



Présentation du rapport annuel

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, 1^{er} – 4 octobre 2012

Excellences, Madame le Directeur général, Mesdames et Messieurs,

J'ai le plaisir de vous présenter le rapport annuel sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale pour 2011. Il s'agira d'un exposé succinct qui ne couvrira pas toutes les sphères d'activité que nous avons abordées au cours de ces 12 à 18 derniers mois. Je me concentrerai plutôt sur l'évolution stratégique et sur les orientations pour l'avenir.

Examinons d'abord **la santé maternelle, infanto-juvénile et génésique et la nutrition**

Comme vous le savez tous, nous sommes une Région jeune. Quelque 12 % de la population est âgée de moins de cinq ans, tandis que 20 % sont des femmes en âge de procréer. Entre 1990 et 2010, cette Région a connu une baisse de 32 % de la mortalité des moins de cinq ans et une diminution de 42 % de la mortalité maternelle.

Il a été notifié que ces dix dernières années, la prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (connue sous le sigle de PCIME) a été mise en œuvre dans quelque 70 % des établissements de soins de santé primaires de 13 pays. Cinq de ces pays sont sur la bonne voie pour une mise en œuvre de la PCIME dans tous les établissements de ce type. Toutefois, la couverture en matière d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité reste peu étendue au niveau des communautés locales. On estime que la malnutrition est directement ou indirectement responsable d'un tiers des décès chez les enfants de moins de cinq ans. En ce qui concerne les soins maternels, les rapports des pays indiquent que la couverture régionale

en matière de soins de santé qualifiés a atteint respectivement 70 % pendant la grossesse et 60 % pour l'accouchement. Toutefois, 31 % seulement des femmes mariées utilisent des contraceptifs modernes pour espacer leurs grossesses.

Beaucoup de facteurs expliquent la couverture limitée en matière d'interventions fondées sur des bases factuelles pour la mère et l'enfant. Les pays et l'OMS doivent en faire plus pour permettre ces interventions. Nous avons commencé à intensifier notre travail dans ce domaine. Pour commencer, nous nous préparons à une réunion de haut niveau qui se tiendra en janvier prochain pour débattre et convenir de la manière dont nous pouvons, ensemble, surmonter les obstacles entravant le progrès en matière de santé maternelle et infantile, afin d'assurer un changement positif pour les mères et les enfants.

Mesdames et Messieurs,

Éradiquer la poliomyélite est une aspiration mondiale qui a déjà amené beaucoup d'améliorations pour la vie des enfants. Au cours de l'année écoulée, il y a eu des progrès importants, puisque la situation s'est maintenue dans les 21 pays exempts de poliomyélite. Néanmoins, comme je l'ai indiqué dans mon discours d'ouverture, des défis et des risques considérables subsistent dans certains de ces pays, et la poliomyélite reste endémique en Afghanistan et au Pakistan.

La mise en œuvre, par le gouvernement pakistanais, d'un plan national étoffé pour les interventions d'urgence a été une évolution très positive en 2011. Toutefois, le poliovirus sauvage circule encore dans certaines zones, et celles-ci représentent un risque permanent. L'Afghanistan a également élaboré un plan national d'intervention d'urgence cette année et, parallèlement à un récent examen indépendant de son programme pour la poliomyélite, a défini une feuille de route pour combler les lacunes existantes en vue d'interrompre la transmission dans la partie sud du pays.

Nous suivons de près la situation. Dans certains pays de la Région, les événements récents ont accru le risque de voir circuler le poliovirus, s'il devait être introduit. En mai dernier, l'éradication de la poliomyélite a été déclarée urgence programmatique pour la santé publique mondiale par l'Assemblée mondiale de la Santé et, suite à cette déclaration, j'ai activé les procédures opérationnelles d'urgence dans la Région. Tout en étant optimiste quant à la capacité de la Région à surmonter ces défis, je sais que cela ne sera possible que moyennant un travail acharné et un appui régional. À ce propos, je voudrais remercier tous les donateurs

internationaux pour leur généreux soutien et leur dévouement, et j'espère vivement une participation régionale plus active. Nous ne devons pas abandonner les pays touchés et laisser notre Région être l'obstacle qui empêche l'éradication mondiale de la poliomyélite.

La vaccination est évidemment un élément crucial pour la survie des enfants de moins de cinq ans. En dépit de la situation qu'a connue la Région en 2011, des progrès considérables ont été réalisés pour la couverture par le vaccin contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche (DTC) et par des vaccins nouvellement introduits, ainsi que pour la baisse de la mortalité rougeoleuse.

La couverture par la vaccination systématique au moyen de la troisième dose du DTC a dépassé les 88 % en 2011, ce qui représente seulement 3 % de moins que la couverture atteinte en 2010. Le niveau de couverture systématique ambitionné pour le DTC3, à savoir 90 %, est toujours atteint dans 16 pays, avec une amélioration significative en Somalie et au Soudan du Sud. Mais malgré des progrès notables, les autres pays doivent en faire plus pour atteindre cet objectif.

Les cas déclarés de rougeole ont diminué de 88 % entre 1998 et 2010, et 9 pays sont près de valider l'élimination de cette maladie. Cependant, plusieurs pays, dont certains de ceux qui ont signalé des taux élevés de vaccination, ont connu une résurgence de la rougeole en 2011, et il y a des lacunes importantes, même dans les pays à revenu élevé. Des évaluations de programmes réalisées en 2011 ont révélé qu'il faut des améliorations dans ces pays, au niveau de la mise en œuvre des programmes en temps utile, de la qualité des activités de vaccination supplémentaires, et de l'exactitude des systèmes de notification de données.

Si nous voulons atteindre le but fixé dans le cadre de l'objectif du Millénaire pour le développement n° 4, il est essentiel d'introduire de nouveaux vaccins pour combattre *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae* et les rotavirus. Jusqu'à présent, 19 pays ont introduit le vaccin contre les infections à *Haemophilus influenzae* de type b, 11 pays ont introduit le vaccin contre les pneumocoques et 6 pays ont introduit le vaccin contre les rotavirus. La majorité des pays qui n'ont pas encore introduit ces vaccins importants sont des pays à revenu intermédiaire, qui ne sont ni éligibles pour le soutien de la GAVI, ni en mesure de mobiliser les ressources financières nécessaires. Inutile de dire qu'il s'agit d'un défi à relever pour nous. Et pour remédier à cette disparité, le Bureau régional collabore avec des partenaires afin de trouver des solutions concrètes, notamment par la mise en place d'un

mécanisme régional pour l'achat groupé de vaccins. Pour réussir, cependant, cette initiative nécessite une très grande détermination et l'engagement de tous les pays participants. Une réunion spéciale aura lieu plus tard dans l'après-midi pour vous informer des progrès réalisés en vue d'établir ce mécanisme. Je compte sur votre soutien.

Permettez-moi maintenant d'évoquer une autre priorité stratégique, celle des **maladies non transmissibles**.

L'adoption, en 2011, de la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles par l'Assemblée générale des Nations Unies a été une étape importante pour nous tous. Le Bureau régional a participé à l'initiative « une seule OMS » afin de traduire en actes les engagements de l'Organisation des Nations Unies grâce à l'élaboration, à l'échelle mondiale, d'objectifs et d'indicateurs pour le suivi, ainsi que grâce à la révision du plan d'action mondial 2013-2020 et à la préparation d'un plan de travail pour l'OMS. Les partenariats et la collaboration avec les agences et organisations régionales et internationales devront être renforcés au fur et à mesure que nous durcirons notre réaction contre l'épidémie montante à laquelle nous faisons face.

Le Bureau régional a organisé plusieurs activités visant à aider les pays à lutter contre le tabagisme et à promouvoir une alimentation saine dans la Région. Nous avons réussi à soutenir les activités de formation aux aspects des maladies non transmissibles relevant de la santé publique, en nous concentrant sur les administrateurs de programme nationaux, mais les capacités des ministères de la Santé dans ce domaine restent très inadaptées, surtout en ce qui concerne l'élaboration et l'évaluation de stratégies et de programmes. Dans une Région où les facteurs de risque prennent de l'ampleur, l'OMS et les États Membres doivent en faire beaucoup plus pour promouvoir les modes de vie sains, notamment en matière d'alimentation et d'activité physique.

La lutte antitabac est l'une des interventions qui présentent le meilleur rapport coût-efficacité pour la prévention des maladies non transmissibles. La plupart des pays de la Région ont ratifié la Convention-cadre pour la lutte antitabac, et plusieurs pays ont adopté une nouvelle législation. Les pays membres du Conseil de coopération du Golfe, notamment, ont adopté une législation unifiée sur les mises en garde illustrées. Je dois vraiment saluer la détermination des autorités libanaises, qui ont résisté à la contre-attaque agressive de l'industrie du tabac en réaction à la mise en œuvre de leur législation.

Toutefois, je dois aussi exhorter les pays qui n'ont pas ratifié cette Convention à prendre des mesures sans attendre. Pourquoi un pays devrait-il accepter d'être l'un des rares au monde à ne pas avoir ratifié cette Convention ? Et, comme je l'ai fait remarquer dans mon discours d'ouverture, la Région dans son ensemble a été lente à mettre en œuvre les mesures requises par la Convention. À l'heure où l'Australie a réalisé une avancée majeure grâce à la mise en œuvre d'une politique prévoyant des emballages neutres, notre Région a du mal à appliquer les mesures stratégiques élémentaires : mises en garde illustrées, interdiction de la publicité et de la promotion du tabac, interdiction de fumer dans les lieux publics, augmentation des prix et traitement de la dépendance vis-à-vis du tabac.

En ce qui concerne la salubrité de l'environnement, le Bureau régional a aidé les États Membres sur plusieurs plans, notamment pour l'élaboration de profils nationaux en matière de sécurité chimique et pour l'actualisation de la législation, mais il est possible d'en faire beaucoup plus pour la promotion de la collaboration intersectorielle. Un projet de stratégie régionale en matière de salubrité de l'environnement a été élaboré en 2011. Ce projet a récemment été revu, et le comité consultatif en matière d'hygiène de l'environnement est actuellement remis sur pied pour remédier aux lacunes du projet actuel et le parachever pour présentation au Comité régional.

Mesdames et Messieurs,

Même si certains travaux sont en cours, la plupart des pays n'accordent pas suffisamment d'attention à la santé mentale et aux toxicomanies. Selon nos estimations, dans de nombreux pays, plus des trois quarts des personnes souffrant de graves troubles de santé mentale n'ont accès à aucun traitement de base. L'année dernière, vous avez approuvé une stratégie régionale pour la santé mentale et les toxicomanies, visant à remédier aux lacunes en matière de traitement dans la Région en déployant des services intégrés de santé mentale au sein des collectivités locales. Nous devons, avec les États Membres, assurer un suivi rigoureux des progrès accomplis pour combler ces graves carences et élaborer, puis mettre en œuvre des plans nationaux.

Les traumatismes et la violence représentent près de 11 % des décès dans la Région, la cause principale de ces traumatismes étant les accidents de la circulation, surtout chez les jeunes. La prévention des traumatismes, en particulier la sécurité routière et les soins de traumatologie, est une priorité pour l'OMS dans la Région, et doit l'être pour vous aussi, en

tant que ministres de la Santé. La plupart des pays ont participé à l'enquête menée pour le deuxième rapport sur la sécurité routière dans le monde, qui fournira des données de référence pour aider les pays à cerner leurs lacunes et à planifier des réactions appropriées. Un cadre stratégique pour la prévention des traumatismes chez l'enfant et l'adolescent a été élaboré afin de faciliter la planification au niveau national. Néanmoins, sans vouloir minimiser l'importance des efforts consentis à l'échelle mondiale et régionale, ce sont les travaux réalisés dans chaque pays qui font toute la différence. Malheureusement, il y a eu des cas récents où le soutien des donateurs a été perdu en raison d'une mise en œuvre inadéquate au niveau des pays.

En ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé, l'OMS a continué à fournir un appui technique aux pays en vue de l'application de l'outil d'évaluation et d'intervention pour l'équité en santé en milieu urbain (aussi appelé Urban HEART) dans le but de lutter contre le manque d'équité en santé. L'OMS aide également les États Membres à élaborer leurs propres plans nationaux de mise en œuvre de la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé.

Mesdames et Messieurs,

Il y a une troisième priorité stratégique pour la Région, à savoir les tâches qu'il nous reste à accomplir dans le domaine des **maladies transmissibles**. J'ai déjà mentionné qu'il est important de maintenir des taux élevés de vaccination, d'introduire de nouveaux vaccins et d'éradiquer complètement la poliomyélite, autant d'aspects capitaux pour la survie des enfants.

Les maladies émergentes et réémergentes posent toujours de graves menaces pour la sécurité sanitaire régionale. Les infections humaines par le virus de la grippe aviaire A (H5N1) restent une menace persistante pour la santé publique en Égypte, et ont un impact significatif sur les moyens de subsistance et l'économie du pays. L'expansion géographique de la dengue et du chikungunya se poursuit sans aucun signe de faiblesse ; davantage de pays ont signalé des flambées épidémiques et une transmission accrue des cas endémiques.

Cependant, il y a eu des réalisations remarquables en réaction aux flambées épidémiques qui menaçaient la sécurité de la santé publique en 2011. La capacité des pays à détecter, à évaluer et à notifier des événements importants pour la santé publique a été renforcée, tandis qu'un nouveau programme de collaboration quinquennal, fortement axé sur l'amélioration de

la surveillance, a été lancé pour la grippe. Dans mon discours d'ouverture, j'ai évoqué l'importance d'une application du Règlement sanitaire international (2005), qui est aussi à l'ordre du jour de cette session. En ce qui concerne la mise en place des capacités nécessaires pour mettre en œuvre ce Règlement, le niveau atteint par chaque pays est très variable. L'OMS collaborera étroitement avec vous pour renforcer ces capacités, afin de respecter l'échéance de 2014.

Mesdames et Messieurs,

En ce qui concerne les maladies tropicales négligées présentes dans la Région, je suis heureux de vous annoncer que les cas d'infestation par le ver de Guinée sont en recul constant au Soudan du Sud. La schistosomiase, la filariose lymphatique, l'onchocercose et la lèpre sont en transition entre le stade de la lutte contre la morbidité et celui de l'élimination de la transmission et, pour l'essentiel, ne restent endémiques qu'au Soudan du Sud et dans certaines zones du Soudan et du Yémen. Bien que ces réalisations de notre Région soient louables, je tiens à souligner que la phase la plus difficile reste à venir, puisque nous devons maintenant vérifier et certifier l'interruption de la transmission. Cela exigera un engagement politique fort et à long terme vis-à-vis de ces programmes. Le même degré d'engagement politique est nécessaire pour permettre de juguler durablement la leishmaniose viscérale et la trypanosomiase humaine africaine, qui sont combattues principalement en détectant et en soignant les cas.

Permettez-moi d'aborder maintenant le thème du VIH, de la tuberculose et du paludisme, ciblés par l'objectif du Millénaire pour le développement n° 6. Comme je l'ai indiqué dans mon discours de ce matin, cette Région enregistre 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. Les efforts consentis dans la Région pour lutter contre le VIH sont contrecarrés par le fait que cette épidémie est alimentée par des comportements à haut risque, pratiqués par des groupes de population qui sont souvent marginalisés et stigmatisés. Les démarches axées sur la prévention et le dépistage du VIH sont sous-financées et mal adaptées aux besoins de ces groupes de population.

En 2011, le Bureau régional s'est surtout attaché à fournir un appui technique aux pays ayant la charge de morbidité la plus lourde et les besoins les plus criants sur le plan thérapeutique, afin de mettre au point des modes de prestation de services qui puissent

assurer un continuum de soins aux personnes vivant avec le VIH. Il a également investi dans le renforcement des capacités nationales de surveillance grâce à l'élaboration de matériel pédagogique régional et grâce au foyer de connaissances régional sur la surveillance situé à Kerman, en République islamique d'Iran, ainsi que grâce à un groupe d'experts régional. En 2011, 10 pays disposaient d'informations actualisées sur la prévalence du VIH au sein des populations les plus exposées aux risques.

En ce qui concerne la tuberculose, seuls quatorze pays ont atteint l'objectif mondial d'au moins 70 % de cas détectés. Mais 17 pays ont désormais élaboré ou mis à jour leurs plans stratégiques nationaux pour 2011-2015, abordant ainsi toutes les composantes de la stratégie Halte à la tuberculose. Afin d'améliorer les taux de détection des cas, les réseaux de laboratoires spécialisés pour la tuberculose et la collaboration intersectorielle doivent être renforcés. Onze pays ont atteint un taux de réussite 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.

Pour le paludisme, les pays ayant des objectifs d'élimination ont bien progressé. L'OMS a certifié les Émirats arabes unis exempts de paludisme en 2007, et le Maroc en 2010. L'Iraq a signalé ses quatre derniers cas en 2008. L'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran enregistrent également des succès en ce qui concerne la mise en œuvre des programmes d'élimination. En dépit de ces réussites, il reste très difficile de mesurer la charge réelle de morbidité et de mortalité due au paludisme dans les sept pays fortement touchés par cette maladie. Cela est dû à l'absence d'infrastructures pour le diagnostic du paludisme, qui permettraient de confirmer les cas de paludisme en présence de fièvre suspecte, et à la nécessité de renforcer la surveillance, le suivi et l'évaluation du paludisme. La distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide dans ces pays s'intensifie progressivement grâce aux moyens fournis par le Fonds mondial. Toutefois, la couverture reste nettement en-deçà de l'objectif de 80 %. De même, bien que ce soit le traitement le plus efficace qui ait été adopté dans tous les pays endémiques, l'accès à cette thérapie est encore restreint.

Mesdames et Messieurs,

La quatrième priorité stratégique pour la Région est la **préparation et les interventions en cas d'urgence**. Près de 37 millions de personnes localisées dans 13 pays de la Région sont actuellement touchées par des situations d'urgence prolongées en raison de la faiblesse des

systèmes de gestion des urgences sanitaires, du manque d'accès aux ressources et de crises en cours. Pour remédier à cette situation, un certain nombre de stratégies suivies de mesures sont nécessaires afin de permettre aux États Membres de renforcer et de maintenir, à tous les niveaux, des capacités de préparation et d'intervention en cas d'urgence. Toutefois, les outils nécessaires pour y parvenir requièrent une volonté politique bien affirmée, un effort important et soutenu de la part des États Membres eux-mêmes et un mécanisme de soutien systématique et bien structuré de la part du Bureau régional.

En dépit du fait que nos appels à l'aide ne débouchent pas sur un financement intégral, l'Organisation a apporté un soutien coordonné aux États Membres confrontés à une crise majeure. Sans entrer dans les détails, l'appui fourni aux autorités et services sanitaires d'Égypte, de Libye, de Tunisie et du Yémen au cours de l'année écoulée a été apprécié tant par les pays bénéficiaires que par la communauté internationale.

Cependant, il est important de souligner encore une fois le fait que cette Région reste très dépendante de l'aide étrangère pour les ressources tant humaines que financières. Comme je m'y suis engagé auprès de vous, j'ai l'intention de travailler en étroite collaboration avec les pays de la Région afin de changer cette situation qui est inacceptable d'un point de vue politique, stratégique et programmatique.

Mesdames et Messieurs,

Notre cinquième priorité stratégique est le **renforcement des systèmes de santé**. C'est une question essentielle qui concerne tous les défis en matière de santé que la Région doit relever. Les États Membres comme l'OMS doivent faire davantage, en particulier pour susciter un engagement politique de haut niveau en faveur de la couverture de santé universelle.

En 2011, le Bureau régional a apporté son soutien à des activités d'élaboration des politiques dans deux pays, et mis à jour les profils des systèmes de santé de neuf pays. Quatre pays ont achevé l'élaboration de leurs comptes nationaux de la santé, la République islamique d'Iran publiant des séries chronologiques sur sept ans pour les dépenses de santé nationales. Le Bureau régional a continué à apporter un soutien technique aux pays dans leurs demandes de subventions auprès des initiatives mondiales en matière de santé telles que l'Alliance GAVI et le Fonds mondial, à l'appui du renforcement des systèmes de santé.

En ce qui concerne la prestation des soins de santé, des ensembles de mesures essentielles ont été mis au point et actualisés dans plusieurs pays. L'initiative OMS pour la sécurité des patients à l'hôpital a été étendue à 14 pays.

Dans le domaine des technologies de la santé, 10 pays participent désormais au programme de bonne gouvernance dans le domaine pharmaceutique, tandis que dans le domaine du renforcement du personnel de santé, cinq pays ont amélioré les ressources humaines destinées aux laboratoires de santé pour produire des informations et des bases factuelles de meilleure qualité. La stratégie régionale pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux 2012-2020 a été mise au point au cours de la huitième réunion du groupe consultatif régional, pour résoudre les problèmes dans le domaine des soins infirmiers et réagir aux enseignements tirés au cours de la dernière décennie.

Dans le cadre du programme des bourses d'études, 218 bourses ont été accordées, la majorité des titulaires étant placés dans la Région. Le programme fait actuellement l'objet d'un réexamen afin d'être plus efficace dans le soutien apporté aux États Membres.

Une question essentielle pour le Bureau régional dans le cadre du soutien de vos systèmes d'information sanitaire est celle de la rationalisation de la diffusion des données et des statistiques. Récemment, nous avons lancé un observatoire sanitaire régional, qui comprend des indicateurs couvrant les principaux programmes techniques. Nous avons également lancé un projet visant à renforcer de manière significative le soutien de l'OMS à l'enregistrement des faits et des statistiques d'état civil, moyennant de nouveaux partenariats avec le Réseau de métrologie sanitaire et les commissions sociales et économiques des Nations Unies.

En dernier lieu, je mentionnerai un important projet en matière de gestion des connaissances qui est arrivé à maturité en juin cette année : le lancement d'un nouveau site Web dynamique pour le Bureau régional. J'espère que vous prendrez tous le temps d'explorer ce site et de nous faire part de vos observations, et de consulter effectivement les pages Web du Comité régional au fur et à mesure de l'avancée de nos travaux cette semaine.

Mesdames et Messieurs, Excellences,

J'espère sincèrement que l'analyse et les propositions présentées dans le document technique sur les systèmes de santé, dont nous discuterons demain, nous guideront pour résoudre les problèmes qui font obstacle au renforcement des systèmes de santé, et serviront de feuille de route à l'OMS dans son soutien aux États Membres. C'est l'un des aspects les plus essentiels de la collaboration de l'OMS dans la Région.

Je vous remercie de votre attention.