



Faire progresser la couverture sanitaire universelle

Résumé d'orientation

1. La couverture sanitaire universelle (CSU) signifie que tous les individus et toutes les communautés peuvent avoir recours aux services de santé dont ils ont besoin, d'une qualité suffisante pour être efficaces, sans être exposés à des difficultés financières. De multiples engagements mondiaux et régionaux, notamment le Programme de développement durable à l'horizon 2030 et le treizième Programme général de travail (PGT 13) de l'Organisation mondiale de la Santé pour la période 2019-2023 définissent la CSU comme une priorité absolue. Le présent document propose d'analyser la situation actuelle concernant la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de l'OMS pour la Méditerranée orientale et de montrer la progression potentielle sur la voie de la couverture sanitaire universelle en se basant sur l'impact projeté des actions politiques et des recommandations de l'OMS.
2. La couverture sanitaire actuelle de la Région est analysée à l'aide de deux outils – le cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de la Méditerranée orientale et l'indice de couverture des services de la CSU. De nombreux obstacles à la progression en vue de la CSU ont été identifiés. Selon les estimations, 53 % de la population de la Région a accès aux services de santé de base – un chiffre inférieur aux 64 % de la couverture mondiale (pondérée par la population). Cependant, certaines projections montrent que la couverture régionale pondérée par la population pourrait atteindre 60 % à l'horizon 2023 à condition que les recommandations de l'OMS soient mises en œuvre. Ceci laisse penser que la Région est bien placée pour réaliser sa part proportionnelle par rapport à la cible mondiale du treizième programme général de travail, à savoir qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient de la CSU d'ici 2023.
3. Sur la base de cette analyse, certaines actions clés sont recommandées en vue d'aider les pays à avancer sur la voie de la CSU. Dans les pays les plus riches de la Région, la promotion de la CSU sera principalement réalisée à travers la prise en charge des maladies non transmissibles et la réduction de leur prévalence ; tandis que, dans les pays à revenu intermédiaire, la fourniture d'une meilleure protection financière pour l'utilisation des services de santé associée au maintien ou à l'élargissement des ensembles essentiels de services de santé constitue la clé de la réussite dans les prochaines années. Les pays à faible revenu doivent accorder la priorité à la création de ressources destinées aux soins de santé et renforcer la disponibilité et l'accessibilité des services de santé, tout en s'attaquant aux priorités principales concernant la prestation de soins pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ainsi que pour les maladies transmissibles prioritaires. Toutefois, l'ensemble des pays de la Région bénéficieraient de l'élargissement et de l'amélioration des services de soins de santé primaires ainsi que du renforcement des services de santé publique. Il est également crucial de définir une série d'interventions dans le cadre d'un ensemble de prestations prioritaires pour la couverture sanitaire universelle, et de garantir une couverture efficace et équitable pour tous les groupes de population.

Introduction

4. En mai 2018, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le treizième programme général de travail (PGT 13) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la période 2019-2023 (1). Élaboré à l'issue d'un large processus de consultation, ce programme guidera l'action de l'Organisation au minimum au cours des cinq prochaines années. Trois priorités stratégiques interconnectées et des objectifs ambitieux liés au Programme de développement durable à l'horizon 2030 y sont identifiés. Ces priorités stratégiques et ces objectifs illustrent le changement progressif qui doit être opéré dans le secteur de la santé publique au niveau mondial d'ici 2023 pour maintenir les acquis obtenus dans le cadre des objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé.

5. Le présent document fait partie d'un ensemble de documents destinés à encourager les discussions lors de la soixante-cinquième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur mesures qui doivent être prises pour mettre en œuvre le treizième programme général de travail dans la Région. Il met l'accent sur la priorité stratégique visant à réaliser la couverture sanitaire universelle (CSU) et son objectif associé : veiller à ce qu'un milliard de personnes supplémentaires bénéficient de la couverture sanitaire universelle.
6. La couverture sanitaire universelle signifie que tous les individus et toutes les communautés peuvent avoir recours à des services de promotion de la santé ainsi qu'à des services préventifs, curatifs, palliatifs et de réadaptation adaptés à leurs besoins, d'une qualité suffisante pour être efficaces, tout en veillant à ce que le recours à ces prestations ne les expose pas à des difficultés financières. La couverture sanitaire universelle (CSU) recouvre les objectifs de développement durables (ODD) liés à la santé et a un impact sur de nombreuses autres cibles des ODD. L'essence de la CSU réside dans des systèmes de santé solides et résilients centrés sur la personne. Avancer progressivement sur la voie de la CSU est un choix politique qui comporte des avantages sociaux et économiques importants.
7. La CSU comporte trois dimensions : couverture de la population, couverture des services et protection financière. D'importants progrès ont été réalisés dans l'élaboration de méthodes permettant de la mesurer mais des lacunes subsistent. Actuellement, la mesure de la CSU est axée sur deux indicateurs des ODD, à savoir : l'indicateur 3.8.1¹ sur la couverture des services et l'indicateur 3.8.2² sur la protection financière (1). Pour suivre l'indicateur 3.8.1, un « indice de la couverture des services de la CSU » a récemment été mis au point afin de rendre compte de la couverture des services de santé individuels et dans la population, y compris certains aspects propres aux systèmes de santé. L'indicateur 3.8.2 évalue les répercussions financières négatives des paiements directs pour les individus, il s'agit d'un concept utilisé sous différentes formes depuis 2000. Les trois différentes dimensions de la CSU interagissent et s'influencent réciproquement ; à titre d'exemple, l'amélioration de l'accès aux services de santé – ou de leur qualité – est susceptible d'augmenter les difficultés financières si elles ne sont pas explicitement couvertes par des dispositions de protection financière.
8. De nombreux engagements mondiaux et régionaux définissent la CSU comme une priorité absolue (2,3,4). Les États Membres ont donc réorienté leurs politiques et leurs plans nationaux de développement et de santé afin d'y intégrer les objectifs de développement durable et la couverture sanitaire universelle. La cible 3.8 des ODD vise à atteindre la CSU, notamment la protection contre les risques financiers, et l'accès pour tous à des services de santé essentiels, à des médicaments et à des vaccins de qualité d'ici à 2030. Dans ce contexte, un cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de la Méditerranée orientale a été élaboré en 2014 et mis à jour en 2016. (5)
9. Le présent document a pour but :
 - d'examiner la situation de la Région eu égard aux trois dimensions de la CSU et des défis existants, en accordant une attention particulière aux programmes de santé ;
 - d'utiliser les projections statistiques et la modélisation des scénarios pour extrapoler la contribution de la Région à l'objectif du treizième programme général de travail concernant la CSU ;
 - de proposer des moyens de renforcer la contribution de la Région aux priorités et aux missions stratégiques du treizième programme général de travail.

¹ Indicateur 3.8.1 : Couverture des services de santé essentiels (définie comme la couverture moyenne des services essentiels telle que déterminée par les interventions de référence concernant notamment la santé procréative, maternelle, néonatale et infantile, les maladies infectieuses, les maladies non transmissibles, la capacité d'accueil et l'accessibilité des services pour la population en général et les plus défavorisés en particulier)

² Indicateur 3.8.2 : proportion de la population pour laquelle les dépenses en santé du ménage sont importantes, en proportion des dépenses totales ou du revenu du ménage

Situation actuelle : évolutions et défis

10. Abritant plus de 650 millions de personnes qui vivent dans 22 pays, la Région de la Méditerranée orientale présente des environnements socio-économiques et géopolitiques extrêmement variés. En 2015, le produit intérieur brut (PIB) par habitant de la Région s'élevait à USD 12 120. Cependant, le pays le plus peuplé, qui représente un tiers de la population de la Région, présente un PIB par habitant avoisinant USD 1400. La Région est confrontée à des situations d'urgence d'une ampleur sans précédent, en raison des conflits armés et de sa prédisposition aux maladies à tendance épidémique et pandémique. Plus de la moitié de la population vit dans des pays en situations d'urgence classées : quatre pays en situation d'urgence de niveau 3, deux de niveau 2 et trois de niveau 1. Près de 30 millions de personnes déplacées – soit plus de la moitié des personnes déplacées dans le monde – sont originaires de la Région. Actuellement, neuf pays figurent dans la liste des situations fragiles de la Banque mondiale et six comptent parmi les 15 pays identifiés comme extrêmement fragiles par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).
11. La diversité des pays de la Région et l'ampleur sans précédent de situations d'urgence complexes rendent difficile l'évaluation des progrès réalisés sur la voie de la CSU. La mesure exacte de la couverture des services de santé et de la protection contre les risques financiers repose sur de nombreuses informations. Si les données sont faibles ou proviennent de sources indirectes (ou de processus d'estimation), il est possible qu'elles soient dépourvues de l'objectivité et de la sensibilité nécessaires pour rendre compte de l'impact des politiques. Alors que certains pays ont accompli des progrès remarquables dans la production de données de qualité, les informations fiables, comparables et données en temps opportun sont insuffisantes entre les pays. Parmi les problèmes identifiés figurent des systèmes d'enregistrement d'état civil faibles, des enquêtes populationnelles limitées, des données de qualité insuffisantes provenant des établissements de santé, un manque de données ventilées et des systèmes de recueils de données fragmentés. Par conséquent, le renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux doit constituer un objectif clé dans le cadre des ODD.
12. Le présent document utilise deux outils analytiques permettant d'examiner la situation des 22 pays de la Région et la manière dont ils peuvent progresser sur la voie de la CSU d'ici à 2023 – le cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de la Méditerranée orientale et l'indice de couverture des services de la CSU. Le cadre d'action comporte quatre composantes stratégiques associées à des actions à mener conjointement par les États Membres, l'OMS et les partenaires. L'indice de CSU comprend quatre catégories principales d'indicateurs pour la couverture des services. Les indicateurs constituant l'indice de CSU peuvent être combinés afin de donner un score composite de la couverture sanitaire pour chaque pays. Ces scores sont indiqués dans la suite du présent document, les composantes du cadre et de l'indice sont exposées en premier lieu afin de déterminer les principaux défis à relever par les différents pays.

Cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de la Méditerranée orientale

13. *Composante 1 : Développer une vision et une stratégie pour la couverture sanitaire universelle*
Plusieurs États Membres ont développé une vision nationale pour la CSU ou une législation et/ou des stratégies nécessaires. L'Arabie saoudite, la République islamique d'Iran et Oman ont élaboré des visions à long terme pour la transformation des systèmes de santé en vue de la CSU. Bahreïn, l'Égypte et le Soudan ont adopté de nouvelles lois comprenant des dispositions relatives aux réformes institutionnelles des systèmes de santé ; la Jordanie, le Pakistan, le Soudan et la Tunisie ont, quant à eux, élaboré des stratégies sectorielles de santé en vue de la CSU ; enfin, le Maroc et le Soudan ont émis des déclarations royale et présidentielle en faveur de la CSU.

14. *Composante 2 : Améliorer la performance du système de financement de la santé et renforcer la protection contre les risques financiers.* Malgré les défis fiscaux, les États Membres ont recours aux ressources publiques et mettent au point des mécanismes de prépaiement en vue de la CSU. En 2012, le Maroc a généralisé son Régime d'assistance médicale afin de couvrir 8,5 millions de personnes vulnérables. En 2014, la République islamique d'Iran a utilisé les fonds générés par les augmentations de la TVA et la réforme des subventions pour assurer près de 10 millions de personnes. Cependant, dans son ensemble, la Région investit peu pour la santé, représentant 1,9 % des dépenses mondiales de santé pour 8,6 % de la population mondiale en 2015. L'insuffisance du financement public de la santé, l'absence ou le dysfonctionnement des mécanismes de prépaiement et l'utilisation inefficace des rares ressources financières continuent d'entraver la performance des systèmes de financement de la santé dans plusieurs pays. Au cours des 15 dernières années, environ 40 % des dépenses de santé de la Région provenaient de paiements directs. De ce fait, près de 55,5 millions d'individus sont confrontés à des dépenses de santé catastrophiques et 7,7 millions de personnes s'appauvrissent chaque année (2010) (7).
15. *Composante 3 : Étendre la couverture des services de santé indispensables.* La définition d'ensembles de services de santé essentiels spécifiques à chaque pays, et la garantie d'une prestation de services efficace et de qualité constituent un point de départ stratégique pour l'élargissement de la couverture sanitaire. Les États Membres ont réalisé divers paniers de services explicites/implicites. La plupart des pays en situation d'urgence ont élaboré des paniers de service minimums explicites permettant de faciliter la mobilisation de ressources. La troisième édition du *Disease Control Priorities* (DCP3) a suscité un nouvel intérêt pour l'élaboration de paniers de services de santé pour la CSU. L'Afghanistan, l'Égypte, la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Liban, le Maroc et le Pakistan participent activement à l'élaboration d'ensembles de prestations prioritaires pour la CSU, spécifiques aux pays, à la lumière du DCP3 et en collaboration avec l'OMS.
16. La qualité des services de santé et la sécurité des patients figurent désormais en bonne place dans le programme d'action sur les politiques de santé. On comprend de mieux en mieux que les progrès réalisés en matière d'accès aux services de santé ne permettront pas d'atteindre les résultats souhaités pour la santé de la population si une grande attention n'est pas accordée à la qualité. Les difficultés empêchant l'amélioration de la qualité et de la sécurité dans la Région comprennent l'insuffisance de l'engagement politique, les faibles capacités des professionnels de la santé et des autorités nationales de réglementation ainsi que le manque d'implication et d'autonomisation des communautés.
17. *Composante 4 : Garantir l'extension et le suivi de la couverture de la population.* Conceptuellement, la couverture de la population fait partie intégrante des dimensions de la CSU en matière de protection financière et de couverture des services. Bien que certaines populations vulnérables de la Région ne soient pas encore couvertes par des mécanismes de prépaiement, ces dernières années ont vu la situation s'améliorer. En 2015, le Pakistan a lancé le Programme de santé nationale du Premier ministre, financé par des sources fédérales et provinciales, et qui a pour but de couvrir 100 millions de personnes vivant avec moins de 2 USD par jour. En 2017, le Soudan a élargi l'utilisation des fonds provenant de la Zakat (aumône) afin de subventionner la couverture pour 2,5 millions de familles pauvres supplémentaires. En 2017, la Jordanie a intégré l'ensemble des individus âgés de plus de 60 ans dans son programme d'assurance civile. En 2017, l'Égypte a introduit la couverture du secteur informel dans sa loi exhaustive sur la sécurité sociale. Une attention particulière a été accordée à la couverture des réfugiés au sein des régimes nationaux d'assurance-maladie en République islamique d'Iran, en Jordanie, au Liban et au Soudan.

Indice de la couverture des services de la CSU

18. L'indice de la couverture des services de la CSU est élaboré comme un indicateur unique, compris entre 0 et 100, afin de suivre les progrès réalisés par les pays pour l'indicateur 3.8.1 des ODD. L'indice est calculé à partir de 16 marqueurs (voir tableaux 1 et 2).^{3,4} Datant de 2015, les données de base de ces marqueurs proviennent de sources telles que les publications et les bases de données de l'OMS et des Nations Unies (7).
19. *Catégorie 1 : Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né, et de l'enfant.* Les quatre domaines concernés dans cette catégorie sont les suivants : planification familiale, soins pendant la grossesse et l'accouchement, vaccination infantile et traitement des enfants. Dans la Région, la prévalence contraceptive et la couverture des soins prénatals sont comprises entre 11,7 % et 58,6 % (8) et entre 3,3 % et 100 % (9), respectivement. Cette couverture inégale des services entraîne un taux élevé de mortalité maternelle dans la Région, à hauteur de 166 décès pour 100 000 naissances vivantes (2015) (10). En 2016, 80 % des nourrissons de la Région ont reçu les trois doses du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3). Sur les 3,7 millions de nourrissons n'ayant pas reçu les trois doses de ce vaccin, 97 % se trouvaient dans des pays touchés par des situations d'urgence. En 2016, plus de 800 000 enfants âgés de moins de 5 ans sont décédés dans la Région. Environ 15 % de ces décès étaient dus à la pneumonie (11,12). Cependant, seuls 62 % des cas suspects de pneumonie ont été soignés par un agent de santé approprié et seulement 50 % ont reçu des antibiotiques (13).
20. Les principales difficultés entravant l'accès à des services de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent de bonne qualité sont les suivantes : la verticalité et la fragmentation des programmes de prévention et de lutte contre les maladies ; la faible implication des équipes locales pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent en matière de planification stratégique ; l'absence ou la faiblesse des protocoles d'orientation-recours et de réorientation ; une attention insuffisante accordée à la santé de l'adolescent ; le manque d'ensembles de services intégrés pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent ; la pénurie de personnels de santé adaptés et l'absence de délégation efficace des tâches ; et l'insuffisance de l'information sanitaire, notamment de la surveillance des décès maternels et périnataux. Ces difficultés sont exacerbées dans les zones éloignées et touchées par des situations d'urgence.
21. *Catégorie 2 : Maladies infectieuses.* Les quatre domaines concernés sont les suivants : traitement de la tuberculose ; traitement du VIH ; prévention du paludisme ; et eau et assainissement. Dans la Région, on estime à environ 31 % les cas de tuberculose non dépistés, tandis que la couverture par le traitement de la tuberculose ultrarésistante ne dépasse pas 25 % (14). Seulement 18 % des personnes vivant avec le VIH ont accès à un traitement antirétroviral (15), tandis que de nombreuses personnes sont exposées au paludisme. La Région détient le nombre le plus élevé de personnes atteintes d'hépatite C (soit 15 millions) parmi l'ensemble des régions OMS, et le niveau de la résistance aux antimicrobiens est fort et en pleine augmentation.
22. Le faible engagement politique en faveur de la lutte contre les maladies transmissibles, y compris la résistance aux antimicrobiens,⁵ a entraîné la hausse de la charge de morbidité qu'elles représentent. Parmi les autres difficultés figurent : la verticalité des programmes de lutte contre les maladies et leur faible intégration aux niveaux des politiques et des services ; des carences en matière d'application des réglementations pour la notification et l'établissement de rapports par le secteur privé ; une faible

³ Les marqueurs ont été sélectionnés selon les critères suivants : 1) la pertinence de l'indicateur, reflétant la charge épidémiologique et la présence d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité ; 2) sa viabilité, avec des données comparables disponibles pour la plupart des pays ; 3) sa rigueur conceptuelle avec un numérateur et un dénominateur mesurables, une cible claire, et, dans l'idéal, une définition qui englobe la couverture des services ; et 4) sa facilité d'utilisation - les indicateurs doivent être faciles à communiquer, notamment ceux déjà notifiés entre les pays.

⁴ Deux marqueurs ont été exclus lors du calcul de l'indice de la CSU à cause du manque de données dans de nombreux pays : le dépistage du cancer du col de l'utérus et l'accès aux médicaments essentiels.

⁵ Seuls quatre pays de la Région ont officiellement adopté des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens, et huit pays sont dotés de programmes de prévention et de lutte contre les infections.

allocation des ressources nationales ; et une dépendance accrue au soutien des donateurs pour les programmes de santé prioritaires. La décentralisation des systèmes de santé, qui ne s'est pas accompagnée par le renforcement adéquat des capacités, a eu des effets négatifs sur la planification, la mise en œuvre, le suivi ainsi que sur l'évaluation des programmes et des résultats des soins de santé dans certains pays. Le dysfonctionnement des systèmes de notification et d'orientation-recours restreint les capacités de détection précoce des flambées et de la riposte rapide.

23. *Catégorie 3 : Maladies non transmissibles.* Les quatre domaines concernés sont les suivants : prévention des maladies cardio-vasculaires ; prise en charge du diabète ; dépistage et traitement du cancer ; et lutte antitabac. Dans la Région, plus de 60 % des décès sont attribuables aux maladies non transmissibles. L'OMS a élaboré un projet de cadre régional pour le renforcement de l'intégration et de la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. En 2015, un cadre d'action pour intensifier l'action en matière de santé mentale a été adopté lors de la soixante-deuxième session du Comité régional (16). En 2017, un cadre d'action sur la prévention et la lutte anticancéreuses a été adopté lors de la soixante-quatrième session du Comité régional (17), et des lignes directrices régionales pour la détection précoce des cancers prioritaires ont été publiées. Un kit OMS pour la prise en charge des maladies non transmissibles courantes pendant les situations d'urgence a été élaboré et déployé. La Région a la plus forte charge de troubles mentaux, neurologiques et liés à un abus de substances psychoactives à l'échelle mondiale, principalement à cause des taux élevés de dépression et de troubles anxieux attribuables aux situations d'urgence. La santé mentale a été intégrée à l'ensemble de prestations de la CSU au Liban ; et la Jordanie et la République arabe syrienne procèdent actuellement à l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires.
24. Les principales difficultés concernent : la collaboration limitée avec les acteurs n'appartenant pas au secteur de la santé ; le manque d'informations sur la charge de morbidité et la charge financière ; et l'ingérence de l'industrie. Dans nombre de pays à revenu faible, les maladies non transmissibles ne sont détectées que tardivement, à un stade où les patients ont besoin de soins hospitaliers coûteux à cause de complications graves. Les troubles de la santé mentale continuent d'occuper une place mineure parmi les questions de santé publique. L'intégration limitée des maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires donne lieu à une approche fragmentée de la prestation de services. La plupart des paniers de prestations disponibles manquent d'interventions fondées sur des bases factuelles et présentant un bon rapport coût-efficacité pour lutter contre les maladies non transmissibles, interventions aussi appelées « meilleures options ».
25. *Catégorie 4 : Capacités des services et accès.* Les quatre domaines concernés sont les suivants : accès aux hôpitaux ; densité des personnels soignants ; accès aux médicaments essentiels ; et sécurité sanitaire. La densité moyenne des lits d'hôpitaux dans la Région est de 14 lits pour 10 000 habitants. Au manque général de personnels de santé, viennent s'ajouter une répartition géographique et des compétences inégales, ainsi que des préoccupations quant à la qualité et à la performance. Six pays de la Région sont considérés comme étant en situation de crise de personnels de santé. L'indisponibilité d'ensembles de services, de médicaments et de produits essentiels, et l'absence de directives thérapeutiques affectent l'accès aux soins ainsi que leur qualité.

Projections de la couverture sanitaire universelle en 2023

26. Le rapport de suivi mondial sur la CSU fournit des données aux pays de la Région. À la mi-2017, on estimait la population de la Région à environ 650 millions d'habitants. Avec certaines hypothèses, les conclusions du rapport de l'OMS sur la CSU (7) peuvent permettre d'affirmer que près de 347 millions de ces personnes ont accès à des services de santé de base, soit une couverture pondérée de la population de 53 % – un chiffre inférieur à la couverture pondérée de la population mondiale s'élevant à 64 %. Les niveaux de la couverture des services tels que mesurés au moyen de l'indice de CSU pour les pays de la Région figurent au Tableau 2. En 2015, les valeurs pour l'indice de la couverture des services de la CSU étaient comprises entre 22 (Somalie) et 77 (Koweït et Qatar). Pour seulement cinq pays, la valeur de l'indice de CSU dépassait 70, tandis que pour six pays - soit environ 50 % de la population de la Région - la valeur de l'indice était inférieure à 50 (Tableau 3).

27. Afin de fournir une projection de la couverture des services de santé, deux analyses supplémentaires ont été effectuées. Tout d'abord, les tendances nationales ont été calculées pour chaque marqueur dont les données étaient disponibles. Les tendances étaient utilisées pour projeter les situations régionale et nationale de l'indice de CSU en 2023. Puis, les projections ont été ajustées à la lumière des interventions et des recommandations de l'OMS (liées à chaque domaine d'activité) mises en œuvre dans la Région, tout en tenant compte des améliorations d'infrastructure et de capacités nationales pour le renforcement de la CSU. Les projections pour 2023 montrent que la Région pourra manifestement élargir la couverture pondérée de la population en vue de la CSU au sein de la Région à 60 % au moins. Cela équivaudrait à 109 millions de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU d'ici 2023. Il est prévu qu'en 2023, les valeurs de l'indice de CSU soient comprises entre 36 et 80 pour les pays de la Région : La valeur de l'indice de 10 pays dépasserait 70, et pour quatre pays, la valeur de l'indice serait estimée inférieure à 50 (Tableau 4). Plus important encore, il est prévu que l'indice de CSU progresse pour l'ensemble des pays de la Région, sauf trois.
28. La projection des améliorations pour la couverture de la protection financière est plus difficile. Dans la majorité des pays, les indicateurs 3.8.2 des ODD ont stagné au cours des dix dernières années bien que rythmés par des périodes d'amélioration ou de détérioration suite à des politiques nationales ou des fluctuations économiques. C'est pourquoi il est important de mettre en place des objectifs régionaux permettant de réduire les paiements directs et ainsi de limiter les dépenses catastrophiques, alors que les coûts des soins de santé augmentent du fait de la demande des populations et des avancées technologiques. Il est crucial d'adopter des politiques prudentes de financement de la santé afin de maintenir et d'élargir l'accès aux services de santé essentiels.

Approche proposée

29. La progression vers la CSU suppose de réaliser des progrès dans ses trois dimensions de manière simultanée. L'élargissement de l'accès aux services de santé doit être combiné en tenant dûment compte de l'accès équitable et de la couverture financière appropriée des populations, et en assurant des services de qualité acceptable à un coût abordable. Pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et la maintenir, il est nécessaire que les approches en matière de développement des systèmes de santé tiennent compte de ces trois aspects. L'utilisation des marqueurs pour l'indice de CSU doit venir en appui du développement des systèmes de santé de manière à être axé sur les domaines d'activité prioritaires du programme et ainsi qu'à les faciliter.
30. Les projections laissent penser qu'en dépit des situations d'urgence, la Région est bien placée pour atteindre sa part proportionnelle – soit 109 millions de personnes – par rapport à la cible mondiale d'un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU d'ici à 2023. Les progrès sont tributaires de l'engagement constant des États Membres pour faire avancer la CSU. Si les progrès sont manifestement à portée de main, les pays de la Région sont confrontés à divers défis susceptibles de nécessiter des stratégies et des politiques différentes pour progresser vers la CSU. Par ailleurs, les projections du présent document sont limitées dans la mesure où elles ne rendent pas quantitativement compte des répercussions financières potentielles engendrées par l'élargissement des prestations de soins de santé sur la population.
31. Il est nécessaire de lutter contre les maladies prioritaires et les facteurs de risque par le biais d'actions abordables et présentant un bon rapport coût-efficacité. Les études montrent que la croissance économique de la Région s'est accompagnée d'une hausse importante des maladies non transmissibles. Les projections démontrent que les pays à revenu élevé, majoritairement touchés par des maladies non transmissibles, auront des difficultés à améliorer leur indice de CSU d'ici 2023, et soulignent l'importance de mettre en œuvre des politiques de santé publique. La charge croissante des maladies non transmissibles (y compris les troubles mentaux et neurologiques, les troubles dus à l'usage de substances psychoactives, la malnutrition, la violence et les traumatismes) impose de mettre en œuvre les « meilleures options » ainsi que d'autres interventions (18,19,20). Dans les pays à revenu faible et intermédiaire de la tranche inférieure, les maladies transmissibles, la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent restent les principales priorités. S'il est prévu que la

plupart des pays appartenant à ces groupes de revenu voient leur indice de CSU progresser de manière importante, plus de 50 % de la population de ces pays pourrait encore être privée d'accès aux services de santé essentiels en 2023. La mise en œuvre d'interventions de santé publique déjà existantes et présentant un bon rapport coût-efficacité offre une réelle possibilité d'avancer sur la voie de la CSU (21,22,23,24,25,26). Les pays de la Région pourraient être en mesure de fixer des cibles plus ambitieuses dans certains domaines de soins et ainsi, accélérer la progression en vue de la couverture sanitaire universelle.

32. Bien évidemment, la CSU ne concerne pas seulement les maladies et les services mis en évidence dans les marqueurs figurant dans l'indice de CSU. La CSU nécessite de couvrir tous les besoins sanitaires pour l'ensemble des groupes de population en offrant des services de bonne qualité. La définition d'une série d'interventions dans le cadre d'un ensemble de prestations prioritaires aux fins de la CSU, en garantissant la couverture effective pour tous les groupes de population est décrite comme l'approche pour un « universalisme progressif » (27). Les ensembles de prestations prioritaires sont basés sur des interventions d'un bon rapport coût-efficacité, correspondant aux besoins de santé prioritaires, à la réalité économique et aux préférences individuelles, et sont fournis de la manière attendue à différents niveaux du système de soins de santé.
33. L'équité des systèmes de santé et la protection financière des populations doivent être garanties. Bien qu'indirect, le rôle des systèmes de santé a son importance dans la lutte contre la pauvreté et le renforcement du développement. L'élargissement des services de santé dans plusieurs pays à revenu intermédiaire des tranches inférieure et supérieure s'est accompagné de coûts de paiements directs élevés et d'un appauvrissement causé par le recours aux soins de santé. Le rôle des systèmes de santé dans le combat contre l'aggravation des inégalités dans le monde est crucial. En effet, près de 100 millions de personnes basculent dans la pauvreté chaque année du fait de dépenses directes engagées pour la santé. L'OMS collabore avec les États Membres afin de réorienter les systèmes de santé moyennant une gouvernance renforcée, participative, responsable et réactive, ainsi qu'une action intersectorielle coordonnée, des cadres législatifs appropriés, et la participation des patients comme de la société civile.

Recommandations aux États Membres

34. Élaborer une vision pour la couverture sanitaire universelle ainsi qu'une feuille de route en vue de sa réalisation, en tenant compte des défis rencontrés par les systèmes de santé spécifiques à chaque pays, de la perspective macroéconomique et des préférences individuelles.
35. Définir un ensemble de services de santé prioritaires ou essentiels national, présentant un bon rapport coût-efficacité et adapté à chaque contexte, qui soit basé sur des paniers de prestations prioritaires aux fins de la CSU identifiés aux niveaux mondial et régional ; et élaborer des modèles de soins intégrés, centrés sur la personne appropriés et dotés de systèmes d'orientation-recours fonctionnels.
36. Élargir les dispositions relatives aux prépaiements afin de garantir une couverture complète de la population moyennant des sources de financement multiples, dans le but de réduire les paiements directs effectués pour les soins de santé et de promouvoir l'égalité et la protection financière.
37. Renforcer les capacités nationales afin d'améliorer les systèmes d'information sanitaire courants, y compris les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, puisqu'ils constituent la principale source de données permettant de suivre la performance des systèmes de santé et la progression sur la voie de la CSU et de mesurer l'efficacité et la qualité de la prestation de services.
38. Élaborer des plans nationaux pour mener des enquêtes auprès des ménages. L'analyse des données recueillies à partir d'études populationnelles doit comprendre la ventilation des données par sexe, localisation, groupe socio-économique, origine ethnique et lieu de résidence afin d'évaluer l'équité face aux soins et l'accès aux soins.

39. Augmenter la disponibilité, la performance et la pertinence des personnels, et d'améliorer l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux technologies de santé essentiels, en tenant compte des ressources disponibles.
40. Institutionnaliser les mécanismes de collaboration multisectorielle par le biais d'une approche intégrant la santé dans toutes les politiques afin de faciliter la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions intersectorielles essentielles ou hautement prioritaires pour lutter contre les risques environnementaux et comportementaux menaçant la santé humaine.
41. Renforcer les dispositions relatives à la gouvernance afin d'améliorer la performance, la redevabilité, la réactivité et la participation, y compris les efforts déployés pour sensibiliser et modifier les comportements de façon positive.

Recommandations à l'OMS

42. Soutenir les efforts nationaux à la lumière du cadre d'action régional pour la promotion de la couverture sanitaire universelle (5), de la Déclaration de Salalah pour la CSU 2018 et du Partenariat international pour la santé CSU2030.
43. Faciliter l'élaboration d'une vision et de feuilles de route pour la CSU par l'échange d'informations sur les bonnes pratiques et les expériences régionales et mondiales, le renforcement des capacités nationales, le soutien d'un dialogue politique participatif sur le renforcement des systèmes de santé ainsi que par une mobilisation de ressources facilitée pour mettre en œuvre les stratégies convenues.
44. Renforcer la gouvernance sanitaire par l'institutionnalisation de la redevabilité et de la transparence, le développement du leadership et le renforcement institutionnel pour garantir une mise en œuvre progressive et pérenne des feuilles de route pour la CSU.
45. Renforcer les systèmes d'information sanitaire nationaux afin de générer des données de qualité. Tout cela nécessite de mener des évaluations exhaustives des systèmes d'information sanitaire, d'élaborer des stratégies nationales pour les systèmes d'information sanitaire, de renforcer les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil et de mettre en œuvre le cadre régional pour les systèmes d'information sanitaire et les principaux indicateurs de suivi de la situation sanitaire et de la performance des systèmes de santé pour progresser sur la voie de la CSU.
46. Générer des données solides issues de la recherche et spécifiques à chaque pays sur l'impact des politiques d'élargissement de la CSU, y compris l'identification des solutions présentant un moins bon rapport coût-efficacité et des obstacles à la mise en œuvre. La génération de données doit également être axée sur les modalités institutionnelles et les cadres de réglementation afin d'assurer la pérennité de la progression sur la voie de la CSU.

Tableau 1. Définition des marqueurs de la CSU, basée sur le rapport de suivi mondial 2017 sur la CSU

Domaine concerné	Marqueur (avec abréviations)
Santé génésique et santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant	
Planification familiale	Pourcentage de la demande contraceptive satisfaite par une méthode moderne chez les femmes mariées âgées de 15 à 49 ans (PF)
Prise en charge de la grossesse et de l'accouchement	Pourcentage des soins prénatals (quatre visites ou plus) (SPN4)
Vaccination infantile	Pourcentage des enfants d'un an ayant reçu 3 doses du vaccin antidiptérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3)
Traitement des enfants	Pourcentage des comportements de recherche de soins pour les enfants suspects de pneumonie (PNE)
Maladies infectieuses	
Traitement de la tuberculose	Pourcentage de la couverture effective du traitement de la tuberculose (TB)
Traitement du VIH	Pourcentage des personnes vivant avec le VIH recevant un traitement antirétroviral (TAR)
Prévention du paludisme	Pourcentage de la population à risque dormant sous des moustiquaires imprégnées d'insecticide (MII)
Eau et assainissement	Pourcentage des ménages ayant au moins accès aux services d'assainissement de base (WASH)
Maladies non transmissibles	
Prévention des maladies cardio-vasculaires	Pourcentage de la prévalence de la pression artérielle normale, indépendamment du traitement (HT)
Prise en charge du diabète	Glycémie plasmatique moyenne à jeun (mmol/l) (GPJ)
Dépistage et traitement du cancer*	Pourcentage de dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes âgées de 30 à 49 ans
Lutte antitabac	Pourcentage d'adultes âgés de 15 ans ou plus n'ayant pas fumé au cours des 30 derniers jours (TAB)
Capacités et accessibilité des services	
Accès aux hôpitaux	Nombre de lits d'hôpitaux par personne (avec seuil) (LHOPP)
Densité des agents de santé	
Densité des médecins	Nombre de médecins pour 1000 habitants (DOC)
Densité des psychiatres	Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants (PSYC)
Densité des chirurgiens	Nombre de chirurgiens pour 100 000 habitants (CHIR)
Accès aux médicaments essentiels*	Proportion des établissements de santé disposant de médicaments essentiels de base recommandés par l'OMS
Sécurité sanitaire	Indice des principales capacités du RSI (RSI)

* L'indicateur n'est pas compris dans le calcul de l'indice de CSU aux niveaux mondial et régional en raison de l'absence de données
Source : (6).

Tableau 2. Niveaux de couverture des services tels que mesurés au moyen de l'indice de CSU pour les pays de la Région

Pays	Indice de CSU	PF	SPN4	DTC3	PNE	TB	TAR	MII	WASH	HT	GPJ	TAB	LHOP	PHYS	PSYC	CHIR	RSI
Afghanistan	34	43	18	65	62	51	5	—	39	69	5,4	87	5	0,3	0,1	0,9	43
Arabie saoudite	68	45	71	98	82	54	54	—	100	77	6,6	87	26,5	2,6	2,1	61,6	99
Bahreïn	72	59	100	98	90	38	42	—	100	79	5,8	79	20,3	0,9	4,8	15,1	96
Djibouti	47	43	23	84	94	65	22	30	51	73	5,4	87	14,0	0,2	0,1	1,5	46
Égypte	68	80	83	93	68	50	21	—	93	75	5,1	75	15,6	0,8	0,9	26,8	93
Émirats arabes unis	63	60	71	99	88	35	43	—	100	80	6,0	81	11,5	1,6	0,1	11	91
République islamique d'Iran	65	76	84	98	76	70	11	—	88	80	5,7	89	15,0	1,5	1,8	1,6	85
Iraq	63	62	50	58	74	48	43	—	86	75	5,8	81	13,8	0,9	0,4	12,6	91
Jordanie	70	62	95	99	77	70	50	—	97	79	6,3	73	14,0	2,7	1,3	10,8	97
Koweït	77	67	71	99	82	84	71	—	100	77	6,1	80	20,4	1,9	3,3	106	86
Liban	68	61	71	81	74	66	44	—	95	79	5,7	66	28,5	2,4	1,4	45,4	76
Libye	63	45	71	97	81	22	43	—	100	76	5,9	81	37,0	2,1	1,0	15,6	65
Maroc	65	78	55	99	70	71	41	—	84	74	5,6	77	11,0	0,6	0,5	7,8	95
Oman	72	35	71	99	56	84	43	—	99	76	5,7	92	15,8	1,5	2,3	14,2	94
Pakistan	40	49	37	72	64	59	5	—	58	70	5,8	80	6,0	0,8	0,3	1,3	43
Palestine	60	59	28	90	78	73	34	—	93	78	5,8	73	26,3	2,6	1,4	1,3	70
Qatar	77	62	85	99	87	74	85	—	100	79	5,7	86	12,0	2,0	3,0	3,5	97

Pays	Indice de CSU	PF	SPN4	DTC3	PNE	TB	TAR	MII	WASH	HT	GPJ	TAB	LHOPP	PHYS	PSYC	CHIR	RSI
République arabe syrienne	60	60	64	41	77	56	43	—	93	76	5,8	81	15,0	1,5	0,3	3	63
Somalie	22	45	6	42	13	40	10	23	16	67	5,2	87	8,7	<0,05	<0,05	0,1	6
Soudan	43	31	51	93	48	44	8	42	35	70	5,2	87	8,2	3,1	0,1	0,8	71
Tunisie	65	75	85	98	60	73	27	—	93	77	5,8	67	22,9	1,3	2,6	7,3	65
Yémen	39	48	25	69	34	52	15	—	60	69	5,6	81	7,1	0,3	0,2	0,4	46

Remarque : Les définitions complètes des marqueurs sont indiquées dans le Tableau 1.

Source : (7) et OMS [données non publiées].

Tableau 3. Couverture de la population dans le cadre de la CSU, par groupes de pays

2015			2023	
Indice de la couverture des services de la CSU	Pays	Estimation de la couverture de la population dans le cadre de la CSU (en milliers)	Pays	Estimation de la couverture de la population dans le cadre de la CSU (en milliers)
75 et plus	Koweït Qatar	5238	Bahreïn République islamique d'Iran Koweït Oman Qatar	79 816
70-74	Bahreïn Jordanie Oman	11 023	Arabie saoudite Égypte Émirats arabes unis Jordanie Liban	122 702
60-69	Arabie saoudite Égypte Émirats arabes unis République islamique d'Iran Iraq Liban Libye Maroc Palestine République arabe syrienne Tunisie	217 977	Iraq Libye Maroc Palestine Tunisie	73 480
50-59	—	—	Afghanistan Soudan République arabe syrienne	56 950
En-dessous de 50	Afghanistan Djibouti Pakistan Somalie Soudan Yémen	115 871	Djibouti Pakistan Somalie Yémen	125 991
Population totale estimée bénéficiant de la CSU	53,5 %	350 millions	60,2 %	459 millions

Source : (7) et OMS [données non publiées].

Tableau 4. Indice de CSU et couverture de la population estimée (en milliers) 2015 et 2023, par pays

Pays	2015			2023		
	Population estimée (en milliers)	Indice de CSU	Estimation de la couverture de la population dans le cadre de la CSU (en milliers)	Population projetée (en milliers)	Indice de CSU projeté	Estimation de la couverture de la population dans le cadre de la CSU (en milliers)
Afghanistan	29 200	34	9928	40 649	53	21 544
Arabie saoudite	31 742	68	21 585	36 311	72	26 144
Bahreïn	1370	72	986	1808	80	1446
Djibouti	860	47	404	1042	41	427
Égypte	91 023	68	61 896	108 117	72	77 844
Émirats arabes unis	9121	63	5746	10 186	72	7334
République islamique d'Iran	79 926	65	51 952	85 609	80	68 487
Iraq	37 883	63	23 866	48 875	64	31 280
Jordanie	9798	70	6859	10 474	70	7332
Koweït	4184	77	3222	4484	77	3453
Liban	4356	68	2962	5783	70	4048
Libye	6384	63	4022	6895	61	4206
Maroc	34 125	65	22 181	38 320	68	26 058
Oman	4414	72	3178	5440	75	4080
Pakistan	189 900	40	75 960	219 509	48	105 364
Palestine	4816	60	2 90	5460	64	3494
Qatar	2618	77	2016	2937	80	2350
République arabe syrienne	22 712	60	13 627	21 475	56	12 026
Somalie	12 316	22	2710	17 601	36	6336
Soudan	39 599	43	17 028	46 761	50	23 381
Tunisie	11 154	65	7250	12 235	69	8442
Yémen	25 235	39	9842	32 239	43	13 863
Total	652 736	53,5	350 108	762 210	60,2	458 939

Source : (7) et OMS [données non publiées].

Références

1. Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030 (https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework%20after%20refinement_fre.pdf, consulté le 27 septembre 2018).
2. Déclaration de Tokyo sur la couverture santé universelle 2017 : Tous unis pour accélérer les progrès vers la CSU (<https://www.uhc2030.org/fr/nouvelles-et-evenements/nouvelles-uhc2030/article/tokyo-declaration-on-universal-health-coverage-441190/>, consulté le 17 septembre 2018).
3. Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures. Cinquante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC59/Tech.Disc.1). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2012 (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc59/>, consulté le 17 septembre 2018).
4. Sur la voie de la couverture sanitaire universelle : défis, opportunités et feuille de route. Soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC60/ Tech.Disc.2 Rev.1). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2013 (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc60/index.html>, consulté le 17 septembre 2018).
5. Cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (http://applications.emro.who.int/docs/Technical_Notes_FR_18972.pdf, consulté le 27 septembre 2018).
6. World Health Organization. Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database/>, consulté le 27 septembre 2018).
7. Tracking universal health coverage: 2017 global monitoring report. Geneva: World Health Organization and International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank; 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259817/9789241513555-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 27 septembre 2018).
8. World contraceptive use 2018 [online database]. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division, Fertility and Family Planning Section (<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2018.shtml>, consulté le 3 mai 2018).
9. Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_16766.pdf?ua=1, consulté le 27 septembre 2018).
10. Tendances de la mortalité maternelle : 1990-2015 - Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, le Groupe de la Banque mondiale et la Division de la population des Nations Unies Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/monitoring/maternal-mortality-2015/fr/>, consulté le 3 mai 2018).
11. United Nations Children's Fund, World Health Organization, World Bank Group, United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Levels and trends in child mortality report 2017. Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. New York: United Nations Children's Fund; 2017 (http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/levels_trends_child_mortality_2017/en/, consulté le 27 septembre 2018).
12. Causes of child mortality. WHO Global Health Observatory (GHO) data (http://www.who.int/gho/child_health/mortality/causes/en, consulté le 2 mai 2018).
13. World health statistics 2015. Geneva: World Health Organization; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170250/9789240694439_eng.pdf?sequence=1, consulté le 27 septembre 2018).

14. Rapport sur la lutte contre la tuberculose dans le monde 2017. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017.
15. Antiretroviral therapy coverage: Data and estimates by WHO region. Global Health Observatory data repository (<http://apps.who.int/gho/data/view.main.23300REGION?lang=en>, consulté le 27 septembre 2018).
16. Cadre régional pour intensifier l'action en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18700.pdf?ua=1, consulté le 27 septembre 2018)
17. Cadre d'action régional sur la prévention et la lutte anticancéreuses Soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC64/3). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (http://applications.emro.who.int/docs/RC64_Resolutions_2017_R2_20128_FR.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 27 septembre 2018).
18. Suivi de la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC60/R.4). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2013 (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc60/index.html>, consulté le 27 septembre 2018).
19. Maladies non transmissibles : Intensification de la mise en œuvre de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies. Soixante et unième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC61/R.3). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2014 (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc61/index.html>, consulté le 27 septembre 2018).
20. Cadre d'action régional sur la prévention et la lutte anticancéreuses. Soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC64/R.2). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/RC64_Resolutions_2017_R2_20128_FR.pdf?ua=1&ua=1, consulté le 27 septembre 2018).
21. Regional malaria action plan 2016–2020. Towards a malaria-free Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_19546.pdf, consulté le 27 septembre 2018).
22. Integrated vector management. Strategic framework for the Eastern Mediterranean Region 2016–2020. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2017_EN_19524.pdf, consulté le 27 septembre 2018).
23. Rapport annuel du Directeur régional 2016 Soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC64/R.1). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc64/documentation.html>, consulté le 27 septembre 2018).
24. Sauver les vies des mères et des enfants Soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC60/R.6). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2013 (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/rc60/index.html>, consulté le 27 septembre 2018).
25. Rapport annuel du Directeur régional pour 2014. Soixante-deuxième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC62/R.1). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2015 (http://applications.emro.who.int/docs/RC62_Resolutions_2015_R1_16571_FR.pdf?ua=1, consulté le 27 septembre 2018).
26. Mise en œuvre du volet santé de l'adolescent de la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030. Soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC64/R.4). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259050/RC_technical_papers_2017_5_20044_fr.pdf?sequence=3&isAllowed=y), consulté le 27 septembre 2018).
27. Jamison DT, Summers LH, Alleyne G, Arrow KJ, Berkley S, Binagwaho A, et al. Global health 2035: a world converging within a generation. Lancet