Représentant de la Fédération internationale des associations des étudiants en médecine a déclaré que la crise des maladies non transmissibles était en rapport avec l'équité, et que les efforts de lutte contre les maladies non transmissibles devaient être coordonnés aux stratégies multisectorielles visant à limiter les déséquilibres dans les déterminants sociaux de la santé. Il a proposé de faire participer les jeunes et la collectivité à la mise en œuvre de plans et de stratégies sanitaires tels que ceux qui visent la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Les organisations estudiantines peuvent apporter leur soutien dans ce domaine.

Le Représentant de l'Alliance internationale des Organisations de Patients (IAPO) a noté que les associations de patients jouaient un rôle essentiel dans la lutte contre les maladies non transmissibles, puisqu'ils fournissaient toute une gamme de services en matière de santé tels que des formations aux connaissances de base en santé, des conseils sur la promotion de la santé et un soutien pour la prise en charge des affections et l'accès au traitement. Il a déclaré que l'IAPO encourageait l'OMS et les États Membres à entreprendre une analyse de la situation afin de comprendre et d'apprécier à leur juste valeur le travail et l'impact potentiel des organisations de patients. Il a attiré l'attention des participants sur l'importance des soins centrés sur le patient.

Le Représentant de l'Alliance contre les maladies non transmissibles a déclaré que ses organisations membres, la Fédération internationale du diabète, l'Union internationale contre la Tuberculose et les Maladies respiratoires, l'Union internationale contre le Cancer, la Fédération mondiale du Cœur s'étaient engagées à soutenir les pays et l'Organisation mondiale de la Santé dans l'intensification de l'action contre les maladies non transmissibles. Il a invité les États Membres à appuyer la préparation d'un plan d'action mondial complet pour 2013–2020 doté d'un cadre de suivi et d'une plateforme de coordination sur les maladies non transmissibles au niveau mondial, et à placer les maladies non transmissibles au cœur du programme de développement après 2015.

Le Représentant du Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode a souligné le coût élevé imposé aux pays en développement par les carences en micronutriments et a déclaré que les effets des maladies non transmissibles sur les micronutriments, et vice versa, étaient immenses. Il a attiré l'attention sur les efforts consentis par le Conseil international pour la lutte contre les troubles dus à une carence en iode afin d'accélérer la réduction de la forte consommation de sodium au sein de la population. Il a évoqué une étude mondiale récente sur l'excrétion urinaire d'iode, qui montrait que la Région enregistrait le pourcentage le plus élevé d'enfants ayant un faible apport d'iode. Il a déclaré que les États Membres étaient encouragés à organiser des débats nationaux sur la révision du plan d'action mondial pour inclure une expansion du rôle du secteur privé, des sociétés civiles et des corporations professionnelles.

La Représentante d'Alzheimer's Disease International a fait remarquer que la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a appelé à la reconnaissance de la maladie d'Alzheimer et de la démence comme maladies non transmissibles majeures. Actuellement, l'OMS envisage l'adoption d'un cadre de suivi mondial des maladies non transmissibles dans lequel la démence n'est pas encore incluse. Elle a demandé que l'âge soit reconnu dans le plan d'action mondial mis à jour en tant que facteur déterminant dans la démence et les maladies non transmissibles et que l'OMS inclut l'existence d'un plan national sur la démence ou la maladie d'Alzheimer dans la surveillance par étape STEPwise. La Représentante a en outre déclaré que le plan d'action pour les maladies non transmissibles devait appeler une approche multisectorielle en vue d'identifier rapidement des instruments de surveillance de la démence recourant à des bases factuelles qui puissent être adoptés dans les systèmes de surveillance des pays.

Le Représentant de la Fédération du Golfe pour la lutte contre le cancer a souligné l'importance de la collaboration entre les pays ayant des situations similaires. Il a ajouté que l'emplacement de la Fédération était idéal pour une telle collaboration avec la présence d'un Centre de soins palliatifs au Koweït, d'un Centre de médecine parallèle et d'un Centre de recherche sur le cancer du sein en Arabie saoudite. Il a en outre mentionné qu'il était possible qu'un Centre pour le cancer colorectal et un Centre pour le cancer de la tête et du cou soient ouverts aux Émirats arabes unis et à Oman, respectivement.

La Représentante de l'Égypte a déclaré qu'un grand nombre d'engagements à respecter pourrait disperser les efforts et nuire aux résultats. Elle a suggéré que le nombre d'actions nécessaires soit réduit, ou que les objectifs soient formulés de manière progressive. Elle a ajouté qu'il n'y avait aucune mention de recherche sur les maladies non transmissibles et leurs facteurs de risque communs pris en compte dans le plan du Bureau régional pour la lutte contre les maladies non transmissibles.

Elle a fait référence au rapport de la *Harvard School of Public Health* publié en septembre 2011, qui contenait des chiffres alarmants sur le coût des traitements des maladies non transmissibles pour les 20 prochaines années et qui pourrait ne pas être abordable même pour les pays aux économies les plus robustes. Elle a aussi souligné le fait que la propagation des maladies non transmissibles freinait la croissance économique, représentant un problème national qui ne devait pas être la seule responsabilité du secteur de la santé. Le sujet exige une collaboration étroite avec les autres secteurs dans chaque pays.

Le Directeur régional s'est déclaré satisfait des points de vue et des observations partagés par les participants. Il a ajouté qu'un accord préliminaire sur l'adoption d'actions proposées par l'Organisation mondiale de la Santé avait été conclu après avoir procédé aux amendements et ajouts recommandés. Il a aussi été convenu que chaque pays avait des priorités différentes en fonction de son contexte local et de ses besoins. Il a pris en compte les demandes de renforcement de la capacité de l'Organisation mondiale de la Santé qui lui permettrait de répondre à la demande d'appui dans tous les domaines. Il a affirmé que la matrice qui est jointe à la résolution serait modifiée en fonction des propositions et des recommandations.

En ce qui concerne l'appui de l'Organisation mondiale de la Santé aux États Membres pour la mise en œuvre de la déclaration, le Directeur régional a déclaré que la priorité serait accordée à la redéfinition des directives techniques de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. Il a souligné que le renforcement des conseils techniques était l'une des priorités du plan d'action mondial actualisé qui doit être débattu lors de la prochaine session du Comité exécutif et de l'Assemblée de la Santé. Il a reconnu le besoin de produire des données sur l'impact socioéconomique des maladies non transmissibles dans la Région et d'investir davantage dans la recherche opérationnelle, en précisant que de telles données étaient extrêmement importantes à des fins de plaidoyer. Il s'agit d'activités prioritaires pour le Bureau régional. Il a pris note des demandes des pays concernant un modèle de législation et davantage de directives sur la méthode à adopter pour mettre en œuvre la feuille de route et les recommandations. Il a déclaré que le personnel comptant des experts internes et externes à l'Organisation mondiale de la Santé travaille actuellement à l'élaboration de mesures visant à réduire la consommation de graisses saturées, de sel, etc. En ce qui concerne le suivi, il a reconnu l'absence de cibles et d'indicateurs pour les autres secteurs (autres que la santé) et a suggéré d'approfondir le débat pendant la réunion de novembre sur le plan d'action mondial mis à jour. En ce qui concerne le dépistage des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires, il a affirmé que la Région avait déjà effectué un certain nombre de bonnes expériences en la matière. Des directives pratiques de la part de l'Organisation mondiale de la Santé sont nécessaires, directives qui prennent en compte les données actuelles sur le rapport coût-efficacité du dépistage des maladies comme le diabète, l'hypertension artérielle et certains cancers. Il a ajouté que l'Organisation mondiale de la Santé était tout à fait disposée à travailler plus efficacement avec des organisations non gouvernementales dans la Région et à aider au développement d'une société civile plus active dans le domaine de la santé et de la mise en œuvre de la déclaration politique. Il a attiré l'attention sur les rôles majeurs joués par les organisations internationales non gouvernementales au niveau mondial et les a invitées à être plus actives aux niveaux régional, national et communautaire.

Le Directeur général a souligné le fait que les maladies non transmissibles n'étaient que la deuxième question concernant la santé, après le VIH/sida, qui serait discutée lors de l'Assemblée générale des Nations Unies. Elle a remercié les pays pour leur soutien et leur engagement, et a souligné le rôle directeur joué par le Dr Alwan pour guider les travaux de l'OMS à cet égard. Elle a convenu qu'une action multisectorielle et une approche pangouvernementale étaient nécessaires pour lutter contre les maladies non transmissibles, et a fait part de son admiration pour la structure multisectorielle de haut niveau mise en place par la République islamique d'Iran pour superviser cette question. Elle a déclaré qu'un outil serait élaboré pour évaluer les contributions ministérielles et utilisé par l'OMS pour suivre les engagements. Elle a mis l'accent sur les enseignements tirés du VIH/sida et souligné l'importance de l'approche fondée sur les soins de santé primaires, le dépistage précoce et le traitement afin de

prévenir les complications secondaires. Elle a insisté sur l'importance de l'action multisectorielle aux niveaux national et local pour lutter contre les maladies non transmissibles, et a souligné la nécessité de favoriser les échanges et les partenariats avec la société civile dans les pays. Le rôle moteur joué par les Représentants de l'OMS à cet égard est essentiel.

6.2 Principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international 2005 : respect de la date butoir fixée à 2014

Point 4 b) de l'ordre du jour, document EM/RC59/4, Résolution EM/RC59/R.4

Le Dr Jaouad Mahjour, Directeur de la lutte contre les maladies transmissibles, a présenté le document technique sur les capacités principales pour le Règlement sanitaire international (2005) : respect de la date butoir fixée à 2014. Il a déclaré que le Règlement sanitaire international (RSI 2005) est un accord international juridiquement contraignant pour 194 États Parties, qui est entré en vigueur en 2007. Au titre de cet accord, les États Parties doivent évaluer, acquérir et maintenir les principales capacités requises pour les systèmes nationaux de surveillance et de riposte, ainsi que les exigences aux points d'entrée et pour les risques liés à la sécurité sanitaire des aliments et les événements d'origine zoonotique, chimique et radionucléaire, d'ici au 15 juin 2012. Les États Parties ont pu obtenir un prolongation du délai de deux ans pour satisfaire aux exigences du RSI avant le 15 juin 2014, à condition d'avoir soumis une demande de prolongation étayée par un plan relatif à la mise en œuvre du RSI pendant la période de prolongation. Un seul pays de la Région a indiqué qu'il était prêt pour le RSI en juin 2012. La plupart des pays ont soumis des demandes pour la prolongation de deux ans, certains disposant d'un plan de mise en œuvre, et deux pays n'ont pas encore répondu.

Pour surmonter les défis auxquels certains pays sont confrontés afin de respecter la nouvelle date butoir, le Bureau régional recommande que les autorités nationales passent en revue et mettent à jour la politique et la législation nationales, renforcent les mécanismes de coordination et de communication entre les différents intervenants pour le RSI, identifient et communiquent les obligations des points focaux nationaux pour le RSI aux principaux intervenants, évaluent les ressources humaines existantes et mettent en place un plan de formation, et facilitent la mobilisation de ressources. Le Dr Mahjour a conclu en attirant l'attention sur le fait que seulement 18 mois restaient jusqu'à la nouvelle date butoir pour satisfaire aux exigences.

Discussions

Le Représentant de Bahreïn a déclaré que son pays avait établi un centre national de liaison et désigné des points focaux pour le RSI. Bahreïn a aussi constitué un comité de suivi comprenant des membres des divers ministères compétents. Ce comité a élaboré un plan garantissant le déploiement des capacités de base nécessaires pour la mise en œuvre du RSI. Ce plan englobe également des objectifs et des indicateurs de performance afin de suivre l'état d'avancement de la mise en œuvre du Règlement.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a déclaré qu'un soutien technique supplémentaire de la part de l'OMS était nécessaire pour renforcer les capacités essentielles dans des domaines tels que la santé aux frontières, la préparation et l'action face aux événements liés au RSI et la surveillance à la fois nationale et aux frontières. Il a proposé la mise en place de mécanismes interrégionaux entre les États Membres ayant des frontières communes en mettant en particulier l'accent sur les points d'entrée et le système d'alerte et d'interventions rapides, et a souligné que la surveillance syndromique était une bonne pratique. Il a suggéré que le mécanisme de collaboration entre l'Afghanistan, l'Iraq, le Pakistan, la République islamique d'Iran et le Bureau régional de l'OMS pouvait être utile pour permettre à d'autres États de traiter de leurs préoccupations et de leurs intérêts communs concernant le RSI. L'accord entre l'Iraq et la République islamique d'Iran ainsi qu'entre la Turquie et la République islamique d'Iran en tant que modèles interrégionaux étaient de bons exemples de mécanismes ayant pour objectif de discuter des questions de santé publique d'intérêt commun. L'expérience acquise par la République islamique d'Iran dans l'évaluation de la capacité des systèmes de santé à mettre en œuvre un programme de surveillance syndromique et dans

les activités relatives à la santé aux frontières en 2011 pouvait être partagée aux niveaux sous-régional et interrégional. La confirmation en laboratoire de certaines maladies à tendance épidémique nécessite des laboratoires ayant des capacités allant au-delà du niveau 2 de sécurité biologique ; aussi a-t-il suggéré que l’OMS puisse appuyer la mise en place d’un nombre suffisant de ces laboratoires dans la Région, auxquels l’ensemble des États Membres pourraient transmettre des échantillons en temps voulu, sans retard bureaucratique.

Le Représentant de la Libye a déclaré que la mise en œuvre du RSI avait été programmée pour juillet 2012, mais des discussions avec le comité national du RSI avaient mené à la conclusion selon laquelle il n’y avait pas encore la pleine capacité requise pour la mise en œuvre, notamment avec des troubles sociaux qui avaient entraîné l’endommagement de laboratoires et des difficultés pour mettre en œuvre le Règlement aux points d’entrée. Dès lors, la Libye avait demandé une prolongation jusqu’en 2014. Le Représentant de la Libye a exhorté l’OMS à fournir une aide technique pour le renforcement des capacités et la formation du personnel.

Le Représentant de l’Égypte a déclaré que le profil actuel de son pays pour la mise en œuvre du RSI reposait sur le pourcentage d’éléments obtenus pour une principale capacité donnée. Toutefois, la mesure dans laquelle ces pourcentages reflètent le niveau effectif de maturité peut être remise en question du fait que selon le Modèle de l’indice de maturation des capacités – qui est un modèle suggérant des niveaux progressifs de réalisation – l’obtention d’un niveau de capacité donnée exige que tous les éléments à un niveau inférieur soient en place. Le niveau de réalisation d’une capacité principale est déterminé par le niveau le plus bas parmi l’ensemble des indicateurs relatifs à cette capacité principale. Par conséquent, le pourcentage d’éléments peut ne pas refléter le niveau réel de maturité d’une capacité principale donnée. Le point focal national égyptien pour le RSI a suggéré d’élaborer les profils de pays en appliquant les données recueillies à partir des questionnaires d’auto-évaluation au Modèle de l’indice de maturation des capacités. Il ne s’agit nullement d’un processus de notation mais d’une tentative visant à refléter le niveau de maturité réel.

Le Représentant d’Oman a déclaré que son pays avait atteint un taux de 98 % de mise en œuvre des principales capacités. Les seuls domaines dans lesquels 100 % des principales capacités n’ont pas été atteintes sont les événements d’origine chimique, les situations d’urgence radiologique et les points d’entrée. Pour cette raison, Oman a demandé une prolongation de 2 ans du délai avec élaboration d’un plan d’action. Oman a participé à un projet commun avec l’Union européenne qui était axé sur la préparation des principales capacités en vue de la mise en œuvre du RSI. Parmi les principales capacités traitées figuraient la préparation et l’action dans les situations d’urgence, les ressources humaines, la formation liée aux flambées, la sécurité biologique en laboratoire et la cartographie des risques. Oman a suggéré qu’un symposium sur la surveillance transfrontière ainsi que le partage des informations sur les urgences de santé publique de portée internationale étaient sans doute nécessaires.

La Représentante du Pakistan a déclaré que, même si son pays avait développé ses capacités en matière de préparation et d’intervention en cas d’urgence grâce au déploiement d’organisations spécialement mandatées, il est conscient du fait que le processus de mise en œuvre du RSI avait été lent. Le Pakistan doit encore élargir ses capacités de base en matière de législation et de stratégies, de coordination, de surveillance, d’intervention, de préparation, de communication sur les risques, de ressources humaines et de laboratoires. Le processus de mise en œuvre a été lent en conséquence de la décentralisation des services de santé. La réforme constitutionnelle, en vertu du dix-huitième amendement, a requis un remaniement et une rationalisation profonds des procédures et fonctions. Les départements responsables de la mise en œuvre du RSI participent à ce processus de rationalisation. Un nouveau ministère de la Réglementation et des services nationaux a été mandaté pour s’occuper de la mise en œuvre du RSI depuis la décentralisation. Un projet de loi pour la mise en œuvre du RSI est en cours de révision, et une réunion de concertation nationale a eu lieu en août. Le Pakistan n’a pas encore soumis sa demande en vue de la prolongation du délai pour deux ans, mais prévoit de la présenter sous peu, en même temps que son plan d’action pour la mise en œuvre. Le Pakistan a

demandé le soutien du bureau de pays de l'OMS pour organiser des réunions de concertation nationales et provinciales et engager des conseillers juridiques pour rédiger des projets de loi et revoir la législation en matière de RSI, et déclaré qu'il continuerait à soutenir le système d'alerte précoce pour les maladies pendant 18 mois encore, jusqu'à la transmission du relais au gouvernement du Pakistan.

Le Représentant des Émirats Arabes Unis a déclaré qu'un programme national complet de renforcement des capacités avait été élaboré pour faciliter la mise en œuvre. Un haut comité national a été établi, réunissant des membres du personnel de tous les ministères pertinents – affaires intérieures, justice et transport –, un centre national de suivi a été établi et un coordonnateur national nommé. Une évaluation détaillée des principales capacités a été menée pour remédier aux lacunes et aux faiblesses. L'évaluation a été documentée et sera régulièrement mise à jour. Le ministère de la Santé a également approuvé la mise en place d'un laboratoire de référence national pour la santé publique devant être relié au réseau de laboratoires de l'OMS et au programme de surveillance épidémiologique. Un centre national de suivi de la grippe a également été mis sur pied. Les Émirats Arabes Unis ont demandé qu'une mission de consultants chargés de l'évaluation soit menée dans un proche avenir pour évaluer le renforcement de leurs principales capacités nationales.

Le Représentant du Maroc a déclaré que les auto-évaluations des capacités nationales avaient révélé des carences dans les capacités de base pour la mise en œuvre du RSI, notamment pour celles qui concernent la surveillance épidémiologique, la capacité des laboratoires en matière de préparation, les points d'entrée et les événements d'origine chimique. Le Maroc est en train de mener des activités de renforcement des capacités pour la mise en œuvre du RSI en 2014 ; ce fait a été communiqué officiellement à l'OMS. La Région a besoin de mettre en place des centres de référence pour les dangers portant sur des matières chimiques, nucléaires et radioactives, et il a été noté que le Centre national de radioprotection, qui fait partie du ministère de la Santé du Maroc, était disposé à servir de centre de référence régional de l'OMS.

Le Représentant du Koweït a déclaré que son pays avait constitué un comité national suprême et désigné un point focal RSI chargé des communications avec l'OMS. Ce comité a soumis régulièrement des informations comme l'exige l'OMS. Un plan de mise en œuvre a été élaboré et un calendrier fixé pour renforcer les capacités et satisfaire aux critères pour la pleine mise en œuvre du Règlement. Des travaux ont également été menés à bien pour améliorer les capacités de laboratoire nationales en santé publique et améliorer le suivi et l'action.

Le Représentant de la Jordanie a déclaré que son pays avait mis en place des capacités principales en vue de la mise en œuvre, 88 % de celles-ci étant établies, mais avait demandé une prolongation du délai jusqu'en juin 2014. Le ministère jordanien de la Santé a mis au point, par l'intermédiaire de son Centre de communication nationale et d'un comité national, un plan d'action, des objectifs et des indicateurs de résultats pour que les membres du comité issus des ministères et des organisations concernés puissent suivre l'état de la mise en œuvre. Les principales capacités de la Jordanie ont été évaluées et en matière de surveillance, elles sont pleinement atteintes. La surveillance en laboratoire concernant les frontières avec la Palestine a aussi été menée à bien, en particulier pour ce qui est de la surveillance de la grippe pandémique. Il a ajouté que la Jordanie avait accordé une large importance au renforcement des ressources humaines pour faciliter la mise en œuvre du RSI.

Le Représentant de la Palestine a expliqué que son gouvernement avait constitué un comité national comprenant des membres des ministères concernés et avait formé du personnel ministériel et organisé plusieurs séminaires-ateliers en collaboration avec l'OMS. La Palestine s'était déclarée disposée à mettre en œuvre le RSI, mais le processus avait été reporté à plus tard. Elle n'a ni matières nucléaires,

ni matières radioactives, et manque de contrôle sur ses propres frontières. Le Représentant de la Palestine a ajouté que les systèmes de santé et le contexte varient d'un pays à l'autre et a exhorté l'OMS à tenir compte de ces différences. Il a affirmé que deux à quatre ans était un délai insuffisant pour que les pays mettent en place des capacités principales, et qu'il fallait réexaminer le processus d'évaluation.

Le Représentant de l'Iraq a déclaré que son pays avait demandé une prolongation du délai de mise en œuvre du Règlement sanitaire international jusqu'en 2014. L'Iraq a désigné un certain nombre de points focaux locaux dans d'autres ministères et organisations pertinents afin de mettre au point les principales capacités nécessaires pour la mise en œuvre. Des partenariats efficaces avec l'OMS et d'autres organisations pertinentes sont importants pour partager les expériences et faciliter une réponse rapide et appropriée face aux évolutions épidémiologiques et aux événements de santé publique susceptibles de constituer des problèmes de portée internationale. Le gouvernement iraquien révisé la législation nationale pour faciliter la mise en œuvre du Règlement, en particulier la législation sur la santé publique. Il a noté qu'il importait que les pays voisins mènent des recherches et des études conjointes, et a mentionné l'instauration du mécanisme réunissant l'Afghanistan, la République islamique d'Iran, l'Iraq, le Pakistan et l'OMS comme un bon modèle qui permettait l'échange d'informations sur la santé publique.

Le Représentant de la Tunisie s'est félicité des progrès réalisés par les pays de la Région dans la mise au point des principales capacités nécessaires pour la mise en œuvre du RSI, par comparaison à d'autres Régions de l'OMS. Il a noté toutefois que l'instrument d'évaluation ne reflétait pas la situation actuelle dans certains pays et par conséquent ne permettait pas une classification ou une comparaison exacte entre les pays. Au cours des deux dernières années, certains pays ont connu des événements, tels que des troubles civils, qui ont constitué un obstacle aux capacités de mise en œuvre du RSI. Les critères d'une pleine mise en œuvre ne sont pas pleinement satisfaits, en particulier pour ce qui est des principales capacités pour les événements d'origine chimique et les situations d'urgence radiologique, d'où la nécessité de poursuivre la coopération et la coordination. Il a déclaré que la Tunisie avait accordé la plus haute importance à la mise en œuvre, renforçant la capacité des points focaux RSI et révisant la législation à cet égard, en collaboration avec les autres parties prenantes, pour renforcer le système de santé à l'appui de cette mise en œuvre.

Le Représentant de l'Arabie saoudite a insisté sur l'engagement de son pays, qui accueille annuellement plus de 10 millions de pèlerins, en faveur de la mise en œuvre du RSI. Il s'est félicité du soutien technique de l'OMS aux pays connaissant une situation d'urgence et pour l'identification de nouveaux virus, citant le coronavirus récemment isolé.

Le Représentant de la Somalie a déclaré que son pays avait participé à la réunion de 2005 sur le RSI et avait adopté la résolution sur les principales capacités nationales. Cependant, en raison de l'absence de moyens, la Somalie n'avait pas été en mesure d'atteindre l'objectif requis. Il a demandé des conseils à l'OMS pour savoir comment la Somalie pouvait continuer à prendre des mesures pour concrétiser l'objectif, tout comme le reste du monde. Il a déclaré que le pays était déterminé à mettre en œuvre le RSI et à améliorer les activités suprafrontalières à tous les niveaux. Il a réaffirmé l'intention de la Somalie de renforcer les capacités nationales pour gérer les urgences de santé publique.

Le Représentant du Soudan du Sud a expliqué que son pays supportait un lourd fardeau de maladies transmissibles (Ébola, choléra, méningite, fièvre jaune, dengue, etc.) qui suscitait les inquiétudes de la communauté internationale. Il a déclaré que le Soudan du Sud était parfaitement déterminé à mettre en œuvre le RSI et, malgré des difficultés énormes, respecterait la nouvelle date d'échéance pour cette mise en œuvre, en juin 2014. Il a souligné la nécessité d'un soutien technique de l'OMS sous la forme de formations et d'une coordination, et d'un soutien financier pour atteindre cet objectif. Le Soudan du Sud a déjà nommé un point focal pour le RSI et travaille en étroite collaboration avec les pays voisins

tels que le Kenya, l'Éthiopie et le Soudan afin d'améliorer la surveillance aux frontières. Il a précisé qu'une mission de l'OMS se rendrait à Juba en novembre pour réaliser une évaluation des capacités de base du Soudan du Sud pour la mise en œuvre, et que le Soudan du Sud attendait avec intérêt de recevoir ses conclusions.

Le Représentant de Djibouti a déclaré que son pays avait procédé, à la mi-juin 2012, à une évaluation des capacités nationales pour la mise en œuvre du RSI, en collaboration avec l'OMS. Les ministères de l'Environnement, du Commerce et de l'Agriculture ont aussi participé à l'évaluation. D'énormes lacunes ont été décelées et un plan d'action biennal a été élaboré. La responsabilité aux points d'entrée a été définie. L'évaluation a aussi révélé un besoin d'assistance dans un certain nombre de domaines, dont la coordination, la législation, le suivi, les risques aux points d'entrée et les événements d'origine chimique et radiologique. Il requerrait donc le maintien d'un soutien technique pour faciliter la mise en œuvre.

Le Représentant du Qatar a réclamé une recommandation priant chaque pays d'établir un calendrier précis pour la finalisation de la mise en œuvre du RSI. Une formation devrait être proposée pour combler les lacunes et garantir une mise en application du Règlement dans les délais. L'OMS devrait documenter les expériences réussies des pays en matière d'élaboration de capacités nationales de base et diffuser ces informations.

Le Directeur de la lutte contre les maladies transmissibles a déclaré que les évaluations des pays avaient révélé que la désignation dans les ministères de la Santé de points focaux pour le RSI au niveau national était optimale, mais que des mécanismes de coordination avec les autres parties prenantes étaient nécessaires. Il a indiqué que l'Organisation mondiale de la Santé s'attachait à renforcer les capacités dans des domaines tels que la surveillance et travaillait en étroite collaboration avec la République islamique d'Iran sur les capacités de laboratoire. L'Organisation mondiale de la Santé est en train d'élaborer des directives dans tous les domaines où les pays étaient demandeurs. Il a ajouté que des missions seraient menées au Pakistan, en Somalie et au Soudan du Sud pour évaluer les capacités nationales et élaborer des plans d'action. Le Soudan du Sud venant de devenir Partie au présent Règlement, son calendrier de mise en œuvre n'est pas le même que pour les autres États Membres. L'OMS enverrait une autre mission en Palestine afin de répondre aux besoins du pays. Il a précisé qu'une importante réunion des parties prenantes était prévue au cours de laquelle les États Membres pourraient discuter des mesures requises pour respecter le délai prévu pour la mise en œuvre.

La Directrice du département Capacités mondiales, alerte et action au Siège de l'OMS, a déclaré que même si la mise en œuvre du RSI représentait un défi mondial, elle constituait aussi une bonne occasion de collaborer avec des organisations internationales telles que l'Organisation mondiale de la santé animale, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Agence internationale de l'énergie atomique, étant donné que sans coopération, le monde entier courait un risque. Des approches multisectorielles sont nécessaires. La mise en œuvre du RSI nécessite que le secteur de la santé soit prêt à relever les défis, ce qui ne serait possible que grâce à la collaboration entre les ministères de la Santé et les autres secteurs. Elle a souligné qu'il était important de donner aux points focaux pour le RSI dans les pays le pouvoir de disposer de canaux de communication directe avec les ministres pour faciliter la mise en œuvre du Règlement.

Le Directeur de la gestion des programmes a appelé les pays à adopter des approches plurisectorielles qui abordent la santé dans son ensemble, comme celles qui ont donné des résultats encourageants dans plusieurs pays de la Région. Pour réduire la charge qui pèse sur le secteur de la santé et faciliter la coordination avec d'autres secteurs, tels que ceux des finances, de l'agriculture, des affaires intérieures et des transports, les initiatives guidant la mise en place des principales capacités requises pour l'application du RSI pourraient être regroupées dans un cadre commun, comme c'est désormais le cas au Bureau régional.

Le Directeur général, a déclaré que l'expérience des autres régions avait montré que pendant la riposte aux situations telles que la pandémie de grippe H1N1, il était important que des points focaux nationaux soient présents dans les ministères de la Santé et communiquent directement avec le ministre de la Santé. La pandémie de 2009 a mis en exergue des problèmes concernant la nomination de personnes peu expérimentées en tant que points focaux pour le RSI dans des ministères autres que le ministère de la Santé, à l'origine de la lenteur de la riposte à la pandémie.

7. Discussions techniques

7.1 Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et options pour l'action future Présentation

Point 3 de l'ordre du jour, document EM/RC59/ Tech. Disc.1, Résolution EM/RC59/R.3

Le Dr Sameen Siddiqi, Directeur, Développement des systèmes de santé, a présenté le document intitulé « Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : défis, priorités et options pour l'avenir ». Il a déclaré que les inégalités en matière de santé, l'exposition accrue aux risques sanitaires, l'augmentation du coût des soins de santé, et les niveaux inacceptablement bas de l'accès à des soins de qualité représentaient les principaux défis auxquels sont confrontés de nombreux pays dans la Région OMS de la Méditerranée orientale. Pour relever ces défis en vue de parvenir à un meilleur niveau de santé, la couverture sanitaire universelle, et des politiques de financement de la santé équitables, les gouvernements doivent développer une vision claire et élaborer des stratégies explicites pour leurs systèmes de santé. Le renforcement de ces systèmes figure parmi les cinq priorités stratégiques identifiées par le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale pour les cinq prochaines années. Le présent document technique vise à faire le point, de concert avec les responsables politiques de la Région, sur les difficultés et les enjeux à partir des meilleures informations disponibles, et à examiner la voie à suivre pour renforcer les systèmes de santé dans la Région. Pour les besoins de ce document, les pays de la Région ont été classés en trois groupes, en fonction des résultats sanitaires pour la population, des performances des systèmes de santé, et du niveau des dépenses de santé. Le groupe 1 comprend les pays qui ont connu un développement socioéconomique et sanitaire considérable au cours des dernières décennies. Le groupe 2 rassemble principalement les pays à revenu intermédiaire qui ont mis en place d'importantes infrastructures de santé publique, mais connaissent des restrictions en termes de ressources. Le groupe 3 est constitué des pays qui rencontrent des difficultés dans l'amélioration des résultats sanitaires pour la population en raison du manque de ressources, de l'instabilité politique et d'autres obstacles complexes au développement. Les maladies non transmissibles sont les principales causes de mortalité dans la Région ; parallèlement, les maladies transmissibles et les troubles nutritionnels restent à l'ordre du jour, et les décès dus à des traumatismes évitables représentent une part importante de la mortalité globale.

Le Dr Siddiqi a décrit les principaux défis qui influent sur les performances des systèmes de santé dans la Région, lesquels sont les suivants : nécessité d'un engagement politique à haut niveau pour parvenir à une couverture de santé universelle ; renforcement des capacités des ministères de la santé ; réduction de la part des paiements directs ; consolidation de la contribution du secteur privé à la santé publique et à sa réglementation ; formation de personnels de santé équilibrés, qualifiés et motivés, et adoption de modèles de médecine familiale réalisables ; renforcement des systèmes d'information sanitaire ; amélioration de l'accès aux technologies essentielles ; et soutien aux programmes de santé publique prioritaires. Compte tenu de ces défis, le Dr Siddiqi a proposé plusieurs priorités pour l'amélioration des performances du système de santé. La principale d'entre elles est l'obtention d'une couverture de santé universelle. Pour chacune de ces priorités, un ensemble de stratégies et d'options est proposé. Le Dr Siddiqi a conclu en faisant remarquer que le programme d'action était long et ambitieux, pour les pays aussi bien que pour l'OMS. Les pays devront prendre la direction des opérations et étudier les options proposées pour l'amélioration des performances de leur système de santé, l'élargissement de la protection sociale et financière dans ce domaine, la promotion de l'accès à des technologies et des services de santé de qualité, et le suivi des progrès pour tendre vers une couverture sanitaire universelle. Parallèlement, l'OMS sait qu'il sera difficile d'être à la hauteur des attentes de ces pays pour le soutien technique requis qu'il lui faudra apporter.

Discussions

Le Représentant de l'Égypte a déclaré que la stratégie de coopération de pays pour l'Organisation mondiale de la Santé et l'Égypte était dans le droit fil des options politiques décrites dans ce document. Il a ajouté que l'Égypte avait déjà pris des mesures importantes pour coordonner les efforts et intégrer des procédures. Il a souligné l'importance d'une séparation complète entre la prestation des services et le financement, de l'obtention d'un financement durable, de l'augmentation des dépenses publiques, de la concentration sur la médecine familiale, de l'offre de médicaments essentiels efficaces et d'un coût abordable, de la place de la recherche et du développement, et de la réalisation de l'équité en santé. Il a précisé que certaines données dans le document n'étaient pas à jour.

Le Représentant d'Oman a souligné l'importance de reconnaître le véritable concept et les composantes des systèmes de santé alors que les étudiants obtiennent leur diplôme et rejoignent le personnel de santé sans avoir eu l'occasion de les comprendre. Il a ajouté que parfois, même les décideurs ne reconnaissent pas l'étendue des impacts négatifs et positifs des décisions prises. Il a insisté sur l'importance de la promotion de la culture du travail en équipe et d'une coopération intersectorielle, et d'un dialogue transparent avec les autres secteurs. Il a suggéré d'introduire les concepts des systèmes de santé dans le programme des facultés, et de proposer des formations annuelles aux niveaux régional et national. De telles formations ne seraient pas réservées aux dirigeants et aux unités dans le domaine de la santé, mais pourraient aussi intéresser d'autres secteurs connexes. Il a demandé l'organisation de campagnes de promotion sur les concepts et les composantes des systèmes de santé pour être en mesure de travailler dans le cadre d'un plan national conjoint.

Le Représentant de l'Iraq a souligné qu'une collaboration intersectorielle était essentielle pour un système de santé moderne, et que c'était précisément ce que son pays mettait en pratique dans le cadre de la réforme globale du secteur public. La gouvernance institutionnelle et les principes de l'économie de la santé sont les stratégies clés de cette modernisation, avec la couverture universelle et la lutte contre les facteurs de risque des maladies non transmissibles en prenant en compte les déterminants sociaux de la santé. La modernisation du système de santé devrait être parallèle au renforcement des systèmes d'autres secteurs publics. Il a ajouté que les aspects les plus importants d'un système de santé moderne et efficace étaient la décentralisation, un partenariat public-privé, le développement des ressources humaines, une collaboration intersectorielle, la participation de la communauté, les soins de santé primaires fondés sur la médecine familiale, l'utilisation rationnelle des médicaments et une approche pragmatique de la recherche, en partenariat avec d'autres secteurs.

Le Représentant de la Libye a remercié l'Organisation mondiale de la Santé pour l'appui technique apporté à son pays à un moment critique. Il a expliqué que le soutien avait débuté à Genève en janvier 2012 par le partage des expériences des pays qui avaient traversé une transformation similaire. Cette vision a été débattue pendant la conférence nationale sur les systèmes de santé à Tripoli le mois précédent visant à conclure un accord sur le système de santé en Libye. Il a souhaité que l'appui technique de l'Organisation mondiale de la Santé se poursuive afin d'améliorer la planification et la politique, de renforcer les compétences des agents de santé, de renforcer les systèmes d'information sanitaire, de surveiller et d'évaluer, de rationaliser l'utilisation des médicaments et d'élaborer des outils d'évaluation des services dans le secteur privé.

Le Représentant du Liban a signalé que le document classait les pays de la Région en groupes en fonction de leurs différences démographiques et épidémiologiques. Il a déclaré qu'en dépit de l'exhaustivité du document, l'une des faiblesses partagées par tous les systèmes de santé de la Région avait été négligée, à savoir la centralisation de la prise de décision. Il a insisté sur l'importance de convaincre tous les décideurs du fait que tous les secteurs, y compris les établissements universitaires, les syndicats professionnels, les organisations non gouvernementales, le secteur privé et la société civile, étaient responsables des systèmes de santé. Il a ajouté que ces secteurs extérieurs à la santé disposaient de ressources humaines et financières très importantes qui devaient être exploitées.

Le Représentant du Soudan a fait remarquer l'importance du renforcement des systèmes de santé pour qu'ils prennent une orientation communautaire. Ceci nécessite une réforme de l'enseignement de la médecine et des soins de santé primaires complets. Il a ajouté que la couverture universelle permettrait d'améliorer l'équité en santé. Il a souligné l'importance du développement de nouvelles ressources humaines pour la santé dans le domaine de la pratique familiale et de l'orientation de la recherche scientifique pour satisfaire les besoins communautaires.

Le Représentant de Djibouti a noté les efforts déployés par son pays pour renforcer les systèmes de santé nationaux et améliorer la situation sanitaire de la population malgré le manque de ressources financières et humaines. Il a affirmé que Djibouti pourrait réaliser ces objectifs grâce au renforcement du recueil de données, en appliquant le Projet arabe de santé de la famille (PAFPAM), en préparant la cartographie de la santé pour identifier les ressources humaines et financières et en améliorant la couverture sanitaire.

Le Représentant du Yémen a proposé qu'une définition claire et exacte soit donnée pour la notion de renforcement des systèmes de santé. Il a rappelé que le document était basé sur les six éléments constitutifs de l'OMS qui devaient être examinés ou mis à jour à la lumière de événements et développements survenus récemment dans la Région. Il a fait remarquer que les options recommandées étaient des solutions traditionnelles aux problèmes chroniques qui nécessitaient réellement des solutions novatrices ou des nouveaux mécanismes. Il a ajouté que certaines des options proposées étaient globales et de type général, comme par exemple la stratégie pour le financement des systèmes de santé, tandis que d'autres étaient davantage détaillées. Il a proposé que les stratégies soient revues pour garantir la cohérence et y ajouter les détails nécessaires.

Le Représentant de la République islamique d'Iran a indiqué que son pays avait mis en œuvre un certain nombre d'actions qui avaient été recommandées dans le document. Il a aussi précisé que pour atteindre une efficacité maximale dans la couverture universelle, des régimes d'assurance sociale différents devaient être intégrés. Le renforcement des systèmes de santé devrait prendre en compte les déterminants sociaux de la santé pour assurer une couverture sanitaire universelle. Son pays pourrait partager son expérience dans ce domaine. Il a ajouté que si les six éléments constitutifs des systèmes de santé étaient essentiels pour comprendre le système, leur mise en œuvre engendrait un fonctionnement vertical. Les États Membres ont besoin d'une approche multisectorielle intégrée pour améliorer l'élaboration des politiques nationales.

La Représentante de Bahreïn a déclaré que le document traitait des défis des systèmes de santé de manière systématique et fixait des priorités. Il propose des stratégies et des options qui aideront les pays à renforcer leurs systèmes de santé pour satisfaire les besoins spécifiques. La Représentante a ajouté que le programme de travail était ambitieux et exigeant. Elle a souligné le fait que les pays devaient prendre l'initiative d'envisager les options proposées pour améliorer la performance des systèmes de santé, élargir la portée de la protection sanitaire, sociale et financière, avoir accès aux services et aux technologies et suivre les progrès réalisés sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Elle a recherché la coopération avec l'OMS pour promouvoir le rôle directeur et la gouvernance, renforcer les compétences du personnel national et préparer des lignes directrices techniques qui permettraient de mettre au point certains indicateurs pour mesurer la performance des systèmes de santé.

La Représentante du Pakistan a souligné que, même si de très grandes différences existaient à l'intérieur de la Région, tous les pays devaient prendre en compte un ensemble d'indicateurs et de composantes critiques. Elle a précisé que le Pakistan possédait une vaste infrastructure de santé. La nécessité de mieux distribuer ses personnels de santé au moyen de la mise en œuvre de normes et de réglementations s'appliquant aux soins des patients et de mesures incitatives aux personnels infirmiers compte parmi ses priorités immédiates. L'appui de l'Organisation mondiale de la Santé est requise pour l'économie du personnel sanitaire, l'analyse du rapport coût-avantages et la modélisation afin d'appuyer la planification des personnels de santé, et pour les outils d'enquête et la formation

permettant de recueillir des données des systèmes de santé. La méthode à adopter pour mettre en phase la formation offerte par les écoles de santé avec la priorité générale de la couverture sanitaire universelle, ainsi que la méthode à adopter pour que le secteur privé s'aligne sur la priorité des soins de santé primaires sont des défis propres au Pakistan. Le renforcement des systèmes de santé doit impliquer à la fois le secteur public et le secteur privé. La Représentante a salué l'appui fourni au Pakistan par le Bureau régional pour identifier des questions relatives aux systèmes de santé qui devaient être prises en compte dans la gouvernance provinciale suite à la décentralisation.

Le Représentant des Émirats arabes unis a insisté sur la nécessité de mettre en place des systèmes de santé capables de réaliser les objectifs des stratégies sanitaires nationales. Il a fait observer que les systèmes de santé dépendaient d'un partenariat actif et durable entre tous les prestataires de services de santé et la société civile, y compris le secteur privé. Il a souligné le fait que les structures organisationnelles des établissements de santé devraient faire l'objet d'un réexamen et qu'il faudrait actualiser les lois ou en promulguer de nouvelles pour relever les défis actuels. Il a proposé de faire participer des universitaires et des établissements d'enseignement à l'élaboration des stratégies et plans nationaux. Il a insisté sur l'usage rationnel de la technologie. Il a proposé l'introduction d'un système d'heures de crédit pour la formation des personnels de santé. Il a souligné l'importance de mener des recherches dans le domaine de la santé, car elles sont un élément essentiel pour l'amélioration des informations fondées sur des bases factuelles.

Le Représentant de la Turquie a déclaré que le renforcement des systèmes de santé était un domaine essentiel pour tous les États Membres, quel que soit leur niveau de développement et de résultats. Il a noté que les options politiques proposées dans le document résumaient relativement bien le programme de changements dans le domaine de la santé que la Turquie met en œuvre ces dix dernières années. Les interventions qu'elle a réalisées ont non seulement abouti à une amélioration des résultats en matière de santé mais prouvent aussi qu'il est possible de parvenir à de tels résultats même avec des ressources limitées. Il était d'avis que les États Membres devaient s'engager à adopter les solutions mises au point individuellement ou collectivement pour résoudre les problèmes de santé mondiaux. Pour atteindre cet objectif, la Turquie établit des partenariats et une coopération avec différents pays et avec l'OMS, et elle souhaite promouvoir davantage la coopération entre les deux Régions : l'Europe et la Méditerranée orientale. Il a exprimé le souhait que l'OMS apporterait son appui à une plus grande coopération interrégionale et à l'utilisation conjointe des compétences régionales, et a invité les Membres du Comité et l'OMS à une réunion ministérielle sur le renforcement des systèmes de santé, prévu dans son pays en 2013.

Le Représentant du Koweït a déclaré que le renforcement des systèmes de santé était l'une des principales priorités régionales. Il a estimé qu'il était indiqué de répartir les pays de la Région en trois groupes. Il a insisté sur le fait que les stratégies, plans et programmes de santé devaient être élaborés en concertation avec d'autres ministères et secteurs et avec la société civile, dans le cadre d'une démarche coordonnée. Il a souligné l'importance d'une représentation multisectorielle dans les comités et programmes nationaux. Il a mis l'accent sur le rôle de la participation de la collectivité, pour que les citoyens soient perçus comme des partenaires dans la prestation de services de santé. Il a recommandé de mettre à jour la réglementation en harmonie avec les systèmes les plus récents et en tenant compte de la répartition des effectifs.

Le Représentant du Maroc a expliqué que les systèmes de santé de la Région étaient confrontés à des défis majeurs en raison des changements sur le plan démographique, épidémiologique et socio-économique. Il a exhorté les pays à investir dans les réformes structurelles. Il a fait remarquer que le financement était l'une des composantes clés pour le renforcement des systèmes de santé. Il a fait référence à certains résultats atteints au Maroc grâce à la mise en œuvre du système d'assurance obligatoire et à l'assistance médicale pour personnes à bas revenus. Par exemple, les dépenses totales de santé ont grimpé à 6,2 % en 2012, la moyenne des dépenses de santé par habitant à 12,5 % par an et la part des dépenses supportées par le patient a diminué. Il a déclaré que les ressources humaines représentaient le principal défi rencontré par les systèmes de santé dans la Région. Il a ajouté que

certaines pays étaient dépendants de médecins de pays situés en dehors de la Région. Il a invité instamment l'OMS à prendre l'initiative pour créer un mécanisme adéquat qui permettrait un échange d'expériences.

Le Représentant du Qatar a affirmé que la participation de secteurs autres que celui de la santé constituait un formidable défi. Il a fait observer que cette participation était faible et devait être renforcée. Il a avancé que parfois, ces secteurs résistaient à l'idée d'une participation, soit parce qu'ils ne comprenaient pas la véritable nature de cette participation, soit parce qu'ils cherchaient à atteindre d'autres objectifs. Il a souligné qu'il serait nécessaire de fournir aux États Membres de l'OMS des principes directeurs normalisés et éprouvés.

Le Représentant du Soudan du Sud a noté que son pays figurait bien dans le groupe 3 compte tenu de ses taux élevés de morbidité et de mortalité, et de sa faible espérance de vie. Pour ce qui était des causes imputables aux systèmes de santé, il a mentionné la pénurie de ressources humaines pour la santé, la faiblesse des installations de santé, le manque de matériel et d'information, la mauvaise accessibilité et le financement inapproprié de la santé. Le pays est confronté à toutes sortes de maladies. Le gouvernement a fait de la santé une priorité mais les défis à relever concernant les ressources sont essentiels.

La Représentante de l'Alliance internationale des Organisations de patients a souligné qu'une approche durable de la conception des systèmes de santé et de leurs résultats devait reposer sur les soins axés sur les patients. Les patients et les organisations de patients pouvaient être un allié essentiel dans le renforcement des systèmes de soins de santé. En tant que partie prenante fondamentale des questions de santé, les patients devaient participer à l'élaboration des politiques. Elle a déclaré que l'OMS avait à cet égard un rôle de direction essentiel à jouer.

Le Représentant du Centre d'arabisation des sciences médicales a suggéré que le document soit révisé. Il a précisé que, pour qu'un système soit capable de s'attaquer aux problèmes de santé, il devait être dynamique. Il a ajouté que le document ne traitait pas la question de la santé publique. Il a fait référence aux contributions significatives des secteurs autres que celui de la santé, qui, comme d'autres parties prenantes actives, devaient s'engager dans l'élaboration de stratégies et de plans. Il a insisté sur le fait que la recherche en santé devait être menée régulièrement.

Le Représentant de la Fédération mondiale des associations de santé publique a souligné l'importance de l'assurance maladie pour garantir l'accès aux services de soins mais a constaté l'absence de partage des informations entre les pays concernant les résultats des comptes nationaux de la santé. Les pays de la Région s'appuient sur des normes non régionales pour les systèmes d'information sanitaire et sont dépourvus des moyens de planification dans le domaine des capacités des services de soins, ce qui a de graves répercussions sur l'investissement dans les systèmes de soins de santé et leur renforcement. Il a appelé à mieux cartographier les services de santé publique et à un apprentissage reposant sur les services en santé publique.

Le Dr Siddiqi a déclaré que les diverses préoccupations de chaque pays seraient abordées lors de discussions bilatérales. Toutefois, il a pris acte, en particulier, des propositions du Représentant d'Oman et a convenu avec le Représentant du Liban qu'il était important d'œuvrer à la mise en place d'observatoires nationaux. Il a convenu que les systèmes de santé avaient des définitions variables, mais a fait observer que la définition employée dans le document était celle du Rapport sur la santé dans le monde 2000. Il a affirmé qu'en ce qui concerne les stratégies opérationnelles, le Bureau régional travaillerait avec des pays au cas par cas. Il a pris note de l'argument du Représentant de la République islamique d'Iran concernant la verticalité des éléments constitutifs des systèmes de santé et a déclaré que ceux-ci étaient destinés à être une plate-forme pour des programmes, plutôt que des programmes en eux-mêmes. Il a également pris note du fait que tous les pays du groupe 1 avaient souligné l'importance du multisectorialisme, et que ce serait là un point à développer. Il a salué la proposition du Représentant de la Turquie visant à procéder à un échange d'expériences.

Le Directeur régional a souligné que l'objectif poursuivi en élaborant ce document avait été d'envisager la Région dans sa globalité, d'examiner les difficultés rencontrées par les différents pays et, en particulier, de déceler les défis communs, qui n'étaient pas toujours reconnus comme tels. Le Bureau régional avait ensuite étudié les stratégies possibles pour relever ces défis, et pour déterminer où il n'y avait pas de stratégies et où il fallait des bases factuelles à propos de la démarche nécessaire au niveau des pays. Enfin, le Bureau avait examiné ce que l'OMS faisait pour mettre en œuvre les stratégies disponibles et étudié où elle était confrontée à des lacunes dans ses capacités. Il a insisté sur le fait qu'il s'agissait des prémisses d'un programme quinquennal visant à renforcer les systèmes de santé dans la Région, et s'est réjoui à l'avance de pouvoir poursuivre le dialogue lors des futures sessions du Comité régional.

Le Directeur général a déclaré que le renforcement des systèmes de santé était une priorité pour elle depuis son entrée en fonction. Elle a souligné l'importance d'une intégration et d'une collaboration intersectorielle, en faisant remarquer que les ministres des secteurs autres que la santé étaient la clé du succès pour tout système de santé. Toutes les politiques gouvernementales devaient pouvoir être envisagées dans l'optique de la santé. Elle a admis qu'il s'agissait là d'une difficulté, mais que celle-ci pouvait être surmontée, même à l'OMS. Elle a convenu que les patients et la société civile étaient des acteurs importants, mais a précisé qu'ils devaient également se rendre compte du caractère limité des ressources et de la nécessité d'établir des priorités, étant donné que beaucoup d'attentes étaient associées à un coût élevé. Ainsi, par exemple, il est important de donner la priorité aux soins de santé primaires centrés sur le patient plutôt qu'aux services dispensés en hôpital. Cela pouvait permettre d'épargner 40 à 60 % des budgets de la santé. Les interventions centrées sur la population, comme la lutte contre le tabagisme, sont aussi d'un bon rapport coût-efficacité. De même, les investissements dans la technologie devaient être gérés avec prudence, étant donné que des alternatives moins coûteuses permettaient souvent de parvenir aux mêmes résultats. Elle a attiré l'attention sur le rôle clé devant être joué par les médias dans la gestion des attentes de la population et sur la nécessité de faire prendre conscience de la valeur et du rapport coût-efficacité de différentes interventions et technologies. À ce propos, elle a recommandé que les ministres de la Santé fassent participer les parlementaires au débat sur le système de santé, de manière à ce qu'ils comprennent bien les répercussions des mesures proposées sur les coûts. Elle s'est félicitée de l'appel lancé en vue d'une collaboration interrégionale et a remercié la Turquie pour son invitation.

8. Autres questions

8.1 a) Suivi des mesures prises au niveau régional eu égard à la décision EB130(1) du Conseil exécutif sur la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables

Point 8 a) de l'ordre du jour, Document A65/9, Résolution EM/RC59/R.5

C'est le Dr Haifa Madi, Directeur de la protection et de la promotion de la santé, qui a présenté ce point de l'ordre du jour. Elle a déclaré que, selon les estimations de l'OMS en 2010, il y avait plus de 285 millions de personnes touchées par une déficience visuelle dans le monde, dont 39 millions étaient aveugles. Dans la Région de la Méditerranée orientale, 23,5 millions de personnes souffrent de déficiences visuelles, dont environ 5 millions sont aveugles. Les principales causes de la cécité sont la cataracte (51 %), le glaucome, la rétinopathie diabétique, le trachome et la cécité de l'enfant. Pourtant, 80 % des cécités peuvent être évitées. Les vices de réfraction non corrigées sont la principale cause de déficience visuelle ; environ 5-10 % des enfants scolarisés dans la Région souffrent de vices de réfraction qui ne peuvent pas être corrigés par le port de lunettes. Pour faire face à la situation, un plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables pour la période 2009-2013 a été adopté. Lors de la cent trentième session du Conseil exécutif, il a été décidé qu'un nouveau plan d'action intitulé « Accès universel à la santé oculaire : plan d'action mondial 2014-2019 » serait mis au point pour soutenir et développer davantage les efforts en vue d'améliorer la santé oculaire aux niveaux communautaire et national par la fourniture de services de soins oculaires complets, intégrés dans les systèmes de santé pour garantir la qualité et l'équité. Le projet de plan vise à préparer les États Membres, les partenaires internationaux et les institutions des Nations Unies à la discussion lors d'une consultation informelle prévue le 8 octobre 2012 au Siège de l'OMS à Genève. Le résultat de cette consultation informelle proposée servira de contribution au Secrétariat de l'OMS pour soumettre le projet de plan d'action au Conseil exécutif lors de sa cent trente-deuxième session, et à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé en 2013.

Le Représentant de l'Arabie saoudite a proposé un projet de résolution sur la prévention de la cécité. Les membres du Comité ont exprimé leur soutien à cette résolution.

b) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la cent trente et unième session du Conseil exécutif

Point 8 b) de l'ordre du jour, document EM/RC59/9

Le Dr Samir Ben Yahmed, Directeur de la gestion des programmes, a attiré l'attention sur les résolutions adoptées par la Soixante-Cinquième 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.

c) Rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (résolution WHA65.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé)

Point 8 c) de l'ordre du jour, document EM/RC59/10

Le Dr Z. Mirza, Coordonnateur, Département de la Santé publique, de l'innovation et de la propriété intellectuelle, a présenté la résolution WHA65.22 Suivi du rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement. Il a abordé le problème de la recherche et du développement dans le domaine des technologies médicales destinées à traiter les maladies de type II et de III – maladies qui prévalent principalement dans les pays en développement – et la raison de ces problèmes. Il a décrit l'histoire et l'évolution de ce débat depuis 1995 et a mis en exergue des étapes importantes. Les principales observations du rapport étaient les suivantes : le faible niveau de financement de la recherche-développement dans le domaine des technologies médicales pour les pays en développement ; la fragmentation des efforts de la

recherche-développement et l'absence de coordination entre ces efforts ; la nécessité de suivre systématiquement les efforts de la recherche-développement compte tenu du caractère inégal des informations. Le Dr Mirza a présenté les principales recommandations du rapport outre les propositions sélectionnées par le Groupe de travail consultatif d'experts pour renforcer le financement et améliorer la coordination de la recherche-développement dans les pays en développement. Enfin, il a lu les paragraphes pertinents de la résolution WHA65.22 relatifs aux consultations régionales et à une réunion mondiale à composition non limitée des États Membres qui doit se tenir les 26 -28 novembre 2012. Les délégués ont été informés qu'un rapport synthétisant la discussion de ce point de l'ordre du jour serait préparé puis consultable par les participants à cette réunion à composition non limitée.

Discussions

Le Représentant du Pakistan a déclaré qu'en dépit du débat mondial sur le caractère nécessaire de la recherche-développement en matière de santé, on n'en faisait pas assez, particulièrement dans les pays à bas revenu qui avaient besoin d'un accès à des traitements nouveaux et efficaces. Cette question est trop importante pour la laisser aux grandes entreprises. Il a déclaré que les sociétés pharmaceutiques avaient besoin du soutien de l'OMS pour le transfert de la technologie. Le Pakistan a déclaré qu'il approuvait le rapport du groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement.

La Représentante de la République islamique d'Iran a affirmé que la composition du Comité consultatif de la recherche en santé pouvait s'élargir pour inclure des représentants d'organisations non gouvernementales, des donateurs et le secteur privé. Elle a déclaré que la création d'un observatoire mondial sur la recherche en santé et le développement était une proposition particulièrement digne d'intérêt qui servirait à coordonner tous les efforts de recherche. Au Bureau régional, il était nécessaire de renforcer le programme sur la politique et la coopération en matière de recherche, tant sur le plan des capacités que des ressources humaines. Pour garantir un meilleur soutien financier et obtenir les fonds nécessaires, une taxe pourrait être perçue sur les voyages aériens internationaux. Afin de renforcer les capacités locales, nationales et régionales de production de médicaments, de vaccins et de kits de diagnostic, des incitations pourraient être offertes aux sociétés de la Région en vue du développement des infrastructures pour leur production. Elle a proposé que les dépenses de recherche-développement soient prélevées sous forme de pourcentage fixe du PIB plutôt que sur les budgets nationaux de la santé. La coopération régionale, les protocoles de collaboration et les plans d'action devraient être développés pour promouvoir la formulation de propositions de recherche en commun. La République islamique d'Iran s'est montrée disposée à diffuser son savoir et à faire profiter d'autres pays de la Région et du monde de ses capacités nationales et de sa technologie de production de médicaments, de vaccins et de diagnostics.

Le Représentant de l'Iraq a déclaré qu'il était important d'accroître la sensibilisation à l'importance de la recherche qui est menée dans des domaines tels que la santé publique et les soins de santé primaires, en collaboration avec les organes concernés, en particulier les institutions médicales et les facultés de médecine. Il conviendrait d'utiliser le financement et la coordination en tant qu'indicateurs dans l'accréditation des facultés de médecine. L'OMS doit fournir un soutien technique plus important aux pays dans les domaines du financement et de la coordination. Il serait souhaitable que la recherche soit conforme aux priorités des ministères de la santé et qu'elle prenne en compte les besoins communautaires. Il conviendrait d'établir un mécanisme de diffusion des priorités et des besoins en matière de recherche afin que les milieux universitaires connaissent les besoins dans les domaines prioritaires, et d'offrir au secteur privé des incitations financières et de le motiver de différentes façons pour que des recherches soient menées dans les domaines prioritaires.

Le Représentant de la Palestine a déclaré que, bien que les discussions sur la recherche-développement soient nombreuses, les propositions étaient en grande partie irréalisables et les États Membres devaient recenser les moyens de mettre en œuvre les projets de recherche pratique. Il a ajouté qu'une plus grande collaboration était nécessaire entre les établissements universitaires, les centres de soins de santé et les institutions des Nations Unies, pour que les résultats de la recherche puissent être diffusés et partagés au niveau régional. Il a indiqué que la Palestine avait établi un Institut national de la santé publique par l'intermédiaire duquel les parties prenantes pouvaient encourager la mise au point de projets de recherche conjoints.

S.E. le Ministre de la Santé d'Arabie saoudite a déclaré que son pays soutenait sans réserve l'échange d'expertise technique au sein de la Région, par la promotion de partenariats public-privé. L'Arabie saoudite a établi divers partenariats dans le domaine des vaccins, des médicaments et des équipements médicaux, et a également mis sur pied plusieurs centres de recherche.

Le Représentant d'Oman a insisté sur le fait qu'il était important d'encourager la participation de toutes les parties concernées par la recherche dans tous les secteurs. Il a déclaré qu'Oman organiserait une consultation nationale en novembre 2012 afin d'examiner les moyens de faire participer tous les secteurs, santé et autres, à la recherche-développement.

Le Représentant du Soudan du Sud a déploré qu'aucune recherche sérieuse ne soit menée dans son pays et qu'en l'absence de recherche, la gestion des maladies soit très médiocre. Il a cité en exemple le fait que les cliniciens associent régulièrement un diagnostic de paludisme avec la typhoïde, de sorte qu'il est fréquent que les patients expliquent que le paludisme et la typhoïde ont été diagnostiqués chez eux.

Le Dr Mirza a constaté que les débats qui ont eu lieu s'inscrivaient bien dans le prolongement des débats qui se sont déroulés dans d'autres réunions de comités régionaux. D'autres Régions ont soutenu la création d'un observatoire pour la recherche – développement comme démarche initiale, à la suite de laquelle des mesures concrètes pourraient être prises pour mieux soutenir les projets de recherche – développement.

d) Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif

Point 8 d) de l'ordre du jour, document EM/RC59/9-Annexe 1

Le Dr Samir Ben Yahmed, Directeur de la gestion des programmes, a présenté le projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif, sollicitant des commentaires à ce sujet.

e) Réponse régionale à la Décision WHA65(8) sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, y compris le résultat de la Conférence internationale sur les modes de vie sains et les maladies non transmissibles dans le monde arabe et au Moyen-Orient

S.E. le Dr Abdullah bin Abdul Aziz Al Rabeeah, Ministre de la Santé d'Arabie saoudite a informé le Comité des résultats de la Conférence mondiale sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles dans le monde arabe et au Moyen-Orient qui s'est tenue à Riyad (Arabie saoudite) en septembre 2012 dans le cadre de la réponse régionale à la décision WHA65(8). Le Comité a entériné la Déclaration de Riyad.

8.2 Demande de transfert de la République du Soudan du Sud de la Région OMS de la Méditerranée orientale vers la région OMS de l'Afrique

Point 9 de l'ordre du jour, document EM/RC59/11, Décision n° 4

M. Issa Matta, Juriste, Questions commerciales et contractuelles, a présenté ce point. Il a déclaré que le Soudan du Sud avait été admis en tant qu'État Membre des Nations Unies le 14 juillet 2011. Le 27 septembre 2011, le Soudan du Sud est devenu un État Membre de l'Organisation mondiale de la Santé et de part sa situation géographique, a été intégré à la Région de la Méditerranée orientale. Le Soudan du Sud a demandé son transfert de la Région de la Méditerranée orientale vers la Région africaine.

Il a précisé que le processus à suivre dans le cas d'une demande de transfert par un État Membre d'une Région à une autre a été présentée en détail par l'Assemblée mondiale de la Santé dans la résolution WHA49.6. L'Assemblée de la Santé a prescrit que toute demande de cet ordre devait être examinée par les comités régionaux concernés et que leurs avis devaient lui être transmis pour examen avant de prendre une décision. À cet égard, le Comité régional a été invité à examiner la demande et exprimer son point de vue en la matière. Le Directeur régional transmettra l'avis du Comité à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé pour examen et décision. Il convient de noter que le Comité régional de l'Afrique examinera aussi la demande de transfert du Soudan du Sud lors de sa prochaine session.

Discussions

Le Représentant du Soudan du Sud a noté que la décision de demander le transfert vers la Région africaine était intervenue après l'indépendance l'année précédente. Il a déclaré que la décision avait été prise par les dirigeants politiques du Soudan du Sud et reposait sur des considérations logistiques et épidémiologiques, notamment la base des opérations d'autres institutions des Nations Unies et d'organisations non gouvernementales actives au Soudan du Sud. Il a attiré l'attention sur les progrès accomplis et les réalisations dans le domaine de la santé dans le pays au fil des ans et a remercié le Bureau régional ainsi que d'autres pays de la Région pour leur collaboration et leur soutien.

Le Comité régional a décidé d'accepter la demande du gouvernement du Soudan du Sud de transfert à la région africaine de l'OMS et a demandé au directeur régional de faire part de sa décision à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé pour examen.

Le Directeur régional a donné au Comité régional et au Gouvernement du Soudan du Sud son assurance que le Bureau régional continuerait à apporter, et à renforcer, son soutien technique au développement de la santé au Soudan du Sud jusqu'à ce que l'Assemblée mondiale de la Santé confirme le transfert. Une fois celui-ci confirmé, il instaurerait une étroite coordination avec toutes les personnes concernées pour veiller à une transition sans heurt.

8.3 Situations d'urgence dans la Région, et plus particulièrement en République arabe syrienne et dans les pays voisins

M. Altaf Musani, Coordonnateur, Situations d'urgence et action humanitaire, a déclaré que la crise en République arabe syrienne durait sans discontinuer depuis près de deux ans, touchant neuf des 14 gouvernorats du pays. Elle a causé des dommages considérables aux infrastructures sanitaires et a entraîné un nombre considérable de personnes déplacées dans leur propre pays et de réfugiés. Selon les estimations des Nations Unies, 2,5 millions de personnes nécessitent une assistance humanitaire dans le pays, y compris les 1,2 million de personnes déplacées. Plus de 230 000 Syriens ont fui vers les pays voisins, à savoir la Jordanie, le Liban et l'Iraq, les nouvelles arrivées dans ces pays se poursuivant à un rythme de plusieurs milliers par jour. Les troubles continus ont eu un impact sur les infrastructures sanitaires et les services de santé. Ils ont causé des pénuries de médicaments et de fournitures médicales et des interruptions de l'approvisionnement en eau et des services d'assainissement, augmentant le risque d'épidémies. Le financement de l'action de l'OMS en

République arabe syrienne et dans la Région demeure faible, et les gouvernements des pays voisins ont été accablés par l'augmentation des coûts sanitaires du fait de l'afflux de réfugiés fuyant le conflit. Malgré le fait, a-t-il poursuivi, que plus de 37 millions de personnes vivant dans 13 pays de la Région sont affectées par des situations d'urgence qui durent dans le temps, y compris plus de 11 millions de personnes déplacées dans leur propre pays, moins d'un tiers des États Membres ont institutionnalisé des programmes de préparation et de riposte aux situations d'urgence, ce qui a souvent entraîné un retard dans les ripostes nationales aux situations d'urgence et le recours à l'aide internationale. Cette situation est encore aggravée par le manque d'intégration des programmes de gestion des situations d'urgence dans les systèmes d'enseignement de la médecine dans plusieurs pays de la Région. Pour remédier à ces lacunes en matière de gestion des situations d'urgence, le Directeur régional a présenté les grandes lignes d'un ensemble de priorités stratégiques dans son document intitulé « L'avenir de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale ». La mise en œuvre de la résolution de 2005 (EM/RC52/R.2) concernant la voie à suivre pour renforcer la préparation et la riposte aux situations d'urgence et la préparation d'un plan pour la mise en œuvre qui soit réalisable, pérenne et soutenue par des ressources suffisantes permettraient de soutenir la réalisation de ces priorités.

Discussions

Le Représentant de la Jordanie a expliqué que les souffrances frappant les Syriens se propageaient au-delà des frontières du pays pour atteindre les pays voisins, comme la Jordanie, vers laquelle plus de 90 000 réfugiés ont fui. Quoique beaucoup de réfugiés se soient enregistrés auprès de l'UNHCR, il y a plus de 160 000 réfugiés non enregistrés, principalement des enfants, des femmes et d'autres groupes vulnérables. Le gouvernement jordanien a rapidement pris des mesures pour établir un camp de réfugiés dans la zone de Za'atri, dans la province de Mafraq, à la frontière avec la République arabe syrienne. Za'atri a accueilli plus de 35 000 réfugiés dans des conditions humanitaires très difficiles. Ces réfugiés ont protesté et manifesté avec violence devant la pénurie des approvisionnements et de l'assistance.

Il a ajouté qu'il y avait sept hôpitaux de campagne dans le camp. Cependant, la présence de 160 000 réfugiés en dehors du camp avait très fortement sollicité les hôpitaux, les infrastructures médicales et les services dans cette zone. Il a déclaré que le ministère de la Santé avait fourni gratuitement des vaccins pour les enfants. Cette situation a eu un impact négatif sur les soins de santé dispensés aux Jordaniens. Il a souligné les résultats notables enregistrés par la Jordanie pour un certain nombre d'indicateurs, résultats désormais compromis. Il a insisté sur le fait qu'il était nécessaire d'obtenir d'urgence des fonds et de fournir des médicaments et des équipements, et a assuré au Comité qu'une fois qu'ils disposeraient des fonds et des équipements requis, il y aurait un nombre suffisant de médecins et d'infirmières jordaniens assez qualifiés pour gérer les besoins des réfugiés. Il a déclaré que le gouvernement jordanien avait reçu peu d'aide des autres pays frères, malgré les besoins criants.

La Représentante de la Ligue des États arabes a affirmé qu'un plan était prévu pour envoyer une mission de haut niveau au camp de réfugiés de Za'atri en coordination avec le Conseil des ministres de la Santé arabes et un certain nombre d'agences des Nations Unies emmenées par l'UNICEF, et avec le soutien de ces derniers. Elle a précisé que cette mission emporterait des médicaments et des équipements médicaux pour les enfants. Elle a ajouté que des perturbations récentes avaient retardé le départ de cette mission. Elle a salué les travaux du Bureau régional qui a apporté un soutien au secteur de la santé en République arabe syrienne.

Le Représentant de l'Iraq a affirmé que son pays assurait des services de soins de santé primaires auprès des réfugiés syriens, en particulier pour les groupes de population les plus vulnérables, dont les enfants, les femmes en âge de procréer et les personnes âgées. Des vaccins étaient en train d'être administrés aux enfants. Il a ajouté que le gouvernement iraquien fournissait également aux réfugiés les traitements nécessaires et une aide financière et psychologique.

La Représentante du Pakistan a déclaré que la situation en République arabe syrienne appelait une réponse humanitaire renforcée urgente afin de répondre aux besoins sanitaires de la population déplacée. Elle a ajouté que le Pakistan était disposé à envoyer 300 000 trousseaux de soins pour les familles déplacées en République arabe syrienne et dans les pays voisins.

Le Coordonnateur de l'action humanitaire et des secours d'urgence a attiré l'attention sur le nombre de pays traversant des situations d'urgence chroniques et aiguës dans la Région. Il a déclaré que l'Organisation mondiale de la Santé se concentrait sur le renforcement des capacités et de la résilience dans les pays et sur l'appui à l'élaboration de politiques et de plans pertinents. Davantage d'informations sur les besoins sanitaires immédiats des Syriens déplacés sont disponibles auprès de l'Organisation mondiale de la Santé.

Le Directeur régional a déclaré que la situation sanitaire en République arabe syrienne était très grave et alarmante, et a demandé l'aide de l'ensemble des parties, des partenaires et des gouvernements. Il a ajouté que le fardeau augmentait au-delà des capacités des pays voisins, et que le nombre de réfugiés allait nécessairement grimper. Il a insisté sur le fait que la fourniture du soutien et de l'assistance nécessaires était une responsabilité conjointe des donateurs régionaux et internationaux. Il a indiqué que sur les fonds requis pour mettre en œuvre le plan d'action des Nations Unies pour l'OMS et le secteur de la santé, seuls 25 % avaient été débloqués et qu'ils provenaient en majeure partie d'en dehors de la Région.

8.4 Remise du Prix et de la Bourse d'études de la Fondation du Dr A.T. Shousha, 2012
Point 10 a) de l'ordre du jour, document EM/RC59/INF.DOC.6

Le prix de la Fondation Dr A.T. Shousha pour 2012 a été remis au Dr Shaikha Salim Al Arrayed (Bahreïn) pour sa contribution aux initiatives régionales sur la prévention des maladies génétiques.

8.5 Remise du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale
Point 10 b) de l'ordre du jour, document EM/RC59/INF.DOC.7

Le prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale a été remis au Professeur Dr Mohamed Mohsen Ibrahim (Égypte) dans le domaine des maladies cardio-vasculaires.

8.6 Remise du Prix de la Recherche sur le Syndrome de Down pour 2012
Point 10 c) de l'ordre du jour, document EM/RC59/INF.DOC.8

Le prix de la Recherche sur le syndrome de Down pour 2012 a été remis au Professeur Muneera Abdullah Al-Hussain (Arabie saoudite).

8.7 Lieu et date des sessions futures du Comité régional
Point 11 de l'ordre du jour, document EM/RC59/INF.DOC.9, décision n°6

Le Comité régional a décidé de tenir sa soixantième session en Tunisie entre le 26 et 31 octobre 2013, sous réserve de la réalisation des formalités administratives.

9. Séance de clôture

9.1 Examen des projets de résolutions et des décisions

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

9.2 Adoption des résolutions et du rapport

Le Comité régional a adopté les résolutions et le rapport de la cinquante-neuvième session.

9.3 Clôture de la session

Le Président de la cinquante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale a remercié les participants pour leur présence et leurs précieuses interventions durant les réunions de la session ainsi que pour leur respect des limites de temps fixées pour les interventions. Il a ajouté qu'il s'efforcera, avec les ministres de la santé des pays de la Région, d'aider le Bureau régional et son Directeur pour la mise en œuvre des résolutions adoptées par la session.

Le Représentant de l'Égypte, pays hôte du Bureau régional, a salué les délégations qui honoraient l'Égypte par leur présence. Il a remercié le Secrétariat de l'OMS, mené par le Directeur régional et le Directeur général, pour les importants efforts déployés pour assurer le succès de la session. Il a rendu hommage au Président de la session précédente pour les efforts majeurs qu'il a effectués et pour le soutien qu'il a apporté au Bureau régional tout au long de l'année. Il a remercié les États Membres pour leur soutien au Bureau régional, et s'est engagé à renforcer l'administration du Bureau régional et à promouvoir les capacités du bureau régional et des bureaux de pays pour leur permettre de relever les défis auxquels sont confrontés les pays de la Région. Il a appelé les États Membres à envoyer davantage des délégués aux réunions des organes directeurs au Siège de l'OMS et à y jouer un rôle actif.

10. Résolutions et décisions

10.1 Résolutions

EM/RC59/R.1 Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2011 et rapports de situation

Le Comité régional,

Ayant examiné le rapport annuel du Directeur régional sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale pour l'année 2011, les rapports de situation demandés par le Comité régional et les développements récents dans la Région¹;

Rappelant les résolutions EM/RC52/R.2 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, EM/RC57/R.2 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, et fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence et EM/RC58/R.1 Rapport annuel du Directeur régional pour 2010 et rapports de situation, et EM/RC58/R.5 Intensification du Programme élargi de vaccination pour atteindre les cibles mondiales et régionales ;

Préoccupé par la situation en République arabe syrienne et les conditions humanitaires qui touchent les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays, ainsi que par l'impact sur les pays voisins ;

Préoccupé par ailleurs par la menace potentielle que fait peser la présence continue du poliovirus sauvage sur tous les États Membres dans la Région ;

Reconnaissant les efforts concertés déployés par l'Afghanistan et le Pakistan pour prendre en compte l'éradication de la poliomyélite en tant qu'urgence sanitaire nationale ;

Reconnaissant par ailleurs les efforts des États Membres, qui rencontrent toujours plus de succès, dans la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, comme par exemple l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics ;

Accueillant favorablement les orientations stratégiques proposées par le Directeur régional dans son discours d'ouverture ainsi que dans le document intitulé *L'avenir de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale : renforcer le rôle de l'OMS*²;

1. **REMERCIE** le Directeur régional pour son rapport détaillé sur l'activité de l'OMS dans la Région ;
2. **ADOpte** le rapport annuel du Directeur régional pour 2011 ;
3. **RÉAFFIRME** sa solidarité avec l'Afghanistan et le Pakistan dans leurs efforts visant à éradiquer la poliomyélite ;
4. **APPELLE** l'Afghanistan et le Pakistan à poursuivre leurs efforts concertés pour prendre en compte l'éradication de la poliomyélite en tant qu'urgence sanitaire nationale ;
5. **INVITE INSTAMMENT** les États Membres :
 - 5.1 à fournir un soutien pour soulager la souffrance des réfugiés et des personnes déplacées au sein de leur propre pays en République arabe syrienne et dans les pays voisins, notamment la Jordanie ;
 - 5.2 à mettre en œuvre la résolution EM/RC57/R.2 Préparation aux situations d'urgence et organisation des secours, et fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence ;

¹ Documents EM/RC59/2 et EM/RC59/INF.DOC 1,2,3,4,5

² Document WHO-EM/RDO/002

- 5.3 à exprimer leur solidarité à l’Afghanistan et au Pakistan dans leurs efforts visant à éradiquer la poliomyélite, par un soutien politique, financier et technique ;
 - 5.4 à veiller à ce qu’une politique d’interdiction totale du tabagisme soit appliquée dans tous les lieux publics et à accélérer la mise en œuvre des autres mesures de réduction de la demande contenues dans la Convention-cadre de l’OMS pour la lutte antitabac, qui ont fait leur preuve ;
 - 5.5 à rejoindre la première phase du mécanisme régional d’achat groupé de vaccins en recourant aux services d’achat de vaccins de la Division des approvisionnements de l’UNICEF, s’il s’agit de pays à revenu intermédiaire ayant besoin d’un appui pour les achats de nouveaux vaccins (vaccin antipneumococcique conjugué, vaccin antirotavirus et vaccin contre les papillomavirus humains) ;
6. **PRIE** le Directeur régional :
- 6.1. de prendre les mesures qui s’imposent pour garantir la mise en œuvre des orientations stratégiques proposées pour les cinq prochaines années ;
 - 6.2. d’effectuer le suivi de la mise en œuvre de la résolution EM/RC57/R.2 Préparation aux situations d’urgence et organisation des secours, et fonds de solidarité régional pour les situations d’urgence ;
 - 6.3. de mettre en œuvre, le plus tôt possible, la deuxième phase du mécanisme régional d’achat groupé de vaccins.

EM/RC59/R.2 Déclaration politique de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagements pour les États Membres et orientations futures

Le Comité régional,

Ayant examiné puis discuté le document technique sur la Déclaration politique de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagement pour les États Membres et orientations futures ;³

Rappelant les résolutions de l’Assemblée mondiale de la Santé WHA53.17 Lutte contre les maladies non transmissibles, WHA60.23 et WHA61.14 Lutte contre les maladies non transmissibles : mise en œuvre de la stratégie mondiale et WHA64.11 Préparation de la Réunion de haut niveau de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, faisant suite à la Conférence de Moscou ;

Rappelant en outre la résolution 66/2 de l’Assemblée générale des Nations Unies sur la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l’Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

Reconnaissant la charge croissante des maladies non transmissibles et des facteurs de risque dans la Région ainsi que la nécessité d’investir dans la lutte en tant que condition impérative du développement durable ;

Reconnaissant par ailleurs les efforts déployés par le Directeur régional pour accroître la sensibilisation régionale et mondiale à l’ampleur du problème et renforcer l’action mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles ;

³ Document EM/RC59/3

Pleinement conscient de la nécessité d'intensifier les efforts régionaux et nationaux pour accélérer la mise en œuvre des engagements pris par les États Membres lors de l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2011 ;

1. **APPROUVE :**

- a) la Déclaration de Riyad de la Conférence internationale sur les modes de vie sains et les maladies non transmissibles dans le monde arabe et au Moyen-Orient et ;
- b) le Cadre d'action régional sur les engagements des États Membres dans la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles qui est jointe en annexe à la présente résolution (voir annexe 6 du présent rapport) ;

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

- 2.1 à mettre en œuvre l'ensemble d'interventions de base tirées du Cadre d'action régional ;
- 2.2 à mettre en place/renforcer des mécanismes permettant d'engager les secteurs extérieurs à la santé dans la mise en œuvre du Cadre d'action régional ;
- 2.3 à renforcer la surveillance des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque en mettant en œuvre le cadre de surveillance de l'OMS qui couvre le suivi des expositions (facteurs de risque), des résultats (morbidité et mortalité) et de la performance des systèmes de santé (capacités et interventions) ;
- 2.4 à intensifier l'intégration des interventions essentielles pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires ;
- 2.5 à renforcer les partenariats et la collaboration avec toutes les parties prenantes, notamment les institutions des Nations Unies et les organisations de la société civile, afin de mettre en œuvre le Cadre d'action régional ;
- 2.6 à collaborer étroitement avec le Bureau régional et les bureaux de pays dans leurs efforts visant à renforcer la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles ;

3. **PRIE** le Directeur régional :

- 3.1 d'élaborer un ensemble d'indicateurs afin de suivre l'engagement des secteurs extérieurs à la santé dans la mise en œuvre des actions clés figurant dans la Déclaration politique des Nations Unies, en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies et partenaires internationaux intéressés ;
- 3.2 de créer un Groupe consultatif technique sur les maladies non transmissibles à l'appui du programme régional ;
- 3.3 d'élaborer des modèles d'instruments juridiques pour guider la rédaction d'une législation nationale visant la mise en œuvre des engagements de la Déclaration politique des Nations Unies ;
- 3.4 de poursuivre la mise au point de l'ensemble d'interventions essentielles en matière de maladies non transmissibles, ainsi que des directives requises pour mettre en œuvre les interventions qui sont les plus avantageuses ;
- 3.5 de promouvoir la recherche opérationnelle, notamment par l'intermédiaire de la coopération régionale et internationale, sur l'impact économique des maladies non transmissibles et sur le rapport coût-efficacité des interventions ;
- 3.6 de faire rapport chaque année au Comité régional sur les progrès réalisés par les États Membres dans la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles sur la base du Cadre d'action régional.

EM/RC59/R.3 Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures

Le Comité régional,

Ayant examiné le document des discussions techniques relatives au renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures ;⁴

Rappelant les résolutions WHA62.12 Soins de santé primaires, renforcement des systèmes de santé compris, WHA58.33 Financement durable de la santé, couverture universelle et systèmes de sécurité sociale, WHA64.9 Structures durables de financement de la santé et couverture universelle, EM/RC55/R.2 Engagement à l'égard des systèmes de santé fondés sur les soins de santé primaires dans la Région de la Méditerranée orientale et EM/RC57/R.7 Orientations stratégiques 2011-2015 en vue de l'amélioration du financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : vers une couverture universelle ;

Conscient du fait qu'un impact significatif sur l'amélioration de la santé des populations ne peut être obtenu que moyennant des systèmes de santé nationaux performants, qui assurent un accès universel à des soins de santé efficaces et de bonne qualité ;

Gardant à l'esprit le rôle croissant joué par le secteur privé dans la fourniture des soins de santé et l'existence d'une administration et d'une réglementation inadéquates ;

1. DEMANDE INSTAMMENT aux États Membres :

- 1.1. de mettre en place ou de renforcer des mécanismes multisectoriels prévoyant une représentation des ministères, des organisations de la société civile, du secteur privé de la santé, de représentants de la communauté et d'autres acteurs concernés, afin de préparer une feuille de route en vue de parvenir à une couverture sanitaire universelle ;
- 1.2. de faire des plans sanitaires stratégiques nationaux la base de tout programme et de toute activité pour le développement sanitaire, et de veiller à leur mise en œuvre et à leur suivi harmonieux ;
- 1.3. de réviser et d'actualiser la législation de santé publique et de formuler des normes et des standards afin de garantir l'équité, la qualité et la sécurité des soins dispensés dans les secteurs public et privé ;
- 1.4. de développer les capacités nationales pour renforcer la gouvernance, la production et le déploiement de personnels de santé en bon équilibre qui veillent à la fourniture efficace des soins ;
- 1.5. de renforcer et d'intégrer le réseau des infrastructures de soins de santé primaires, en considérant la médecine familiale comme une approche efficace pour la fourniture de services ;
- 1.6. de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire par une meilleure notification des naissances, des décès et de la cause des décès, en améliorant le suivi des expositions aux facteurs de risque et des déterminants sociaux de la santé, de la morbidité, de la mortalité et de la performance du système de santé et en institutionnalisant les études réalisées au sein de la population ;

⁴ EM/RC59/Tech.Disc 1

- 1.7. d'améliorer la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'usage rationnel des technologies de la santé, y compris des médicaments, en renforçant les autorités nationales de réglementation ;
 - 1.8. de collaborer étroitement avec le Bureau régional et les bureaux de pays dans leurs efforts de renforcement des systèmes de santé ;
2. **PRIE** le Directeur régional :
- 2.1. de fournir aux États Membres le soutien stratégique et technique nécessaire pour mettre en place des mécanismes multisectoriels contribuant à une couverture sanitaire universelle ;
 - 2.2. de fournir un appui aux États Membres dans le renforcement des systèmes de santé, y compris le développement de l'encadrement, le financement des soins de santé, le développement des ressources humaines et l'évaluation de la performance des systèmes de santé ;
 - 2.3. de mettre en place des mécanismes pour le partage des expériences entre les pays en ce qui concerne le renforcement des systèmes de santé et de soutenir la coopération infrarégionale ;
 - 2.4. d'établir des réseaux d'experts des systèmes de santé à l'appui du renforcement des systèmes de santé dans la Région ;
 - 2.5. de travailler en étroite collaboration avec les États Membres pour encadrer l'élaboration, le suivi et l'évaluation de stratégies et des plans sanitaires au niveau national ;
 - 2.6. de soumettre un rapport de situation sur la performance des systèmes de santé à la soixantième session du Comité régional.

EM/RC59/R.4 Principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international (2005) : respect de la date butoir fixée à 2014

Le Comité régional,

Ayant examiné le document technique sur les principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international (2005) : respect de la date butoir fixée à 2014 ;⁵

Reconnaissant qu'il subsiste des difficultés pour l'application du Règlement sanitaire international (2005), notamment concernant les points d'entrée et les risques d'origine chimique et radionucléaire ;

Rappelant les résolutions WHA64.1 et WHA65.23 Application du Règlement sanitaire international (2005) et WHA64.10 Renforcement au niveau national des capacités de gestion des urgences sanitaires et des catastrophes et de la résilience des systèmes de santé ;

Prenant acte de la décision de nombreux États Parties de demander une prolongation de deux ans, afin de remplir leurs obligations durant ce délai ;

Préoccupé du fait que l'ensemble des États Parties risquent de ne pas satisfaire aux obligations techniques pour l'application du Règlement sanitaire international (2005) à la date butoir du 15 juin 2014 ;

⁵ Document EM/RC59/4

1. PRIE INSTAMMENT les États Parties :

- 1.1 de réviser et de mettre en œuvre les plans nationaux sur la base des lacunes décelées, et de prendre toutes les mesures nécessaires, y compris la mise en place d'une législation d'appui et la mise à disposition des ressources financières et humaines suffisantes, pour mettre en œuvre les plans nationaux ;
- 1.2 de renforcer les points focaux nationaux RSI, et de leur donner des moyens, afin de permettre l'exécution effective de toutes les principales fonctions requises en vertu des articles 4, 6, 8, 22 et 27 et de l'annexe 1 du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 1.3 d'établir des mécanismes pour une coordination intra- et multisectorielle et une communication efficace, afin de faciliter la mise en œuvre des principales capacités de santé publique, y compris en envisageant la gestion des risques pour tous les dangers, surtout les exigences pour les risques d'origine chimique et radionucléaire ;
- 1.4 de mettre en place des mécanismes de coordination et de collaboration entre pays voisins pour garantir la mise en œuvre des principales capacités de santé publique en matière de surveillance et d'action, en particulier celles liées aux points d'entrée ;
- 1.5 de fournir, à leur demande et dans la mesure du possible, une aide technique, logistique et financière à d'autres États Parties, afin de constituer et de maintenir leurs principales capacités de santé publique, comme cela est requis aux termes de l'article 44 du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 1.6 de faire rapport chaque année à l'OMS sur les progrès accomplis en vue du renforcement et du maintien des principales capacités nationales de la santé publique requises en vertu des articles 5.2 et 13.2 du Règlement sanitaire international (2005) et conformément au plan national de mise en œuvre ;

2. PRIE le Directeur régional :

- 2.1 d'apporter un soutien technique et logistique aux États Parties, à leur demande, et de faciliter la mobilisation de ressources à cet égard pour la constitution et le maintien des principales capacités de santé publique pour la surveillance et la réponse ;
- 2.2 de favoriser les partenariats entre les États Parties, les organisations internationales telles que l'Agence internationale de l'énergie atomique, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE), et des institutions, et d'encourager leur engagement, pour faciliter l'application du Règlement sanitaire international (2005) ;
- 2.3 de faciliter le partage d'expériences et l'échange d'informations entre les États Parties, notamment en affichant, sur le site Web de l'OMS à accès restreint pour les points focaux nationaux RSI, une synthèse pertinente des informations relatives au pays recueillies grâce au cadre de suivi des principales capacités pour le RSI ;
- 2.4 d'effectuer le suivi des progrès accomplis dans la mise en œuvre des principales capacités nationales requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) dans tous les États Parties, et de la pérennité de cette réalisation ;
- 2.5 de faire rapport au Comité régional chaque année sur les progrès réalisés par les États Parties dans l'application du Règlement sanitaire international (2005).

EM/RC59/R.5 Suivi des mesures prises au niveau régional eu égard à la décision EB130(1) du Conseil exécutif sur la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables

Reconnaissant que plus de 23 millions de personnes dans la Région souffrent de déficiences visuelles dont 5 millions sont aveugles ;

Conscient du fait que 80 % de toutes les cécités et déficiences visuelles sont évitables et que des interventions d'un bon rapport coût-efficacité sont disponibles ;

Rappelant les résolutions WHA56.26 Élimination de la cécité évitable, WHA59.25 et WHA62.1 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables, et EM/RC54/R.1 et EM/RC52/R.3 Prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables ;

Ayant connaissance du projet zéro du plan d'action mondial 2014-2019 sur la santé oculaire (*Universal access to eye health : a global action plan 2014-2019*) ;

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

- 1.1. à apporter leur soutien à l'élaboration et l'adoption du plan d'action mondial 2014-2019 pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables et à allouer les ressources nécessaires pour sa mise en œuvre ultérieure ;
- 1.2. à inclure la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans les plans de développement nationaux ;
- 1.3. à poursuivre l'intégration des soins oculaires et de la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables dans le cadre des systèmes de prestation de soins de santé ;
- 1.4. à encourager les partenariats avec les organisations de la société civile et le secteur privé pour la prévention de la cécité à tous les niveaux ;

2. **PRIE** le Directeur général :

- 2.1. d'inclure la prévention de la cécité comme domaine d'action prioritaire dans le cadre de la réforme de l'OMS ;
- 2.2. de poursuivre le soutien technique qu'il apporte aux États Membres, notamment dans le domaine du renforcement des capacités pour les soins oculaires.

EM/RC59/R.6 Réformes gestionnaires de l'OMS

Le Comité régional,

Ayant passé en revue le document sur la réforme de l'OMS : situation actuelle et perspectives régionales⁶ ;

Rappelant la décision WHA65(9) sur la réforme de l'OMS ;

Reconnaissant qu'il est important de limiter la distribution des ressources à un petit nombre de domaines prioritaires principaux par opposition à la pratique actuelle qui consiste à répartir des ressources limitées sur de nombreuses activités programmatiques ;

Préoccupé par la diminution de la valeur des contributions fixées des États Membres pour l'Organisation en termes réels ces dernières années ;

Reconnaissant que l'élaboration et la mise en œuvre du douzième Programme général de travail et du Budget programme 2014-2015 qui en découle sont des instruments essentiels pour le renforcement du processus de réforme de l'OMS et reconnaissant en outre les efforts déployés par le Directeur régional eu égard aux réformes gestionnaires de l'OMS ;

Conscient de la nécessité pour les trois niveaux de l'Organisation de travailler en étroite collaboration et de manière cohérente afin de réaliser les objectifs énoncés dans la douzième Programme général de travail ;

⁶ Document EM/RC59/5

1. **APPROUVE :**

- a) les mesures gestionnaires associées au processus de réforme prises par le Directeur régional eu égard à la mobilité et la rotation du personnel, la gestion des résultats et la planification et la gestion des ressources humaines ;
- b) la promotion d'une culture de la responsabilisation au moyen de l'introduction d'une fonction de respect des obligations au sein du Bureau du Directeur régional ;
- c) les réformes régionales de la gouvernance, y compris – sans toutefois s'y limiter – la mise en place d'un comité consultatif technique auprès du Directeur régional ;

2. **APPUIE** la structure du douzième Programme général de travail dans ses catégories et priorités notant que ces dernières correspondent aux priorités stratégiques ayant fait l'objet d'un consensus pour la Région de la Méditerranée orientale ;

3. **SOULIGNE** la nécessité d'avoir un processus de planification budgétaire au niveau des pays (ascendant) fondé sur les besoins des États Membres ;

4. **RÉAFFIRME** l'importance critique de la nature décentralisée de l'OMS telle qu'elle est inscrite dans la Constitution de l'Organisation et accueille favorablement l'initiative récente du Bureau régional de collaborer plus étroitement avec le Siège et les autres bureaux régionaux ;

5. **DEMANDE** aux États Membres :

- 5.1 d'envisager la possibilité d'augmenter le niveau des contributions fixées pour l'Organisation dans le cadre d'une action collective au niveau des organes directeurs ;
- 5.2 d'augmenter les contributions volontaires, pour les pays qui peuvent se le permettre, au niveau régional pour les domaines prioritaires convenus ;
- 5.3 de continuer à s'engager activement dans le processus de réforme de l'OMS, y compris la mise au point du douzième Programme général de travail et du budget programme 2014-2015 ;

6. **PRIE LE** Président du Comité régional dans son rapport sur les délibérations du Comité à l'attention du Conseil exécutif :

- 6.1 de souligner l'impact négatif du recours excessif de l'Organisation aux contributions volontaires réservées ;
- 6.2 de transmettre la préoccupation du Comité concernant la diminution de la valeur des contributions fixées en termes réels au fil du temps et d'exprimer la nécessité d'envisager une augmentation du niveau des contributions fixées ;

7. **PRIE** le Directeur régional de se concentrer sur les priorités stratégiques adoptées par les organes directeurs de l'OMS dans la planification pour le prochain cycle des missions conjointes d'examen et de planification des programmes.

10.2 Décisions

DÉCISION N° 1 ÉLECTION DU BUREAU

Le Comité régional a élu le Bureau comme suit :

Président : S.E. Mr Bahar Idris Abu Garda (Soudan)

Premier Vice-Président : S.E. Dr Ali Saad Al-Obeidi (Koweït)

Deuxième Vice-Président : S.E. Dr Abdellatif Mekki (Tunisie)

S.E. Dr Ahmad Jan Naeem 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 composera des membres suivants :

- Dr Mariam Al Jalahma (Bahreïn)
- Dr Mohamed Mahyoub Hatem (Djibouti)
- Dr Mohamed Bassam Kassem (Jordanie)
- Dr Hichem Abdessalem (Tunisie)
- Dr Ghulam Asghar Abbasi (Pakistan)
- Dr Mohammed Saedi (Arabie saoudite)
- Dr Samir Ben Yahmed (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Abdallah Assa'edi (Représentant de l'OMS, Oman)
- Dr Anshu Banerjee (Représentant de l'OMS, Soudan)
- Dr Sameen Siddiqi (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Dr Kassem Sara (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- Mme Jane Nicholson (Bureau régional de la Méditerranée orientale)
- M. Hassan Naguib (Bureau régional de la Méditerranée orientale)

DÉCISION N° 2 ADOPTION DE L'ORDRE DU JOUR

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

DÉCISION N° 3 RÉVISION DU RÈGLEMENT INTÉRIEUR DU COMITÉ RÉGIONAL DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE

Le Comité régional a décidé d'adopter les amendements au Règlement intérieur du Comité régional joints à la présente décision, et d'utiliser les critères proposés pour l'évaluation des candidats au poste de Directeur régional, également joints à la présente décision, avec effet immédiat (voir Annexe 7 du présent rapport). Il a également décidé que la pratique introduite récemment et consistant à organiser les réunions techniques immédiatement avant le Comité régional devait être poursuivie et que celles-ci seraient ouvertes aux représentants de tous les membres du Comité.

DÉCISION N° 4 TRANSFERT DU SOUDAN DU SUD DE LA RÉGION OMS DE LA MÉDITERRANÉE ORIENTALE À LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

Le Comité régional a décidé d'accepter la demande du Gouvernement du Soudan du Sud d'être transféré à la Région africaine de l'OMS et a demandé au Directeur régional de faire part de sa décision à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé pour examen.

DÉCISION N° 5 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 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 a décidé, ayant examiné les nominations, de ne pas attribuer le prix cette année. Le Comité de la Fondation a également décidé que le montant du prix passerait de 1500 à 5000 USD.

DÉCISION N°6 LIEU ET PLACE DE LA SESSION FUTURE DU COMITÉ RÉGIONAL

Le Comité régional a décidé de tenir sa soixantième session en Tunisie entre le 26 et le 31 octobre 2013.

Annexe 1

Ordre du jour

- | | | |
|----|---|-------------------------|
| 1. | Ouverture de la session | |
| | a) Élection du Bureau | |
| | b) Adoption de l'ordre du jour | EM/RC59/1-Rev.1 |
| 2. | Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2011 et rapports de situation sur les thèmes suivants : | EM/RC59/2 |
| | a) Éradication de la poliomyélite | EM/RC59/INF.DOC.1 |
| | b) Initiative Pour un monde sans tabac | EM/RC59/INF.DOC.2 |
| | c) Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et objectifs sanitaires mondiaux après 2015 | EM/RC59/INF.DOC.3 |
| | d) Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH pour 2011-2015 | EM/RC59/INF.DOC.4 |
| | e) Amélioration du financement des soins de santé et progrès réalisés en vue de la protection sociale de la santé | EM/RC59/INF.DOC.5 |
| 3. | Discussions techniques | |
| | Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et options pour l'action future | EM/RC59/Tech.Disc.1 |
| 4. | Documents techniques | |
| | a) Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagements pour les États Membres et orientations futures | EM/RC59/3 |
| | b) Principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international 2005 : respect de la date butoir fixée à 2014 | EM/RC59/4 |
| 5. | Réforme de l'OMS : situation actuelle et perspectives régionales | EM/RC59/5 |
| 6. | Questions programmatiques et budgétaires | |
| | a) Douzième Programme général de travail et budget programme 2014-2015 | EM/RC59/6
EM/RC59/12 |
| | b) Missions conjointes Gouvernement/OMS de planification et d'examen des programmes en 2011, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays : résultats et enseignements tirés | EM/RC59/7 |
| 7. | Révision du Règlement intérieur du Comité régional de la Méditerranée orientale – décision n°7 du cinquante-huitième Comité régional de la Méditerranée orientale | EM/RC59/8 |
| 8. | Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif | |
| | a) Suivi des mesures prises au niveau régional eu égard à la décision EB130(1) du Conseil exécutif sur la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables | A65/9 |
| | b) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la cent trente et unième session du Conseil exécutif | EM/RC59/9 |
| | c) Rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (résolution WHA65.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé) | EM/RC59/10 |
| | d) Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif | EM/RC59/9-Annexe I |

- | | | |
|-----|--|-------------------|
| 9. | Demande de transfert de la République du Soudan du Sud de la Région OMS de la Méditerranée orientale vers la Région OMS de l'Afrique | EM/RC59/11 |
| 10. | Attributions de prix pour 2012 | |
| | a) Attribution du Prix et de la Bourse d'études de la Fondation Dr A.T. Shousha | EM/RC59/INF.DOC.6 |
| | b) 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/RC59/INF.DOC.7 |
| | c) Attribution du Prix de la Fondation pour la Recherche sur le Syndrome de Down | EM/RC59/INF.DOC.8 |
| 11. | Lieu et date des sessions futures du Comité régional | EM/RC59/INF.DOC.9 |
| 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
Technical Deputy Minister of Public Health
Ministry of Public Health
Kabul

Suppléant

Dr Mir Jawadallah Mirzad
Advisor to the Deputy Minister on Policy and Planning
Ministry of Public Health
Kabul

ARABIE SAOUDITE

Représentant

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

Suppléant

Dr Ziad Memish
Undersecretary for Public Health
Ministry of Health
Riyadh

Conseillers

Dr Mohammed Zamakhshary
Assistant Undersecretary for Planning & Training
Ministry of Health
Riyadh

Dr Afaf Al Shammary
General Supervisor of the General Department of International Relations
Ministry of Health
Riyadh

Dr Mohammed bin Yehia Saedi
Director General
Department of non-communicable diseases
Ministry of Health
Riyadh

Dr Sanaa Filmban
Director General of AIDS Program
and Supervisor of the Immunity Division
Ministry of Health
Riyadh

Mr Sultan Bin Mansour Al-Assaf
Secretary to H.E the Minister
Ministry of Health
Riyadh

BAHREÏN

Représentant

Dr Aysha Mubarak Jaber Buanq
Under-Secretary
Ministry of Health
Manama

Suppléant

H.E. Shaikh Rashed Ben Abdel Rahman Al-Khalifa
Ambassador Extraordinary and Plenipotentiary
Embassy of Bahrain
Cairo

Conseillers

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

Dr Naeema Issa Sabt Al Subaei
Chief of Medical Services
Primary Health Care Dept.
Ministry of Health
Manama

Dr Shaikha Salim Al Arrayed
Head of Genetics Unit
Ministry of Health
Manama

Mr Gassem Mohamed Gassem Bahr
Health Services Administration
Ministry of Health
Manama

DJIBOUTI

Représentant Mme Bahya Mohamed Ahmed
Conseillère technique
Ministère de la Santé
Djibouti

Suppléant Dr Mohamed Mahyoub Hatem
Conseiller technique
Ministère de la Santé
Djibouti

ÉGYPTE

Représentant **H.E. Dr Mohamed Mostapha Hamad**
Minister of Health & Population
Ministry of Health & Population
Cairo

Suppléant Dr Amr Kandeel
Head of preventive Medicine and Endemic Diseases Sector
Ministry of Health and Population
Cairo

Conseillers Dr Emad Ezzat
Head of Health Services and Nursing Sector
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Hossam Al Khateeb
Head of Family Planning Services Sector
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Soad Mohamed El Sayed Abdel Megid
Director-General
Technical Office
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Desiree Labib Rezhallah
Director-General
Strategies and Policies Department
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Nadia Mohamed Ragab
Acting, Head of Central Administration
for Development and Researches
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Samir Abdel Aziz Refaee Abu Zaid
Director of Epidemiology and Surveillance Unit
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Omar El Shalkany
Director Health, Economics
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Mohamed Amin Hamed Farag
IHR Officer
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Ihab Abdel Rahman
National HIV/ AIDS Programme Manager
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Ola Mohamed Ahmed
Physician, Central Administration and Curative Medicine
Ministry of Health and Population
Cairo

Dr Sahar Latif
Director-General
Tobacco Control Department
Ministry of Health and Population
Cairo

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

**MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES**
*Affaires concernant les institutions
internationales spécialisées*

Mr Amr Ramadan
Minister Plenipotentiary
Assistant Vice Minister for Foreign Affairs
International Specialized Agencies Affairs
Ministry of Foreign Affairs
Cairo

Mr Tamer El Meleigy
First Secretary/Member
International Specialized Agencies Affairs
Ministry of Foreign Affairs
Cairo

Mr Amr Mohamed Yousry
Third Secretary/Member
International Specialized Agencies Affairs
Ministry of Foreign Affairs
Cairo

ÉMIRATS ARABES UNIS

Représentant

H.E. Mr Abdul Rahman bin Mohamad Al-Owais
Acting Minister of Health and Minister of Culture,
Youth and Community Development
Ministry of Health
Abu Dhabi

Suppléant

Dr Mahmoud N. Fikry
Executive Director for Health Policy Affairs
Ministry of Health
Abu Dhabi

Conseillers

Mr Nasser Khalifa Al Badour
Adviser & Director of H.E. the Minister of Health
& International Relations & International Organizations
Ministry of Health
Abu Dhabi

Dr Alia El Kaabi
Family Medicine Consultant
Ministry of Health
Abu Dhabi

Mr Khaled Al-Shehi
Medical Attaché
Embassy of the United Arab Emirates
Cairo

IRAN (RÉPUBLIQUE ISLAMIQUE D')

Représentant

Dr Mohammad Hussein Nicknam
Acting Minister of Health for International Relations Affairs
Ministry of Health and Medical Education
Tehran

Suppléant Dr Mohammad Mehdi Gouya
Director-General, Center for Disease Control
Ministry of Health and Medical Education
Tehran

Conseiller Dr Payman Hemmati
Senior Officer, Surveillance Bureau
Center for Disease Control
Ministry of Health and Medical Education
Tehran

IRAQ

Représentant Dr Khamis Hussain Al-Sa'ad
Deputy Minister for Administrative issues
Ministry of Health
Baghdad

Suppléant Dr Mohammed Jaber Huwail
Assistant Director-General for PHC
Ministry of Health
Baghdad

Conseillers Dr Ramzi Rasoul Mansour
Director of International Health
Ministry of Health
Baghdad

Dr Omar Aboul Ameer Mohammed Saleh
Director of Health and Development
Planning and Resource mobilization Dept.
Ministry of Health
Baghdad

Dr Khodeir Khalaf Shallal
Director-General
Anbar Health Directorate
Ministry of Health
Baghdad

Dr Abdelgeleel Okaish Al-Shemari
Director-General
Baghdad Health District
Baghdad

JORDANIE

Représentant

H.E. Dr Abdul Latif Al-Wraikat
Minister of Health
Ministry of Health
Amman

Suppléant

H.E. Dr Bisher Hani Alkhasawneh
Ambassador Extraordinary and Minister Plenipotentiary
Embassy of Jordan
Cairo

Conseillers

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

Mr Radwan Abu Dames
Director of Legal Affairs
Ministry of Health
Amman

Mr Mutasem Al Basheer
Diplomatic Attaché
Embassy of Jordan
Cairo

KOWEÏT

Représentant

H.E. Dr Ali Saad Al-Obeidi
Minister of Health
Ministry of Health
Kuwait

Suppléant

Dr Quais Saleh Al-Doweiry
Assistant Undersecretary for Public Health Affairs
Ministry of Health
Kuwait

Conseillers

Dr Khaled Elabdel Ghani
Director of Hawally Health District
Ministry of Health
Kuwait

Dr Rehab Abdullah Al Watyan
Director
Primary Health Care Department
Ministry of Health
Kuwait

Dr Mahmoud Haji Abdelhadi
Director
Department of Legal Affairs and Investigations
Ministry of Health
Kuwait

Mr Faisal Al-Dosari
Director of Public Relations and Information Department
Ministry of Health
Kuwait

Mr Abdullah Shehab El Anzi
Office of H.E. The Minister of Health
Ministry of Health
Kuwait

Dr Hind El Shomar
Chief of Statistics Office for AIDS Information
Ministry of Health
Kuwait

Mr Ahmed Al-Thufairi
Office of H.E. the Minister of Health
Ministry of Health
Kuwait

LIBAN

Représentant

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

Suppléant

Dr Walid Ammar
Director-General
Ministry of Public Health
Beirut

Conseillers

Dr Collette Raedi
Chief of Pharmaceutical Inspection Unit
Ministry of Public Health
Beirut

Mr Hassan Jaafar
Councilor to H.E. MOH and Head of Supplies Unit
Ministry of Public Health
Beirut

LIBYE

Représentant

Dr Saad Akoub Abdel-Raziq Erhyem
Deputy Minister of Health
Ministry of Health
Tripoli

Suppléant

Dr Kaled Taleb
Director, Technical Cooperation Office
Ministry of Health
Tripoli

Conseillers

Dr Badereddin Basheer Annajar
Director, National Centre for Disease Control
Ministry of Health
Tripoli

Dr Abdelaziz Alahlafî
Director, Quality Management
Ministry of Health
Tripoli

Miss Al-Shayma Al-Bouseiry Ghandour
International Cooperation Office Coordinator
Ministry of Health
Tripoli

Dr Osama Fathi Al Sharif
Director, Primary Health Care
Ministry of Health
Tripoli

MAROC

Représentant

Dr Mustapha El Ismaili Lalaoui
Inspecteur Général
Ministère de la Santé
Rabat

Suppléant

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

Conseillers

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

Mme Sanaa Cherqaoui
Chef du Service des organisations internationales
Division de la Coopération
Ministère de la Santé
Rabat

OMAN

Représentant

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

Suppléant

Dr Ahmed bin Salem Al- Manthari
Director-General
Sultan Qabus University Hospital
Muscat

Conseillers

Mr Issa Bin Abdullah Al-Alawi
Head of Minister's Office
Ministry of Health
Muscat

Dr Ahmed Bin Mohamed Al Qasmi
Director-General of Planning
Ministry of Health
Muscat

Dr Fatima bint Mohammed Al-Ajamiya
Director-General of Health Services
for the region of Muscat Gov.
Muscat

Ms Maimouna Sultan Al-Toubya
Chief of Nursing Unit
Directorate General of Health Services
Ad Dakhiliya

Dr Idris bin Saleh Al Abaidani
Acting Director
Department of Communicable Diseases Surveillance and Control
Ministry of Health
Muscat

PAKISTAN

Représentant **H.E. Begum Shahnaz Wazir Ali**
Special Assistant to Prime Minister of Pakistan for Social Sectors
Government of Pakistan
Islamabad

Suppléant Dr Ghulam Asghar Abbasi
Chief (Health)
Planning & Development Division
Government of Pakistan
Islamabad

PALESTINE

Représentant **H.E. Dr Hani Abdeen**
Minister of Health
Palestinian National Authority (Interim)
Ramallah

Suppléant Dr Anan Masri
Deputy Minister of Health
Ministry of Health
Palestinian National Authority (Interim)
Ramallah

Conseiller Dr Asad Ramlawi
Director General Primary Health Care,
and Public Health
Ministry of Health
Palestinian National Authority
Nablus

QATAR

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

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 Department, Office of H.E. the Minister of Health
Supreme Council of Health
Doha

RÉPUBLIQUE ARABE SYRIENNE

Représentant (N'a pas pu assister à la session)

SOMALIE

Représentant **Dr Duale Adam Mohamed**
Director-General
Ministry of Health and Human Services
Mogadishu

Suppléant Dr Hussein Muhumud Mohamed
Ministry of Health
Mogadishu

Conseillers Dr Mohamed Hersi Duale
Deputy Minister of Health
Puntland

Dr Abdi Awad Ibrahim
Senior Advisor
Ministry of Health
Mogadishu

SOUDAN

Représentant **H.E. Mr Bahar Idris Abu Garda**
Federal Minister of Health
Federal Ministry of Health
Khartoum

Suppléant Dr Mohammed Ali Yahia Elabbasi
Director-General of Planning and International Health
Federal Ministry of Health
Khartoum

Conseillers

Dr Talal Elfadil Magdy Eltaher
Director-General of Basic Health Care
Federal Ministry of Health
Khartoum

Dr Abdalla Said Ahmed
Advisor for the Minister
Federal Ministry of Health
Khartoum

Mr Mohamed Awad Elseed Mohamed Semany
Federal Ministry of Health
Khartoum

SOUDAN DU SUD (RÉPUBLIQUE DU)

Représentant

Dr Yatta Lori Lugor
Deputy Minister
Ministry of Health
Juba

Suppléant

Dr Lul Riek
Director for Planning and External Coordination
Ministry of Health
Juba

TUNISIE

Représentant

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

Suppléant

Dr Hichem Abdessalem
Directeur général de la Coopération technique
Ministère de la Santé
Tunis

Conseillers

Dr Riadh Ben Abbes
Chargé de mission du Cabinet
Ministère de la Santé
Tunis

Dr Kamel Naceur
Vice-Directeur des soins de santé de base
Ministère de la Santé
Tunis

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

Suppléant

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

Conseillers

Mr Hani Al-Asbahi
Diplomatic Attache
Embassy of the Republic of Yemen
Cairo

Ms Salwa Abd Ulla Al Samawi
Member of the Permanent Delegation
Representative of the Republic of Yemen to the Arab League
Cairo

2. Observateurs

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

TURQUIE

Dr Ö Faruk Koçak
Deputy Undersecretary
Ministry of Health
Ankara

Mr Yusuf Irmak
General Directorate for EU and Foreign Relations
Ministry of Health
Ankara

Dr Hakki Gürsöz
Deputy Head of Medicines
and Medical Devices Agency of Turkey
Ministry of Health
Ankara

Dr Nurullah Zengin
Deputy Head of Medicines
and Medical Devices Agency of Turkey
Ministry of Health
Ankara

Dr Serap Malçok
Unit Chief of the Medicine Tracking System (MTS)
Ministry of Health
Ankara

Mr Huseyin Erben
Third Secretary
Embassy of Turkey
Cairo

(Observateurs représentant les organisations des Nations Unies)

FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE (UNICEF)

Dr Mahendra Sheth
Regional Health Advisor
UNICEF Middle East and North
Africa Regional Office
Amman

Mr Jonathan Weiss
Innovative Finance
UNICEF Supply Division
Copenhagen

Mr Philipp Kalpaxis
Vaccine Center
UNICEF Supply Division
Copenhagen

**OFFICE DE SECOURS ET DE TRAVAUX DES NATIONS UNIES POUR LES RÉFUGIÉS
DE PALESTINE DANS LE MOYEN-ORIENT (UNRWA)**

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

FONDS DES NATIONS UNIES POUR LA POPULATION (UNFPA/ASRO)

Dr Hafedh Chekir
Regional Director
UNFPA/ASRO
Cairo

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

Dr Hedia Belhadj
Directrice du Département des partenariats
ONUSIDA
Genève

Dr El Tayeb El Amin
Conseiller régional Programme
ONUSIDA/Équipe d'appui aux pays
Le Caire

Dr Ali Feizzadeh
Conseiller régional Programme
ONUSIDA/Équipe d'appui aux pays
Le Caire

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

Mr Joseph Serutoke
Regional Manager
Middle East and North Africa
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

Mr Lelio Marmora
Department Head
Africa and Middle East
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

Marion Hachmann-Gleixner
Fund Portfolio Manager
Middle East and North Africa
Geneva

Ms Shu-Shu Tekle-Haimanot
Governance Officer
Governance Department
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

Ms Karima Jaouadi
Fund Portfolio Manager-MENA
The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria
Geneva

ALLIANCE GAVI

Nina Schwalbe
Managing Director of Policy
& Performance Department
Gavi Alliance
Geneva

Dr Hind Khatib Othman
Managing Director
Country Programmes
Geneva

Dr Stephen Sosler
Head of Country Team
Country Support/Country Programmes
Geneva

CENTRE DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT INTERNATIONAL

Dr Aboudou K. Adjibade
Regional Director
IDRC
Middle East and North Africa Regional Office
Cairo

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

LIGUE DES ÉTATS ARABES

H.E. Dr Fa'eqa Al Saleh
Acting Assistant Secretary-General,
and Head of Social Affairs Sector
League of Arab States
Cairo

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

Mr Hatem El Rouby
Member of the Technical Secretariat
of the Council of the Arab Health Ministers
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 MEDICAL UNION (AMU)

Prof. Dr Hisham Eissa
Chief of Emergency and Relief Department
Arab Medical Union
Cairo

Dr Ashraf Barakat
Director of Training
and Professional Health Development Dept.
Arab Medical Union
Cairo

ARAB LABOUR ORGANIZATION (ALO)

Mr Ahmed Mohamed Luqman
Minister Plenipotentiary
Director-General
Arab Labour Organization
Cairo

Counselor Mohamed Abdallah Abeedesh
Director of Foreign Relations and International Cooperation
Arab Labour Organization
Cairo

ARAB COMPANY FOR DRUG INDUSTRIES AND MEDICAL APPLIANCES (ACDIMA)

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

ARAB FEDERATION OF NON GOVERNMENTAL ORGANIZATIONS FOR DRUG ABUSE PREVENTION

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

ARAB ORGANIZATION FOR DISABLED PEOPLE (AOPD)

Ms Jahda Abou Khalil
Arab Organization for Disabled People General Director
Beirut

ARAB ASSOCIATION FOR ASSISTING MINE-AFFECTED AREAS

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

AFRICAN DEVELOPMENT BANK GROUP (AFDB)

Dr Feng Zhao
Health Division Manager
African Development Bank Group
Tunis

ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL (ADI)

Professor Yasmin Raashid
Alzheimer's Disease International
Lahore

INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION (IDF)

Dr Amira Tahio
Senior Health Officer
Ministry of Health and Population
and IDF Member Association
Alexandria

INTERNATIONAL ALLIANCE OF PATIENTS' ORGANIZATIONS (IAPO)

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

ROTARY INTERNATIONAL POLIOPLUS

Dr Ahmes Ghabrial
Chair
Rotary National PolioPlus Committee
Cairo

INTERNATIONAL FEDERATION OF MEDICAL STUDENTS' ASSOCIATIONS (IFMSA)

Mr Khalid Al-Hamadani
IFMSA Representative
Muscat

INTERNATIONAL AGENCY FOR THE PREVENTION OF BLINDNESS (IAPB)

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

MEDICAL WOMEN'S INTERNATIONAL ASSOCIATION (MWIA)

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

INTERNATIONAL UNION OF NUTRITIONAL SCIENCES (IUNS)

Prof. Dr Ibrahim El Madfa
President
International Union of Nutritional Sciences
Vienna

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

Dr Salaheldin Algaafarawi
Cooperating consultant
ISESCO
Cairo

Ms Hana'a Muhammad Taha Gadallah
Secretary, ISESCO Office
ISESCO
Cairo

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

Dr Izzeldine S. Hussein
Regional Coordinator for Gulf, North Africa and Eastern
Mediterranean
International Council for Control of Iodine Deficiency Disorders
Al-Khujair/Oman

**INTERNATIONAL FEDERATION OF PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS AND
ASSOCIATIONS**

Dr Michelle Domingo Leshner
Public Policy Director
International Federation of Pharmaceutical Manufacturers and
Associations
Geneva

FRAMEWORK CONVENTION ALLIANCE ON TOBACCO CONTROL (FCA)

Dr Hani Algouhmani
Framework Convention Alliance on Tobacco Control

**GENERAL SECRETARIAT OF THE ARAB RED CRESCENT AND RED CROSS
ORGANIZATION (ARABRCRC)**

Dr Abdullah Bin Mohamed Hazza'a
Secretary-General
General Secretariat of the Arab Red Crescent
and Red Cross Organization
Riyadh

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL (UICC)

Prof. Dr Sherif Omar
Union for International Cancer Control
Cairo

FÉDÉRATION MONDIALE DES ASSOCIATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE (WFPHA)

Ms Laila Al Jassmi
CEO of Health Policy and Strategy Sector
Health Authority, Dubai Government
Dubai

Mr Ibrahim Aizeldin
Consultant, Head of Planning Unit
Health Authority, Dubai Government
Dubai

WORLD FEDERATION FOR MEDICAL EDUCATION (WFME)

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

THE GULF FEDERATION FOR CANCER CONTROL (GFCC)

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

THE SAUDI FUND FOR DEVELOPMENT

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

Mr Mesfer Fouzan Al Mesfer
Research Specialist
The Saudi Fund for Development
Riyadh

Annexe 3

Allocution du Dr Ala Alwan

Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

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

Le Caire (Égypte), 1^{er} – 4 octobre 2012

Excellences, Madame le Directeur général, Mesdames et Messieurs,

Je centrerai mon intervention sur les défis actuels de la Région et sur ma stratégie pour les cinq prochaines années, afin de vous informer des mesures qui ont été prises depuis mon entrée en fonction, en février dernier. Mais je tiens tant d'abord, en mon nom propre et celui du personnel du Bureau régional, à exprimer notre plus haute reconnaissance au Dr Hussein Gezairy pour les efforts précurseurs qu'il a déployés et pour les nombreuses années, de travail acharné, ses accomplissements et son dévouement.

Depuis le début de 2011, nous avons tous été témoins du formidable mouvement en faveur du changement dans la Région. Nombre des pays concernés reconnaissent que les causes profondes du mécontentement résident dans le manque d'équité sociale. L'OMS a depuis longtemps exprimé son inquiétude quant à l'impact de ce manque d'équité sur la santé des populations. Il a été souligné que la pauvreté, le manque d'accès à l'éducation et aux perspectives d'emploi, et l'absence de protection sociale universelle contre les épreuves imposées par la maladie et la mauvaise santé étaient des déterminants clés de la santé. Pour relever les défis rencontrés par le secteur de la santé dans les pays de la Région, nous avons tous, en tant que chefs de file du secteur de la santé, un rôle majeur à jouer en travaillant en étroite collaboration avec les autres secteurs pour faire progresser la cause de la santé publique et du développement durable dans la Région. Au fur et à mesure que je décrirai les défis qui nous attendent et ma vision stratégique, je suis sûr que vous allez voir à quel point ces aspects sont cruciaux pour la santé et le développement social dans tous les pays de la Région, sans exception.

L'un de nos principaux défis a trait à la santé maternelle, infantile, génésique et à la nutrition. Dans le monde entier, les mères et les enfants sont parmi les groupes de population les plus vulnérables. C'est pourquoi les objectifs du Millénaire pour le développement portent notamment sur la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant, un objectif qui s'applique à tous les pays, sans exception. Des progrès ont été réalisés, mais plusieurs pays de notre Région enregistrent toujours des taux de mortalité maternelle et infantile parmi les plus élevés du monde.

Nous voyons clairement comment gérer cette grave situation, et nous avons des interventions – fondées sur des bases factuelles – qui permettraient de combattre cette mortalité et qui, si elles étaient mises en œuvre, amélioreraient l'accès aux soins de santé de base. C'est pourquoi, dans les prochaines années, nous nous attacherons à travailler avec les pays qui ont la charge de mortalité de la mère et de l'enfant la plus lourde. Au sein du secteur de la santé, nous allons promouvoir une démarche axée sur les soins de santé primaires, avec prise en compte de toute la durée de vie, et intensifier notre travail avec nos partenaires. Le Bureau régional a programmé pour janvier 2013 une réunion de haut niveau rassemblant les États Membres, les partenaires et les donateurs, afin de pouvoir, en se fondant sur une stratégie appropriée, intensifier l'appui aux pays à forte charge de mortalité maternelle et infantile.

Le deuxième défi auquel nous sommes confrontés est celui des maladies non transmissibles, dont les maladies cardio-vasculaires, le diabète, le cancer et les infections respiratoires chroniques, qui sont désormais la principale cause de mortalité pour l'ensemble de la Région, puisque dans certains pays, elles sont responsables de plus de 70 % des décès qui, dans une large mesure, se produisent durant les années de vie les plus productives. Ce double fardeau de morbidité fait peser une pression

considérable sur les systèmes de santé nationaux et, surtout, sur le développement socio-économique, et il appauvrit de nombreux patients et leur famille.

La vérité est que, dans cette Région, nous n'en faisons pas assez. Des mesures essentielles – que nous qualifions de mesures présentant le meilleur rapport coût-efficacité – pour la prévention de ces maladies chroniques ne sont pas mises en place avec suffisamment de rapidité ou de détermination. Prenez, par exemple, le tabagisme, un facteur de risque capital pour les maladies cardiovasculaires et les cancers. Dans la plupart des pays de cette Région, les prix du tabac restent très bas. Les modifications fiscales recommandées n'ont été mises en œuvre que dans très peu de pays. L'apposition sur les emballages de mises en garde illustrées ne s'effectue que très lentement, et environ la moitié des pays seulement ont pris des mesures en ce sens. Seuls de très rares pays ont totalement interdit la cigarette dans les lieux publics. Autant de mesures, l'on pourrait supposer, que 19 pays de la Région se sont engagés à prendre en signant la Convention-cadre pour la lutte antitabac. Je voudrais, à l'occasion de ce Comité, souligner que la Région est par trop tributaire du soutien de bailleurs de fonds internationaux pour la lutte antitabac, alors que nous devrions dépendre principalement du budget des États Membres de la Région ou de donateurs régionaux. Comme bon nombre de pays du monde l'ont constaté, les mesures locales, imaginées sur place, sont plus facilement applicables sur le long terme et plus efficaces.

La Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, approuvée par les chefs d'État et de gouvernement en septembre 2011, exposait une vision claire et prévoyait une feuille de route pour les interventions à mener. La mise en œuvre des recommandations et mesures de cette Déclaration représente un défi pour les décideurs politiques et les responsables de son application dans les pays de la Région. Je m'engage, dans les cinq prochaines années, à modifier la façon dont l'OMS gère la situation dans les pays de la Région, de manière à ce que le fardeau toujours plus pesant des maladies non transmissibles soit pris au sérieux.

Mesdames et Messieurs,

Notre troisième défi, dans cette Région, est ce qu'il nous reste à faire dans le domaine des maladies transmissibles.

La vaccination doit continuer à figurer en bonne place dans ce programme. Même si l'on signale des taux de vaccination supérieurs à 90 % pour la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) dans 16 pays et supérieurs à 95 % pour la rougeole dans 14 pays, au moins 2 millions d'enfants de la Région n'ont bénéficié d'aucune vaccination de base en 2011. Nous ne sommes pas parvenus à éliminer la rougeole, ni le tétanos maternel et néonatal. Ce sont là des problématiques dignes d'attention dans tous les pays de la Région, et nous ne devons pas les laisser perdurer.

Depuis novembre dernier, nous avons fait des progrès encourageants en ce qui concerne le programme d'éradication de la poliomyélite dans les deux pays restants, l'Afghanistan et le Pakistan. Le nombre de nouveaux cas a diminué et les deux gouvernements ont réaffirmé leur attachement à cet objectif. En Afghanistan, la sécurité s'est quelque peu améliorée dans le sud, ce qui permet plus d'atteindre plus d'enfants. Néanmoins, comme l'a souligné le Directeur général, il y a des problèmes opérationnels à surmonter, en particulier concernant la gestion des programmes et la responsabilisation.

La sécurité reste une source de préoccupation au Pakistan, en particulier à Karachi et dans les zones tribales sous administration fédérale, et cette préoccupation a de graves conséquences pour l'accès aux enfants et la mise en œuvre des programmes. La désinformation et la propagande contre la vaccination antipoliomyélitique auxquelles se livrent des groupes radicaux au Pakistan, qui poursuivent leurs propres intérêts, est pour l'heure actuelle l'un des soucis majeurs, qui doit concerner la Région dans son ensemble. Il en a résulté une interdiction locale de la vaccination au Waziristan. À cet égard, je devrais souligner la nécessité d'obtenir un soutien plus important de toute la Région en ce qui concerne la poliomyélite ; et la vaccination, en général, aiderait à lutter contre ce phénomène

inquiétant. Par « soutien plus important », j'entends un soutien politique à haut niveau, une action militante de la part de membres éminents et respectés de la communauté religieuse et civile, ainsi qu'un soutien financier. Nous devons dénoncer la désinformation.

Permettez-moi d'aborder une autre question qui cause de plus en plus d'inquiétude, à savoir le VIH. Jusqu'à présent, l'épidémie est peu répandue dans notre Région. Mais nous ne devons pas succomber à un faux sentiment de sécurité. La réalité, c'est que le rythme d'accroissement de la prévalence de l'infection à VIH est l'un des plus rapides au monde, tandis que la couverture thérapeutique pour les personnes vivant avec le VIH est la plus réduite au monde. Tout aussi important est le fait que la Région n'accorde pas une attention suffisante à la prévention du VIH au sein des principales populations courant un risque accru.

Les maladies transmissibles doivent rester une priorité en fonction des besoins spécifiques de chaque pays. Je m'attacherai à la concrétisation des objectifs du Millénaire pour le développement en rapport avec les maladies, et au renforcement des capacités de prévention et de maîtrise des maladies transmissibles. Tous les pays de cette Région doivent améliorer leurs capacités de surveillance des maladies transmissibles, et leur aptitude à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005).

Comme vous le savez, ce Règlement est un outil essentiel pour garantir que les pays et le monde soient prêts à gérer des événements de santé publique de portée internationale. Il s'agit d'un engagement juridique fort et contraignant qui permet aux ministres de la Santé de diriger les opérations de préparation et de riposte en cas d'événement majeur. Nous évoquerons l'application du Règlement dans notre programme. J'encourage à la fois l'OMS et les pays à faire usage de cet outil puissant pour conforter le rôle et asseoir la responsabilité du secteur de la santé dans ce domaine.

Permettez-moi d'attirer votre attention sur un fait nouveau qui nous rappelle à quel point il est important d'échanger des informations entre les États Membres et l'OMS dans le cadre du Règlement. Vous savez tous qu'un coronavirus inhabituel, une nouvelle souche encore jamais rencontrée auparavant dans la famille des coronavirus, a été détecté dans deux cas chez l'homme au sein de notre Région. Nous avons été en contact permanent avec tous nos États Membres, puisque cette information a été communiquée à l'OMS en vertu du Règlement sanitaire international (2005). Il est rassurant qu'à ce stade, rien n'indique qu'il y ait d'autres cas impliquant le même virus à quelque endroit que ce soit. Jusqu'à présent, rien ne prouve qu'il puisse y avoir une transmission interhumaine. Nous avons déjà alerté tous les points focaux nationaux pour le RSI concernant cet événement. Nous sommes toujours en train de recueillir davantage d'informations afin de déterminer quelle est la source du virus et d'évaluer son importance pour la santé publique et son impact probable sur la santé mondiale. Ce faisant, nous voudrions encourager tous nos États Membres à maintenir en permanence le Bureau régional informé de toute augmentation inhabituelle du nombre d'admissions en hôpital motivées par des symptômes respiratoires aigus. Je dois dire que notre vigilance, notre transparence et notre confiance, ainsi que notre engagement à respecter le Règlement sanitaire international, seront essentiels pour faire face à toute nouvelle menace pour la santé publique.

Mesdames et Messieurs,

La préparation et l'action dans les situations d'urgence représentent le quatrième défi. Malgré le nombre croissant d'urgences et de crises qu'a connu la Région au cours des dernières années, le niveau de préparation aux situations d'urgence reste relativement faible, en particulier en ce qui concerne le secteur de la santé. Seuls un tiers des pays ont institutionnalisé des programmes de préparation et d'action dans les situations d'urgence. À cet égard, permettez-moi d'être franc avec vous : malgré l'importance de la préparation aux situations d'urgence, nous ne faisons pas assez pour remédier aux terribles souffrances et à la détérioration de la situation sanitaire des populations de nombreux pays de la Région aux prises avec des situations d'urgence. Dans les mois et les années à venir, j'axerai les programmes de l'OMS sur le soutien aux pays afin d'augmenter la résilience de leurs systèmes de santé face aux situations d'urgence, et de renforcer leur capacité à réagir de manière

efficace. En particulier, il s'agira d'apporter un soutien au renforcement des politiques et des législations, de mettre en œuvre le cadre d'action d'urgence et d'adhérer aux protocoles interinstitutions en cas de situations d'urgence de grande ampleur.

Je me dois maintenant d'aborder la situation en République arabe syrienne qui est un sujet de très vive préoccupation, et où l'accès aux soins essentiels pour des centaines de milliers de personnes déplacées est une question de vie ou de mort. Plus de 160 dispensaires de soins de santé primaires ont subi des dommages ; 40 % de ces dispensaires sont hors d'état de fonctionner. Les deux tiers des 88 hôpitaux ont été endommagés. Malgré les efforts déployés par l'OMS et ses partenaires pour soutenir le système de santé, notamment par une augmentation du nombre des experts et du personnel au Bureau régional, la guerre nous a empêchés d'adopter les mesures de secours nécessaires. Nous, l'OMS et ses partenaires, sommes prêts à soulager les victimes, notamment les personnes déplacées et les réfugiés, ainsi que les citoyens, dès que la situation le permettra.

En dernier lieu, le cinquième, et peut-être le principal défi pour tous les États Membres de la Région, réside dans les systèmes de santé eux-mêmes. Vous avez dans le document correspondant à ce point de l'ordre du jour, une analyse complète de la situation sanitaire dans les pays de la Région. Bon nombre des défis auxquels sont confrontés les systèmes de santé sont communs à tous les pays, quelle que soit leur situation en matière de revenu et de développement. Nous avons mis au point les principes d'action du Bureau régional, concernant les priorités que devront adopter les États Membres et l'OMS, et le soutien technique qui sera fourni par l'OMS aux États Membres. J'espère que nous aurons des discussions constructives sur ce sujet pour permettre à la Région de réaliser des progrès sur un ensemble de priorités et d'actions stratégiques en vue du renforcement de ces systèmes. Au cours des cinq prochaines années, nous allons travailler avec les États Membres pour identifier les problèmes spécifiques à chaque pays et y remédier, en fonction des besoins et des circonstances propres à chacun.

Mesdames et Messieurs,

Il s'agit là des défis qui représenteront les domaines prioritaires de notre travail au cours des cinq prochaines années. Dans les semaines qui ont suivi mon arrivée, j'ai cherché à inciter les États Membres, et les experts et collègues, à me faire part de leur avis sur les priorités, et sur la manière dont nous devrions, collectivement, travailler pour répondre à celles-ci. En mai, j'ai fait part à vos Excellences des domaines sur lesquels l'OMS axera ses activités afin de renforcer son soutien aux États Membres dans la Région, et de réaligner la structure et les priorités du Bureau régional et des bureaux de pays conformément aux nouvelles orientations stratégiques pour la réforme de l'OMS.

Je tiens à remercier ceux d'entre vous, nombreux, qui ont attiré mon attention sur les lacunes auxquelles nous devons remédier dans le cadre de notre propre travail. Nous avons mené une étude de la situation actuelle, incluant les rapports des vérificateurs des comptes. Dans le domaine de la gestion générale du Bureau régional et des bureaux de pays, nous avons adopté une ligne de conduite qui s'efforce de résoudre les difficultés et s'appuie sur la transparence, l'évaluation et la responsabilisation. J'étudierai les moyens de renforcer nos capacités techniques au sein de l'OMS, y compris pour la mobilisation des ressources, et notre soutien technique aux pays. Il conviendra notamment de veiller à la qualité des consultants auxquels nous faisons appel et des réseaux et listes d'experts que nous établissons.

Mesdames et Messieurs,

Une autre question que j'aimerais aborder brièvement tient à l'importance de la coordination des actions communes entre le secteur de la santé d'une part, et la politique extérieure et la coopération internationale d'autre part. Le Bureau régional a pris l'initiative de définir la diplomatie de la santé comme un cadre systématique permettant de promouvoir les partenariats entre de multiples parties prenantes et de négocier les politiques relatives aux cinq domaines de travail. Je crois que la diplomatie de la santé, qui œuvre à la coordination entre le secteur de la santé et celui des affaires

étrangères, est un instrument susceptible de renforcer les capacités des pays de la Région et leur volonté de prendre des décisions dans le domaine de la santé et sur d'autres questions de santé internationale qui ont une incidence sur le développement de la santé dans nos pays. Ainsi avons-nous pris l'initiative d'organiser en mai un atelier réunissant les ministères de la santé et des affaires étrangères, ainsi que des représentations auprès des Nations Unies, qui a été un succès. Nous établirons une coordination plus large avec eux comme avec la Ligue des États arabes et des organisations régionales similaires.

Dans le même temps, comme vous le reconnaîtrez j'en suis sûr, il ne s'agit pas d'une voie à sens unique. Pour réaliser des progrès dans les cinq domaines stratégiques mentionnés, les États Membres devront s'engager à agir – moyennant une coordination plus étroite et une collaboration plus large au sein des pays avec tous les partenaires concernés – à mettre en œuvre les engagements et les accords internationaux, en particulier la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et le Règlement sanitaire international (2005) à renforcer l'engagement auprès des secteurs extérieurs à la santé, à améliorer la mobilisation des ressources par les gouvernements et les donateurs au sein de la Région pour soutenir le développement de la santé dans la Région, en particulier dans les pays à faible revenu. Il s'agit d'un autre objectif que nous cherchons à promouvoir à l'OMS.

Dernier point, mais non des moindres, les États Membres peuvent, et doivent, aussi investir dans le renforcement des capacités techniques de l'OMS. En tant qu'États Membres, vous avez tout intérêt à faire en sorte que l'OMS soit forte. J'aimerais vous encourager, distingués ministres de la Santé, à interagir avec votre Bureau régional, à me donner votre avis et me faire part à votre tour de vos observations sur les défis auxquels nous sommes confrontés et les actions proposées. Nous sommes ici pour vous apporter notre soutien. J'aurai à cœur de faire en sorte que cette période nous permette, je l'espère, de construire des liens forts de solidarité et de soutien mutuel pour la santé dans la Région. Ensemble, nous pouvons façonner l'avenir de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale.

Annexe 4

Allocution de Dr Margaret Chan Directeur général de l'OMS

Allocution à la cinquante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale

Le Caire (Égypte), 1^{er} – 4 octobre 2012

Monsieur le Président, distingués ministres, chers délégués, Dr Alwan, Mesdames et Messieurs,

Tout d'abord, permettez-moi de me joindre à Monsieur le Président et d'exprimer ma reconnaissance au Dr Gezairy pour les longues années de service dévoué rendu à l'Organisation mondiale de la Santé. Il a eu une carrière très remarquable. Je ne doute point que vous vous joindrez tous à moi pour lui souhaiter tous nos vœux de bonheur.

Je tiens par ailleurs à souhaiter la bienvenue au Dr Alwan en tant que nouveau Directeur régional à la tête de cette région et de le féliciter à ce titre. Nous vivons une période passionnante et chargée de défis sur le plan de la santé mondiale. Compte tenu de l'expérience dont vous faites preuve, Dr Alwan, je suis persuadée que vous serez à la hauteur de ce défi.

Au cours du mois de mai, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une résolution déclarant que l'éradication mondiale de la poliomyélite constituait une urgence programmatique mondiale pour la santé publique.

Cette résolution citait un rapport du Groupe stratégique consultatif d'experts sur la vaccination, dans lequel il est indiqué que le risque d'un échec de l'éradication mondiale de la poliomyélite « ne saurait en aucun cas être accepté ».

Si notre volonté vacille, la poliomyélite ressurgira avec force. Si notre détermination faiblit, il s'agira de l'échec le plus coûteux dans l'histoire de la santé publique.

Il nous faut aller jusqu'au bout. L'Inde a fait sa part du travail. En stoppant net la transmission du poliovirus, l'Inde a apporté définitivement la preuve que l'éradication est techniquement faisable, même dans des conditions extrêmement difficiles.

Le succès de l'Inde montre au monde que le virus n'est pas indélégeable. Il n'est pas destiné à rester perpétuellement une menace pour chaque nouvelle génération d'enfants. Nous pouvons réellement nous en débarrasser.

Achever ce travail est une question de volonté et de compétences humaines. Nous pouvons à n'en pas douter nous montrer plus futés qu'un virus microscopique dénué d'intelligence.

Deux des trois bastions restants du poliovirus sont situés dans la Région de la Méditerranée orientale.

Le facteur le plus important pour la réussite du programme est la pleine participation des pays, du niveau local au niveau national. Cette appropriation permet à la créativité humaine de s'épanouir pour résoudre au mieux les problèmes locaux particuliers.

À l'occasion d'une réunion lors de l'Assemblée générale des Nations Unies la semaine dernière, j'ai été personnellement témoin de l'engagement de haut niveau qu'ont exprimé les présidents de l'Afghanistan et du Pakistan. J'ai le plaisir de vous voir que Madame Ali est présente aujourd'hui.

Elle a obtenu une reconnaissance dans un forum mondial pour les efforts solides qu'elle a déployés pour redresser la situation au Pakistan. Je souhaite lui réitérer ma reconnaissance pour l'excellent travail qu'elle a fourni.

Cet engagement doit désormais s'exprimer par une plus grande appropriation et responsabilisation au niveau des districts, où de formidables défis restent à relever.

Dans le sud de l'Afghanistan, les obstacles en matière de gestion et d'administration au niveau des districts sont une entrave à l'efficacité des campagnes contre la poliomyélite.

Dans certaines parties du Pakistan, les problèmes rencontrés sont les mêmes, mais d'autres viennent s'y ajouter, notamment la suspension des vaccinations par les chefs locaux et les attaques à l'encontre du personnel travaillant pour l'éradication de la maladie.

Je félicite ces deux gouvernements pour avoir établi et mis au point des plans d'urgence au niveau national. Le défi consiste désormais à s'attaquer résolument aux obstacles restants et à améliorer l'appropriation, la supervision et la responsabilisation. Vous assumez cette responsabilité à l'égard de vos enfants, de vos citoyens et du reste du monde

Il s'agit d'une situation d'urgence qui revêt une priorité plus importante que jamais. Permettez-moi de le répéter : un échec ne saurait en aucun cas être accepté. Ni aucune excuse.

L'OMS, son Bureau régional, votre Directeur régional, nos bureaux de pays, notre personnel expérimenté, sont ici pour vous apporter leur total soutien.

Mais c'est à chaque gouvernement qu'il appartient d'assumer le rôle directeur nécessaire pour mettre fin à une situation d'urgence, et de s'approprier les programmes pour ce faire. Dans la Région, seuls les chefs politiques et religieux peuvent susciter et entretenir un soutien public en faveur des campagnes de lutte contre la poliomyélite. Je me tourne vers eux pour obtenir leur soutien dans cette importante entreprise.

Je vous appelle à le faire avec l'empressement qu'impose une telle situation d'urgence.

Toute maladie que nous pouvons éradiquer, éliminer, ou étroitement maîtriser nous permet de libérer des capacités et des ressources pour nous préoccuper des grands défis suivants, déjà présents ou tout proches. Permettez-moi de remercier le Royaume d'Arabie saoudite et le Qatar pour l'aide qu'ils nous ont apportée pour identifier des cas inhabituels de maladie respiratoire grave avec insuffisance rénale et enquêter sur ceux-ci. Nous avons ainsi pu caractériser un nouveau coronavirus et alerter les autorités sanitaires à l'échelle mondiale sur l'éventualité de cas similaires de cette affection inhabituelle.

Nous restons vigilants mais n'avons, à ce jour, aucun élément de preuve attestant que ce nouveau virus s'est établi chez l'homme ou a la capacité de causer une grave flambée.

Cet exemple de dépistage rapide et de vigilance accrue à l'échelle mondiale montre que le Règlement sanitaire international offre des capacités renforcées pour améliorer notre sécurité collective en matière de santé mondiale. Je tiens à féliciter les autorités de Royaume d'Arabie Saoudite et du Qatar pour avoir partagé des informations avec nous en temps opportun, ce qui revêt la plus grande importance.

Mesdames et Messieurs,

La lutte contre les maladies non transmissibles est également un point de votre ordre du jour. Les experts, qu'ils soient au sein de l'OMS ou tout à fait extérieurs à l'Organisation, décrivent la montée de ces affections comme l'un des plus grands défis auxquels la santé mondiale se trouve confrontée au XXI^e siècle.

Il s'agit, en un sens, d'une lente catastrophe, puisque bon nombre de ces maladies apparaissent progressivement, après de nombreuses années. Mais les changements dans les modes de vie qui contribuent à leur augmentation se propagent très largement dans le monde entier et à une vitesse stupéfiante.

Le document présenté à cette session constitue un avertissement, un signal d'alarme nous prévenant de l'urgence qu'il y a à parvenir à d'importants changements politiques.

Les nouvelles ne sont pas bonnes. De nombreux pays de la Région connaissent déjà de graves problèmes, et cela ne saurait tarder pour tous les autres.

Les problèmes que posent ces maladies sont sans précédent par leur ampleur et leur complexité. Ils menacent non seulement la santé, mais aussi les économies. Ils remettent en question la viabilité même de nos systèmes de soins et les programmes en place pour apporter une protection financière.

Tout au long de l'histoire de l'humanité, les victoires remportées sur les maladies infectieuses ont été accompagnées d'améliorations dans l'hygiène et les conditions de vie, et ont ouvert la voie à des progrès socioéconomiques.

Aujourd'hui, avec la progression des maladies non transmissibles, la situation est bien différente. Si l'on ne parvient pas à les maîtriser, ces maladies ont le pouvoir de réduire à néant les avantages obtenus grâce au progrès économique.

Il est de plus en plus manifeste que la croissance économique dans un monde interdépendant ouvre la porte à la multiplication de maladies telles que les maladies cardiaques, le diabète, les affections respiratoires chroniques, et les cancers, en particulier les cancers liés au tabagisme et à une mauvaise alimentation.

Cette porte s'est largement ouverte sous la pression de l'urbanisation, notamment lorsqu'elle n'est pas planifiée, et de la mondialisation de modes de vie qui nuisent à la santé.

Dans la Région, les régimes alimentaires changent, et non en bien. Les aliments hautement transformés, riches en sucre, en sel et en matières grasses nocives sont bon marché, pratiques, d'un goût agréable et largement disponibles ; et ils sont sources d'importants bénéfices pour les multinationales de l'agroalimentaire.

L'activité physique diminue. L'obésité augmente. La Région de la Méditerranée orientale a d'ores et déjà la prévalence du diabète la plus élevée au monde.

Vos populations sont la cible d'un marketing avisé pour la nourriture malsaine, les boissons sucrées, les produits du tabac et l'alcool. C'est dans cet environnement qu'elles vont faire leurs choix en matière de modes de vie. Selon moi, il appartient aux gouvernements de façonner cet environnement, de faire en sorte que les choix bons pour la santé soient les choix les plus aisés.

Comme le document le signale, les approches actuelles concernant les maladies non transmissibles dans cette Région sont axées sur les soins hospitaliers. Cet état d'esprit doit changer. Les politiques doivent s'orienter vers les soins préventifs tout autant que vers les soins curatifs, des soins hospitaliers vers les soins de santé primaires, de la prise en charge des manifestations aiguës aux soins chroniques visant à prévenir les complications graves à la source.

Le document vous donne des conseils avisés sur la façon de procéder de manière abordable, économique et efficace.

À eux seuls, les coûts rendent ce changement impératif, car ce sont là des maladies qui conduisent à la faillite.

Dans certains pays, les soins du diabète représentent à eux seuls 15 % du budget national des soins de santé.

Et cela alors même qu'au sein de la Région, les attentes des populations à l'égard des soins sont en hausse, les coûts montent en flèche et les budgets diminuent, conduisant à l'introduction de mesures pour endiguer et recouvrer les coûts. Dans certains pays à faible revenu de la Région, la part des paiements directs sur le lieu des soins représente jusqu'à 75 % des dépenses totales de santé.

Ces paiements directs pénalisent les plus pauvres. Ils vont à l'encontre des objectifs de lutte contre la pauvreté, de financement équitable des soins de santé, et de couverture de santé universelle.

Point positif, le document note une sensibilisation toujours plus grande des responsables politiques dans la Région. La Conférence internationale sur les modes de vie sains et les maladies non transmissibles, qui s'est tenue le mois dernier dans le Royaume d'Arabie saoudite, est un grand pas dans la bonne direction.

La progression des maladies non transmissibles donne de solides arguments en faveur de réformes, parfois de réformes drastiques, dans la manière dont les soins de santé sont dispensés dans la Région.

Le renforcement des systèmes de santé est aussi un point de votre ordre du jour. Vous avez sous les yeux ce qui est, selon moi, une excellente analyse des systèmes de santé dans cette Région et de ce qui doit être fait pour améliorer leurs performances.

Je souhaite féliciter les collègues de l'Organisation et d'autres institutions qui ont collaboré à la préparation de ce document. Au cours des ans, le présent Comité a examiné des documents sur certains éléments du problème, tels que la nécessité de politiques nationales sur les médicaments essentiels qui favorisent les produits génériques, ou la nécessité d'améliorer la formation et la fidélisation des médecins et des infirmières.

Pour la première fois, le document destiné à la présente session réunit tous ces éléments pour brosser un tableau cohérent. Son analyse franche et percutante montre que les pays de la Région, qu'ils soient riches ou pauvres, sont confrontés à une longue liste de défis et de problèmes qui, à de rares exceptions près, n'ont pas fait l'objet d'une attention politique appropriée.

Ce document énonce, je le répète, des moyens d'aller de l'avant. Il propose, après une analyse complète des faiblesses et des obstacles, sept domaines prioritaires pour améliorer les performances des systèmes de santé. Il conclut que le principal défi dans de nombreux pays, quel que soit le niveau de richesse, consiste à parvenir à une volonté et à un engagement politiques de haut niveau en faveur de la couverture de santé universelle.

Mesdames et Messieurs,

L'OMS et ses États Membres ont deux importantes missions pour lesquelles nous ne devons absolument pas échouer. La première est la réforme de l'OMS, dont vous allez discuter au cours de la présente session. La seconde consiste à placer la santé au programme de développement des Nations Unies pour l'après-2015. J'apprécie grandement vos recommandations dans le cadre de notre collaboration dans ces deux domaines.

Les OMD ont représenté un pacte entre les pays en développement et leurs besoins, d'une part, et les pays riches, d'autre part, qui ont promis de répondre à ces besoins en engageant des fonds, en apportant des compétences et des innovations.

Lorsque nous examinons la nature des menaces qui pèsent aujourd'hui sur la santé, un simple pacte entre les nantis et les déshérités ne permet pas de rendre compte de la complexité des déterminants de ces menaces.

Selon moi, l'un des meilleurs moyens de répondre à ces défis est de faire en sorte que la couverture de santé universelle fasse partie du programme de développement pour l'après-2015.

À une époque où les politiques dans de si nombreux secteurs ne font en fait qu'accroître les inégalités sociales, je serais très heureuse de voir la santé mener le monde vers une plus grande équité, d'une façon qui compte pour chacun des habitants de cette planète.

Mesdames et Messieurs, je vous remercie de votre attention.

Annexe 5

Liste finale des documents, résolutions et décisions

1. Documents du Comité régional

EM/RC59/1-Rev.1	Adoption de l'ordre du jour
EM/RC59/2	Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2011 et rapports de situation sur les thèmes suivants :
EM/RC59/3	a) Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagements pour les États Membres et orientations futures
EM/RC59/4	b) Principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international 2005 : respect de la date butoir fixée à 2014
EM/RC59/5	Réforme de l'OMS : situation actuelle et perspectives régionales
EM/RC59/6	a) Douzième Programme général de travail
EM/RC59/7	b) Missions conjointes Gouvernement/OMS de planification et d'examen des programmes en 2011, y compris l'utilisation des stratégies de coopération avec les pays : résultats et enseignements tirés
EM/RC59/8	Révision du Règlement intérieur du Comité régional de la Méditerranée orientale – décision n°7 du cinquante-huitième Comité régional de la Méditerranée orientale
A65/9	a) Suivi des mesures prises au niveau régional eu égard à la décision EB130(1) du Conseil exécutif sur la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
EM/RC59/9	b) Résolutions et décisions d'intérêt régional adoptées par la Soixante-Cinquième Assemblée mondiale de la Santé et la cent trente et unième session du Conseil exécutif
EM/RC59/10	c) Rapport du Groupe de travail consultatif d'experts sur le financement et la coordination de la recherche-développement (résolution WHA65.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé)
EM/RC59/9-Annexe I	d) Examen du projet d'ordre du jour provisoire de la cent trente-deuxième session du Conseil exécutif
EM/RC59/11	Demande de transfert de la République du Soudan du Sud de la Région OMS de la Méditerranée orientale vers la Région OMS de l'Afrique
EM/RC59/12	Budget programme 2014-2015
EM/RC59/Tech.Disc.1	Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : enjeux, priorités et options pour l'action future
EM/RC59/INF.DOC.1	Éradication de la poliomyélite
EM/RC59/INF.DOC.2	Initiative Pour un monde sans tabac
EM/RC59/INF.DOC.3	Réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé et objectifs sanitaires mondiaux après 2015
EM/RC59/INF.DOC.4	Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH pour 2011-2015
EM/RC59/INF.DOC.5	Amélioration du financement des soins de santé et progrès réalisés en vue de la protection sociale de la santé
EM/RC59/INF.DOC.6	Attribution du Prix et de la Bourse d'études de la Fondation Dr A.T. Shousha

- EM/RC59/INF.DOC.7 Attribution du Prix de l'État du Koweït pour la Lutte contre le Cancer, les Maladies cardio-vasculaires et le Diabète dans la Région de la Méditerranée orientale
- EM/RC59/INF.DOC.8 Attribution du Prix de la Fondation pour la Recherche sur le Syndrome de Down
- EM/RC59/INF.DOC.9 Lieu et date des sessions futures du Comité régional

2. Résolutions

- EM/RC59/R.1 Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2011 et rapports de situation
- EM/RC59/R.2 Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : engagements pour les États Membres et orientations futures
- EM/RC59/R.3 Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures
- EM/RC59/R.4 Principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international (2005) : respect de la date butoir fixée à 2014
- EM/RC59/R.5 Suivi des mesures prises au niveau régional eu égard à la décision EB130(1) du Conseil exécutif sur la mise en œuvre du plan d'action pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables
- EM/RC59/R.6 Réformes gestionnaires de l'OMS

3. Décisions

- Décision n°1 Élections du bureau
- Décision n°2 Adoption de l'ordre du jour
- Décision n°3 Révision du règlement intérieur du Comité régional de la Méditerranée orientale
- Décision n°4 Transfert du Soudan du Sud de la Région OMS de la Méditerranée orientale à la Région africaine de l'OMS
- Décision n°5 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°6 Lieu et place de la session future du Comité régional

Annexe 6

**Cadre d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies
sur les maladies non transmissibles**



Cadre d'action pour la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles

Annexe de la résolution EM/RC59/R.2

Engagements

Interventions stratégiques

Dans le domaine de la gouvernance

Les pays doivent :

- intégrer les maladies non transmissibles dans les politiques et les plans de développement nationaux et établir, d'ici à 2013, une politique et un plan multisectoriels
- établir des mécanismes efficaces pour faire participer des secteurs extérieurs à la santé en se fondant sur les enseignements tirés
- augmenter les allocations budgétaires en faveur des maladies non transmissibles et leur accorder un ordre de priorité élevé
- évaluer les capacités nationales pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, à l'aide du protocole de l'OMS

Outils OMS existants

- Global status report on noncommunicable diseases 2010 (Rapport OMS mondial sur la situation des maladies non transmissibles 2010)
- Approches recommandées pour la mise en œuvre de l'action multisectorielle en faveur de la santé (annexe 6 du Rapport mondial sur la situation des maladies non transmissibles 2010)
- Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2010 global survey (Évaluation des capacités nationales pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles : rapport de l'enquête mondiale de 2010)

Engagements

Interventions stratégiques

Dans le domaine de la prévention et de la réduction des facteurs de risque

Les pays doivent :

- accélérer la mise en œuvre de la Convention-Cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, y compris le programme MPOWER
- mettre en œuvre les recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants
- augmenter les taxes/taxer l'alcool et imposer une interdiction totale de la publicité (pour les pays où l'alcool est commercialisé)
- mettre en œuvre des interventions visant à réduire la consommation de sel
- organiser des campagnes médiatiques sur l'alimentation et l'activité physique
- remplacer les acides gras trans par des graisses polyinsaturées
- promouvoir l'allaitement au sein et mettre en œuvre le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel
- promouvoir l'accès à la vaccination pour la prévention des cancers en fonction des priorités nationales

Outils OMS existants

- Global status report on noncommunicable diseases 2010
- Mesures MPOWER pour réduire le tabagisme
- Ensemble de recommandations sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants (WHA63.14, 2010)
- Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé
- Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool (WHA63.13, 2010)
- Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles
- Outils nationaux existants

Engagements

Interventions stratégiques

Dans le domaine de la surveillance, du suivi et de l'évaluation

Les pays doivent :

- mettre en œuvre/renforcer le cadre de surveillance de l'OMS pour les maladies non transmissibles pour le suivi des expositions (facteurs de risque), des résultats (morbidité et mortalité), et des capacités des systèmes de santé ainsi que des ripostes (interventions)
- définir des cibles et des indicateurs nationaux sur la base des directives de l'OMS
- intégrer les plans de surveillance et de suivi des maladies non transmissibles dans les systèmes d'information sanitaire nationaux
- élaborer des indicateurs clairs pour mesurer l'engagement des secteurs extérieurs à la santé

Outils OMS existants

- Global status report on noncommunicable diseases 2010
- WHO monitoring framework for noncommunicable diseases (Cadre OMS pour la surveillance des maladies non transmissibles)
- Approche STEPwise de surveillance de l'OMS (STEPS), Système mondial de l'OMS pour la surveillance du tabagisme et système mondial d'information sur l'alcool et la santé
- Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles
- Outils nationaux existants

Engagements

Interventions stratégiques

Outils OMS existants

Dans le domaine des soins de santé

Les pays doivent :

- intégrer les interventions sur les maladies non transmissibles dans l'ensemble des soins de santé primaires essentiels
- établir un ordre de priorité dans les interventions ayant un bon rapport coût-efficacité pour un dépistage et un traitement précoces en tenant compte des recommandations de l'OMS
- faciliter l'accès à des technologies et des médicaments essentiels de qualité, sûrs et abordables pour les maladies non transmissibles les plus courantes
- améliorer l'accès aux services des soins palliatifs essentiels
- explorer des mécanismes de financement de la santé viables et des méthodes de financement innovantes telles que la taxation des produits du tabac et de l'alcool afin de dégager des ressources permettant d'élargir la couverture sanitaire.



- Global status report on noncommunicable diseases 2010
- Rapport sur la santé dans le monde (2010)
- Ensemble d'interventions essentielles dans le domaine des soins de santé primaires pour les maladies non transmissibles
- Liste de médicaments essentiels de l'OMS (2011)
- Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles
- Outils nationaux existants

Annexe 7

Règlement intérieur du Comité régional

TEXTE ACTUEL	PROJET DE TEXTE RÉVISÉ
I. Composition et participation	
Article 2 Observateurs	
<p>Sous réserve des dispositions de tous accords existants, le comité peut prendre des dispositions permettant de consulter en dehors de l'Organisation les organes régionaux respectifs des Nations Unies et ceux d'autres institutions spécialisées ainsi que d'autres organisations internationales de la Région ayant avec l'Organisation des intérêts communs, et permettant ainsi leur participation en qualité d'observateurs, sans droit de vote aux délibérations dudit Comité ainsi qu'à celles des comités ou sous-comités convoqués ou créés sous son autorité.</p>	<p>Sous réserve des dispositions de tous accords existants, le comité peut prendre des dispositions permettant de consulter en dehors de l'Organisation les organes régionaux respectifs des Nations Unies et ceux d'autres institutions spécialisées ainsi que d'autres organisations internationales de la Région ayant avec l'Organisation mondiale de la Santé des intérêts communs, et permettant ainsi leur participation en qualité d'observateurs, sans droit de vote, aux délibérations dudit Comité ainsi qu'à celles des comités ou sous-comités convoqués ou créés sous son autorité. Le Directeur régional, en consultation avec le Comité régional, peut inviter des États qui n'en sont pas membres à participer, sans droit de vote, aux sessions du Comité. Le Directeur régional, en consultation avec le Comité régional, peut par ailleurs inviter des organisations non gouvernementales à participer aux débats du Comité en vertu de la section 5 des « Principes régissant les relations entre l'Organisation mondiale de la Santé et les organisations non gouvernementales ».</p>
II. Pouvoirs	
Article 3. Pouvoirs	
<p>Les États Membres communiquent au Directeur régional, quinze jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité, les noms de leurs représentants ainsi que ceux de tous les suppléants et conseillers. De même, les organisations visées à l'article 2 invitées à se faire représenter à la session, communiquent les noms des personnes qui les représenteront.</p> <p>Les pouvoirs des représentants et les noms des suppléants, conseillers et observateurs sont remis au Directeur régional si possible deux jours au moins avant l'ouverture de la session du Comité régional.</p>	<p>Les États Membres communiquent au Directeur régional, quinze jours au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité, les noms de leurs représentants ainsi que ceux de tous les suppléants et conseillers. De même, les organisations [et États] visés à l'article 2 invitées à se faire représenter à la session, communiquent les noms des personnes qui les représenteront.</p> <p>Les pouvoirs des représentants et les noms des suppléants, conseillers et observateurs sont remis au Directeur régional si possible deux jours au moins avant l'ouverture de la session du Comité régional. Ces pouvoirs seront préparés par le Chef d'État ou de Gouvernement, le Ministre</p>

	<p>des Affaires étrangères, le Ministre de la Santé ou toute autre autorité compétente équivalente.</p> <p>Les membres du Bureau du Comité régional examinent les pouvoirs des représentants et font rapport au Comité régional à ce sujet. Tout représentant à l'admission duquel un membre fait objection siège provisoirement avec les mêmes droits que les autres représentants jusqu'à ce que les membres du Bureau aient présenté leur rapport et que le Comité régional ait statué.</p>
<p>X. CONDUITE DES DÉBATS</p>	
<p>Article 37. Propositions multiples</p>	
<p>Lorsque deux ou plusieurs propositions sont en présence, le Comité vote d'abord sur la proposition que le président estime s'éloigner le plus, quant au fond, de la proposition présentée la première. Il vote ensuite sur la proposition qui, après celle-ci, s'éloigne le plus de ladite proposition, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les propositions aient été mises aux voix, à moins que l'un des votes déjà acquis ne rende inutile tout autre scrutin sur la ou les propositions encore pendantes.</p>	<p>Sauf décision contraire, lorsque deux ou plusieurs propositions sont en présence, le Comité d'abord sur la proposition que le président estime s'éloigner le plus, quant au fond, de la proposition présentée la première. Il vote ensuite sur la proposition qui, après celle-ci, s'éloigne le plus de ladite proposition, et ainsi de suite jusqu'à ce que toutes les propositions aient été mises aux voix, vote sur les propositions selon l'ordre dans lequel elles ont été communiquées aux États Membres, à moins que l'un des votes déjà acquis ne rende inutile tout autre scrutin sur la ou les propositions encore pendantes.</p>
<p>XI. ÉLECTIONS</p>	
<p>Article 48. Élections</p>	
<p>Toutes les élections ont lieu au scrutin secret. Toutefois, sauf en ce qui concerne la désignation du Directeur régional, une élection peut avoir lieu à main levée ou par acclamation, à condition qu'il n'y ait qu'un seul candidat par poste à pourvoir, et qu'aucun représentant ne le demande autrement. Lorsqu'un vote est nécessaire, deux scrutateurs choisis par le Président parmi les représentants participent au dépouillement du scrutin. Seuls les bulletins sur lesquels figurent autant de noms qu'il y a de personnes à élire sont considérés comme valables. Conformément à l'article 47, la désignation du Directeur régional se fait au scrutin secret.</p>	<p>Toutes Les élections ont normalement lieu au scrutin secret. Toutefois, sauf en ce qui concerne la désignation du Directeur régional, une élection peut avoir lieu à main levée ou par acclamation, à condition qu'il n'y ait qu'un seul candidat par poste à pourvoir, et qu'aucun représentant ne le demande autrement si le nombre de candidats aux postes électifs n'excède pas le nombre de postes à pourvoir, aucun scrutin ne sera nécessaire et ces candidats seront déclarés élus. Lorsqu'un vote est nécessaire, deux scrutateurs choisis par le Président parmi les représentants participent au dépouillement du scrutin. Seuls les bulletins sur lesquels figurent autant de noms qu'il y a de personnes à élire sont considérés comme valables. Conformément aux dispositions du Règlement intérieur, la</p>

	désignation du Directeur régional se fait au scrutin secret.
Article 51. Désignation du Directeur régional	
<p>a) Six mois au moins avant la date fixée pour l'ouverture d'une session du Comité au cours de laquelle doit être désigné la Directeur régional, le Directeur général informe chaque État Membre de la Région qu'il recevra les noms des personnes proposées en vue de la désignation au poste de Directeur régional par le Comité.</p> <p>b) Tout État Membre de la Région peut proposer pour le poste de Directeur régional une ou plusieurs personnes, citoyens d'un État Membre de la Région, qui ont exprimé leur souhait de servir en qualité de Directeur régional et dont il communique le curriculum vitae. Ces propositions sont adressées au Directeur général de façon à lui parvenir douze semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session.</p> <p>c) La personne exerçant les fonctions de Directeur régional est candidate au poste sans être proposée selon les dispositions du paragraphe précédent, si elle a fait connaître au Directeur général son souhait d'être désignée.</p> <p>d) Dix semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité, le Directeur général fait parvenir à chacun des États Membres un exemplaire de toutes les propositions soumises en vue de la désignation du Directeur régional qu'il a reçues dans leurs délais spéciaux (avec le curriculum vitae des intéressés). Le Directeur général fait aussi savoir à chacun des États Membres si la personne en fonction est candidate au poste ou non.</p> <p>e) Si le Directeur général n'a reçu aucune proposition suffisamment à temps pour la transmettre aux États Membres conformément aux dispositions du présent article, ils en sont informés dix semaines au moins avant l'ouverture de la session du Comité. Le Comité établit lui-même une lettre des candidats, comprenant les noms des personnes proposées secrètement par les représentants présents et habilités à voter.</p>	<p>a) Six mois au moins avant la date fixée pour l'ouverture d'une session du Comité au cours de laquelle doit être désigné la Directeur régional, le Directeur général informe chaque État Membre de la Région qu'il ou elle recevra les noms des personnes proposées en vue de la désignation au poste de Directeur régional par le Comité.</p> <p>b) Tout État Membre de la Région peut proposer pour le poste de Directeur régional une ou plusieurs personnes, citoyens d'un État Membre de la Région, qui ont exprimé leur souhait de servir en qualité de Directeur régional et dont il communique le curriculum vitae. Ces propositions sont adressées au Directeur général de façon à lui parvenir douze semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session.</p> <p>c) la personne exerçant les fonctions de Directeur régional est candidate au poste sans être proposée selon les dispositions du paragraphe précédent, si elle a fait connaître au Directeur général son souhait d'être désignée.</p> <p>d) Dix semaines au moins avant la date fixée pour l'ouverture de la session du Comité, le Directeur général fait parvenir à chacun des États Membres un exemplaire de toutes les propositions soumises en vue de la désignation du Directeur régional qu'il a reçues dans leurs délais spéciaux (avec le curriculum vitae des intéressés). Le Directeur général fait aussi savoir à chacun des États Membres si la personne en fonction est candidate au poste ou non.</p> <p>e) Si le Directeur général n'a reçu aucune proposition suffisamment à temps pour la transmettre aux États Membres conformément aux dispositions du présent article, ils en sont informés dix semaines au moins avant l'ouverture de la session du Comité. Le Comité établit lui-même une lettre des candidats, comprenant les noms des personnes proposées secrètement par les représentants présents et habilités à voter.</p>

<p>f) La procédure définie dans la seconde phrase du paragraphe e) ci-dessus, s'applique également en cas de vacance du poste de Directeur régional durant la période de six mois fixée au paragraphe a) du présent article</p> <p>g) La désignation du Directeur régional a lieu au cours d'une séance privée du Comité. Le Comité effectue une élection parmi les personnes dont la candidature est soumise conformément au présent article. La désignation du Directeur régional se fait au scrutin secret.</p>	<p>f) La procédure définie dans la seconde phrase du paragraphe e) ci-dessus, s'applique également en cas de vacance du poste de Directeur régional durant la période de six mois fixée au paragraphe a) du présent article</p> <p>f) En cas d'incapacité du Directeur à remplir ses fonctions de son poste ou si son poste devient vacant avant l'arrivée à terme de son mandat, le Comité désignera une autre personne au poste de Directeur à sa prochaine session, à condition que les autres dispositions de cet article soient respectées. Si les autres dispositions de cet article ne peuvent être satisfaites, le Comité prendra sa décision lors de sa prochaine session en vue de désigner une personne et de soumettre son nom au Conseil exécutif le plus tôt possible.</p> <p>f bis) Si le Directeur général reçoit plus de cinq propositions au cours de la période mentionnée au paragraphe b) du présent article, le Comité devra dresser une liste restreinte de cinq candidats lors d'une séance privée, au début de sa session. À cet égard, le Comité procédera à un scrutin secret. Les cinq candidats ayant obtenu le plus grand nombre de voix constitueront la liste restreinte. En cas d'égalité de voix entre deux candidats et que le nombre de candidats identifiés pour figurer sur la liste restreinte est ainsi supérieur à cinq, d'autres scrutins seront organisés entre les candidats ayant un nombre égal de voix et à l'issue desquels les candidats ayant reçu le plus grand nombre de voix compléteront la place ou les places restantes sur la liste restreinte.</p> <p>f ter) La personne proposée conformément au paragraphe b) du présent article, ou – si le paragraphe f bis) est applicable – les personnes figurant sur la liste restreinte devront passer une entrevue avec le Comité dès que possible lors d'une séance privée. L'entrevue consistera en un exposé effectué par chaque candidat et comprendra les réponses aux questions posées par les membres. Le Comité déterminera, le cas échéant, les modalités des entrevues.</p> <p>g) La désignation du Directeur régional a lieu au cours d'une séance privée du Comité. Le Comité effectue une élection parmi les personnes dont la candidature est soumise conformément au présent article. La désignation du Directeur régional se fait au scrutin secret.</p>
--	--

<p>h) Chacun des représentants habilités à voter inscrit sur son bulletin de vote le nom d'un seul candidat choisi parmi ceux figurant sur la liste susmentionnée. Si aucun candidat n'obtient la majorité requise, le candidat qui recueille le plus petit nombre de voix est éliminé à chaque tour de scrutin. Lorsque le nombre de candidats en présence est ramené à deux, il ne peut y avoir que trois tours de scrutin. Dans l'éventualité où ces deux candidats resteraient à égalité de voix après le troisième tour de scrutin, la procédure établie par le présent article sera reprise.</p> <p>i) le nom de la personne ainsi désignée est soumis au Conseil exécutif.</p>	<p>h) Chacun des représentants habilités à voter inscrit sur son bulletin de vote le nom d'un seul candidat choisi parmi ceux figurant sur la liste susmentionnée. Si aucun candidat n'obtient la majorité requise, le candidat qui recueille le plus petit nombre de voix est éliminé à chaque tour de scrutin. Lorsque le nombre de candidats en présence est ramené à deux, il ne peut y avoir que trois tours de scrutin. Dans l'éventualité où ces deux candidats resteraient à égalité de voix après le troisième tour de scrutin, la procédure établie par le présent article sera reprise.</p> <p>i) le nom de la personne ainsi désignée est soumis au Conseil exécutif.</p>
---	---

2 - Critères souhaités pour l'évaluation des candidats au poste de Directeur régional

1. Avoir une solide formation technique et en santé publique et une vaste expérience de l'action sanitaire internationale ;
2. Posséder des compétences de gestion administrative ;
3. Avoir fait ses preuves dans un poste de direction de santé publique ;
4. Être sensible aux différences culturelles, sociales et politiques ;
5. Être profondément attaché à l'action de l'OMS ;
6. Être physiquement apte à exercer ses fonctions comme tout autre membre du personnel de l'Organisation.

