



L'avenir de la santé dans la Région OMS de la Méditerranée orientale : renforcer le rôle de l'OMS 2012-2016

Introduction et points saillants du rapport

1. Le présent rapport fait le point de la situation dans la Région et présente les progrès accomplis, depuis que j'ai repris le poste de Directeur régional en février 2012, dans cinq domaines stratégiques : le renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture universelle ; la santé de la mère et de l'enfant ; la sécurité sanitaire et les maladies transmissibles ; les maladies non transmissibles ; et la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte. Ces domaines stratégiques ont été approuvés comme priorités par le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale lors de sa cinquante-neuvième session en octobre 2012.

2. À cette époque, la situation dans différents pays de la Région avait déjà un impact sur la santé des populations, mais nous ne pouvions pas imaginer l'ampleur de la crise humaine qui allait bientôt engloutir les vies de millions de personnes. Aujourd'hui, plus de la moitié des réfugiés dans le monde viennent de trois pays de notre région (Afghanistan, République arabe syrienne et Somalie) et sont accueillis par seulement quatre pays (République islamique d'Iran, Jordanie, Liban et Pakistan). La Région héberge le plus grand nombre de personnes déplacées dans leur propre pays du fait des conflits. Le préjudice causé à la santé humaine est catastrophique. À l'heure actuelle, la situation semble sans issue et tout laisse à penser que les crises vont continuer à sévir et que leur énorme impact sur la santé des pays affectés et voisins pourrait même s'aggraver.

3. Néanmoins, l'OMS et les États Membres, travaillant en collaboration interne et avec des partenaires, ont effectué des avancées majeures dans la Région en concentrant leurs efforts sur les cinq domaines clés où nous contribuons de façon positive au changement et posons les bases d'un développement sanitaire continu.

4. En matière de renforcement des systèmes de santé, nous avons mené un examen approfondi des éléments constitutifs des systèmes de santé des pays de la Région et nous sommes entendus sur sept priorités clés qu'il nous faudrait traiter ensemble au cours de cette période de cinq ans. Sur la base de cet examen, et en étroite consultation avec les États Membres, un profil de pays a été préparé pour chaque État Membre, prenant en compte les indicateurs, réalisations, forces, faiblesses et priorités d'action clés en matière de systèmes de santé. Une importante avancée a été réalisée sur la voie de la couverture sanitaire universelle, avec l'élaboration d'un cadre d'action en vue de faire progresser la couverture sanitaire universelle dont de nombreux pays se servent dorénavant comme guide pour accélérer les progrès. Ce cadre constitue une feuille de route visant à garantir l'accès aux soins de santé à l'ensemble de la population, notamment aux plus vulnérables et aux laissés-pour-compte, dans chaque pays. L'OMS soutient actuellement les pays dans la réalisation de cet objectif.

5. Le leadership et la gouvernance en santé publique ont aussi été améliorés au moyen d'un ensemble de programmes. En réponse aux lacunes de nombreux pays en matière de capacités de santé publique et en collaboration avec de grands spécialistes internationaux et régionaux, des outils pour mesurer les fonctions de santé publique dans les ministères de la santé ont été mis au point et pilotés avec succès dans deux pays. Le rapport d'évaluation de chaque pays identifie les domaines nécessitant un renforcement et fournit des recommandations sur les actions à mener. Davantage de pays seront évalués en 2016. En collaboration avec *la Harvard School of Public Health*, un programme de leadership en santé a été proposé et plus de 50 futurs leaders mondiaux du domaine de la santé se sont vu décerner un diplôme dans le cadre de ce programme au cours des deux dernières années.

6. L'élaboration du cadre pour les systèmes d'information sanitaire, résultat d'intenses consultations avec les différents secteurs des États Membres et des experts internationaux, représente une autre réalisation majeure. Ce cadre est constitué de trois composantes clés : le suivi des risques et des déterminants majeurs, l'évaluation de la situation sanitaire incluant la mortalité par cause spécifique, et la mesure de la réponse des systèmes de santé. Pour chaque composante, un ensemble d'indicateurs de base a été approuvé. Nous évaluons actuellement la capacité de chaque pays à générer des données fiables pour les 68 indicateurs de base du cadre. Nous avons également mené une évaluation approfondie des systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS) dans tous les pays. L'information générée par ce programme est la plus approfondie et la plus complète de toutes les régions de l'OMS. Sur la base de cette évaluation, une stratégie régionale a été mise au point. L'ensemble des pays dispose dorénavant d'une vision claire des lacunes et des domaines qui requièrent un renforcement, et un soutien technique leur a été offert pour les aider à combler ces lacunes.

7. Afin de soutenir le développement des personnels de santé dans la Région, un cadre d'action sur l'enseignement médical a été élaboré, sur la base d'une analyse détaillée de la situation et d'une étude régionale des établissements d'enseignement médical. Un cadre similaire fournit des orientations stratégiques pour renforcer l'enseignement et la pratique des soins infirmiers et obstétricaux. L'OMS s'emploie aussi à renforcer les capacités des pays pour qu'ils collaborent avec le secteur privé et qu'ils réglementent ses activités, afin d'avancer sur la voie de la couverture sanitaire universelle. Une évaluation solide des technologies sanitaires, incluant les médicaments, a été entreprise, comprenant un profil pharmaceutique pour chaque pays ; ceci permet de soutenir des décisions d'achat ayant un bon rapport coût-efficacité.

8. La santé de la mère et de l'enfant, notamment la persistance de taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans certains pays, faisait partie des principales préoccupations de la Région en 2012. La majorité des causes ont été identifiées comme relevant de problèmes relatifs aux systèmes de santé, et une initiative de grande ampleur a été lancée pour « Sauver la vie des mères et des enfants ». Un soutien a été apporté aux neuf pays qui ont une charge de mortalité maternelle et infantile élevée afin de concevoir des stratégies visant à améliorer la survie et la santé. Une analyse de la situation a été menée dans chaque pays pour identifier les lacunes et un profil de pays a été élaboré pour mettre en évidence la situation, les problèmes et les actions requises, accompagnés d'une analyse financière. Des plans d'accélération multisectoriels prévoyant des interventions avec le meilleur rapport coût-efficacité pour chaque pays ont ensuite été élaborés. La plupart des pays qui ont une charge élevée de mortalité et de morbidité maternelles et infantiles ont lancé leurs plans et les mettent actuellement en œuvre.

9. Dans le domaine des maladies non transmissibles, la Région a élaboré un cadre d'action afin de mettre en œuvre la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, qui inclut 17 interventions stratégiques dans les quatre composantes du cadre (gouvernance, prévention, soins de santé et surveillance) et 10 indicateurs permettant aux pays de mesurer leurs progrès. Un travail considérable a été effectué, reposant sur un examen des données factuelles et de l'expérience internationale, dans le but de mettre au point des orientations techniques pratiques sur la manière de mener les interventions : il s'agit notamment de mesures de lutte antitabac ; de la réduction de la consommation de sel, de sucre et de graisses saturées ; de l'élimination des graisses trans industrielles ; et des législations pour réduire les facteurs de risque. Ces lignes directrices sont à présent disponibles et suivies par de nombreux États Membres. Deux autres grands domaines revêtent une importance vitale : les orientations sur l'intégration des soins de santé dans les soins de santé primaires et la continuité du traitement dans les situations d'urgence, ainsi que le cadre de surveillance qui devrait être utilisé par les pays pour faire le point sur les progrès accomplis.

10. De brefs profils sont produits annuellement sur la capacité de réponse de chaque pays, sur la base des indicateurs de progrès du cadre. Un récent examen de progrès montre qu'il reste beaucoup à faire pour réaliser en temps voulu les actions assorties de délais prévues par la Déclaration politique, et l'OMS continuera à soutenir les pays dans leurs efforts pour atteindre ces cibles.

11. La sécurité sanitaire était au centre de notre action dans le domaine des maladies transmissibles. Prévenir les flambées de maladies émergentes et réémergentes et organiser des interventions a constitué une priorité au cours des quatre dernières années, du fait de la détérioration de la situation de la santé publique dans de nombreux pays. Des campagnes de grande ampleur ont été menées pour combattre les importantes flambées de poliomyélite et de rougeole, et ont permis de prévenir la poursuite de la propagation de ces maladies à l'intérieur et à l'extérieur de la Région. Un travail considérable a également été effectué pour assurer que les États Membres disposent des capacités de base requises pour l'application du Règlement sanitaire international (RSI 2005). Fin 2014, sur demande des États Membres, l'OMS a mené des évaluations rapides sur les capacités des pays à détecter et à répondre rapidement à un cas d'Ebola. Les résultats ont mis en lumière des lacunes en matière de capacités de prévention et de lutte contre les épidémies pour l'ensemble des pays, ainsi que les limites de l'outil d'autoévaluation du RSI. Le Comité régional a par la suite appelé à l'adoption d'une évaluation indépendante et à l'établissement d'une commission d'évaluation régionale pour fournir des orientations techniques aux pays et pour superviser les progrès des évaluations externes conjointes indépendantes. Notre région a joué un rôle majeur dans l'harmonisation de l'outil d'évaluation du RSI avec l'outil du Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (PASSM), ainsi que dans l'élaboration de l'outil d'évaluation externe conjointe qui est à présent adopté par toutes les régions OMS et le PASSM.

12. La préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte constitue notre cinquième priorité. En plus de l'ampleur du défi, les agents de santé ont fui les violences, tandis que les établissements de soins et les infrastructures sanitaires ont été endommagés ou détruits. Les médicaments et les fournitures médicales sont devenus une denrée rare. Même quand elles sont disponibles, les équipes médicales se voient refuser l'accès à de nombreuses zones de conflit. Les soins de santé pour les réfugiés et les personnes déplacées dans leur propre pays sont extrêmement fragmentés voire inexistantes. Il devient de plus en plus difficile de trouver des professionnels de santé prêts à exercer dans ces zones.

13. Tous les pays de la Région sont exposés. Comme je l'ai déjà fait remarquer, nous avons été confrontés à de graves menaces pour la santé publique, telles que la résurgence de la poliomyélite et d'autres épidémies. La prise en charge des maladies chroniques et les soins préventifs indispensables requis pour les principales maladies non transmissibles, principalement les cardiopathies, les affections respiratoires, le cancer et le diabète, ont été interrompus pour un très grand nombre de personnes souffrant de ces maladies dans les zones de conflit.

14. Notre action dans le domaine de la préparation aux situations d'urgence et de l'organisation de la riposte s'est concentrée sur le renforcement de nos capacités à répondre de façon efficace et effective sur le terrain en fonction de l'évolution des situations, ainsi que sur le renforcement de la préparation régionale et nationale aux catastrophes naturelles et aux situations d'urgence. Ceci a conduit à la création de nouvelles structures internes et de plateformes afin de cibler différents facteurs déterminants de la situation d'urgence. Des partenariats plus solides sont en train d'être scellés avec les autorités sanitaires, les organisations non gouvernementales, les dirigeants communautaires, les institutions universitaires, les donateurs, le secteur privé et d'autres acteurs pour soutenir les pays. Un fond de solidarité régional a été créé pour apporter un financement immédiat sur le court terme et faire face aux situations d'urgence aiguë, et des actions sont entreprises pour mettre en lumière les déficits de financement pour les pays en situation de crise prolongée qui cherchent à reconstruire leurs infrastructures et à dispenser des soins de santé à leurs populations.

15. Tandis que cette introduction met en avant certains des défis les plus importants auxquels nous sommes confrontés et les actions que nous avons menées, le rapport qui suit examine plus en détails le travail accompli pour chacune des cinq priorités régionales clés, depuis leur adoption en mai 2012 jusqu'à aujourd'hui, en mai 2016. Le rapport met aussi l'accent sur la marche à suivre pour s'attaquer à certains problèmes persistants.

16. Durant cette période, nous avons concentré nos efforts sur la maximisation des résultats. Nous sommes aussi parvenus à renforcer les capacités techniques de l'OMS dans la région et à améliorer la qualité des services fournis aux États Membres. Nous continuons à renforcer les capacités au sein du personnel de l'OMS et à utiliser un réseau de plus en plus étendu des meilleurs experts internationaux dans les cinq domaines prioritaires. Travailler en collaboration avec des partenaires et d'autres parties prenantes a constitué une orientation stratégique qui a caractérisé notre travail dans de nombreux domaines programmatiques, et nous allons continuer en ce sens. Ce n'est que par le biais d'une action concertée que nous pouvons relever les défis sanitaires considérables auxquels nos pays sont confrontés. Nous nous engageons à les soutenir alors qu'ils se lancent dans la réalisation des cibles des objectifs de développement durable et qu'ils construisent, ou reconstruisent, des systèmes de santé efficaces et efficaces pour l'ensemble des populations de la Région de Méditerranée orientale.

Renforcement des systèmes de santé

Situation en 2012

17. Le besoin de renforcement des systèmes de santé dans la Région apparaissait clairement en 2012, et la situation n'a pas beaucoup changé actuellement. Les inégalités en matière de santé sont choses courantes, non seulement au sein des groupes 2 et 3 de pays, mais aussi au sein du groupe 1.¹ L'exposition aux risques pour la santé va croissante, notamment pour les causes premières de maladies non transmissibles - les principales causes de décès dans la Région. Les frais des soins de santé augmentent et la couverture par l'assurance maladie est faible, ce qui pousse les familles à déboursier d'importantes sommes d'argent et condamne un grand nombre d'entre elles à la pauvreté (Fig. 1). L'accès à des soins de santé de qualité - et parfois à des soins quels qu'ils soient - est hors de portée pour une part considérable de la population de la Région. Si des réseaux d'infrastructures sanitaires modernes, des professionnels de santé compétents, ainsi que des technologies médicales et des produits pharmaceutiques avancés sont totalement disponibles pour les citoyens de certains pays, ce n'est clairement pas le cas de tous les pays. De telles différences de capacités entre les systèmes de santé contribuent à la création de divergences en matière de résultats sanitaires tels que l'espérance de vie, et la mortalité maternelle et infanto-juvénile.

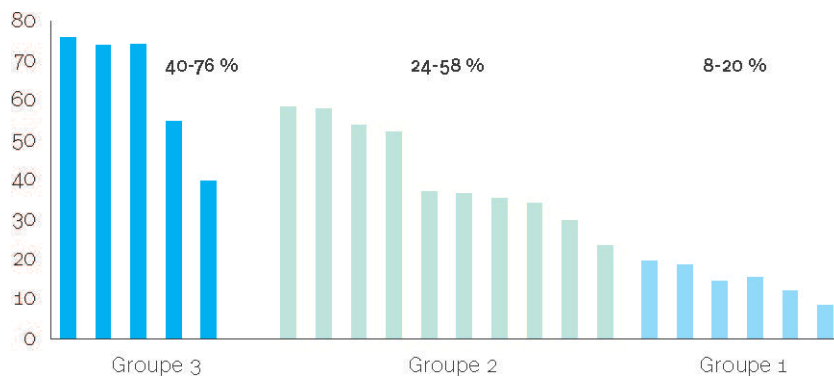


Fig.1. Part des paiements directs dans les dépenses de santé totales 2013. On estime que près de 16,5 millions de personnes dans la Région font face à des catastrophes financières et que 7,5 millions de personnes s'appauvrissent chaque année à cause des paiements directs.

¹ Ces trois groupes ont été définis sur la base de l'état de santé de la population, de la performance du système de santé et du niveau de dépenses sanitaires : 1) les pays dont le développement socioéconomique a progressé considérablement au cours des quatre dernières décennies, soutenus par un revenu élevé ; 2) les pays, principalement à revenu intermédiaire, qui ont mis en place de grandes infrastructures de prestation de services de santé publique mais qui sont confrontés à des contraintes budgétaires ; 3) les pays qui font face à des contraintes majeures pour améliorer les résultats sur le plan de la santé de leur population du fait du manque de ressources pour la santé, de l'instabilité politique, de conflits et d'autres défis complexes de développement.

18. Les systèmes d'information sanitaire, notamment les systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil, ne permettent pas de saisir les données d'état civil nécessaires pour la planification, l'élaboration et le suivi du système de santé. Ceci comprend des données fiables sur les naissances, les décès et les causes de décès, et des indicateurs sanitaires clés. S'il y a des différences entre les pays en termes de qualité du système d'information sanitaire, tous sont dépourvus d'un système complet et entièrement fonctionnel capable de fournir l'information requise rapidement et de manière fiable en vue de la planification et de l'élaboration de politiques.

19. Les capacités et les ressources en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte sont insuffisantes et fragmentées. La violence, la destruction des infrastructures, notamment des infrastructures de soins de santé, et le déplacement de dizaines de millions de personnes sont à l'origine d'une grave crise pour les systèmes de santé qui n'étaient pas suffisamment préparés. En réponse directe à ces problèmes et à d'autres problèmes sanitaires graves, le Bureau régional, en collaboration avec les bureaux de pays, les ministères de la Santé, le Siège de l'OMS et d'autres partenaires, a entamé un processus de renforcement des systèmes de santé des États Membres.

20. En octobre 2012, le Comité régional a adopté une résolution (EM/RC59/R.3) sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de Méditerranée orientale. La résolution, qui a conclu que l'amélioration de la santé de la population de la Région « ne peut être obtenu[e] que moyennant des systèmes de santé nationaux performants, qui assurent un accès universel à des soins de santé efficaces et de bonne qualité », a exhorté les États Membres à se concentrer sur sept priorités stratégiques (encadré 1). Celles-ci sont devenues les objectifs pour le renforcement des systèmes de santé.

Encadré 1. Priorités pour le renforcement des systèmes de santé

1. Renforcement du leadership et de la gouvernance en santé
2. Progression vers la couverture sanitaire universelle
3. Renforcement des systèmes d'information sanitaire
4. Promotion de personnels de santé équilibrés et correctement gérés
5. Amélioration de l'accès à des services de soins de santé de qualité
6. Collaboration avec le secteur privé de la santé
7. Garantie d'un accès aux technologies essentielles, dont les médicaments

Progrès 2012-2016

21. **Leadership et gouvernance** : Eu égard à la diversité du renforcement des systèmes de santé, il a été nécessaire de réaliser un examen approfondi des systèmes de santé dans la Région pour pouvoir élaborer des brefs profils des systèmes de santé pour chaque pays. Ces profils de deux pages, produits annuellement en consultation avec les États Membres, fournissent des informations essentielles sur chaque pays ainsi qu'une courte évaluation des forces, des faiblesses, des opportunités, des problèmes et des priorités. Ils ont pour but d'aider les responsables politiques à se concentrer sur les atouts et les défis propres à leur pays, et fournissent une occasion et un point de départ utiles pour le dialogue, particulièrement lors de missions menées dans les pays. Une gamme de cours sur le renforcement des capacités visant à appuyer l'élaboration de politiques et la prise de décisions gouvernementales, sur la législation et les réglementations sanitaires, sur la santé et les droits de l'homme, sur les politiques et la planification sanitaires, a été proposée en parallèle.

22. Le manque de capacités pour élaborer et mettre en œuvre des politiques et des programmes de santé reposant sur des données factuelles constitue l'un des principaux obstacles au progrès en matière de santé publique dans de nombreux pays. Dans le cadre des actions menées pour renforcer le leadership, un programme de leadership en santé a été lancé pour encourager le développement des compétences parmi les responsables de niveau intermédiaire et supérieur du domaine de la santé publique dans les pays. À ce jour, plus de 50 futurs leaders de ce domaine ont été diplômés. Le programme, proposé en collaboration avec la *Harvard School of Public Health*, vise à former les futurs responsables de la santé publique qui seront en mesure de s'attaquer de manière proactive aux questions de santé à l'échelle locale et nationale qui ont des répercussions directes sur la santé de la population. L'évaluation des fonctions essentielles de santé publique dans la Région constituait une autre initiative phare. Sous la houlette du Directeur régional et avec les conseils d'un comité mondial d'experts de renom, ce travail a établi pour les États Membres les fonctions de santé publique essentielles spécifiques pour la santé et le bien-être des populations. Ceci a été suivi par l'élaboration d'outils et de guides d'autoévaluation pour les pays afin de les aider à identifier les lacunes de leurs capacités en santé publique. L'évaluation a servi d'expérience pilote dans deux pays et sera étendue aux autres pays de la Région.

23. Dans le domaine de la gouvernance sanitaire, une initiative a été lancée pour développer les capacités en matière de diplomatie sanitaire. Elle concerne les négociations engagées par les États Membres à l'échelle mondiale, en particulier, autour des questions de santé qui affectent l'ensemble des pays et qui déterminent l'environnement politique mondial de la santé. Des séminaires annuels ont rassemblé des acteurs clés issus des ministères de la Santé et des Affaires étrangères, des diplomates, des parlementaires et des experts afin de discuter des principales questions de santé mondiales du moment et d'apprendre les uns des autres. Année après année, ceci s'est révélé être le moyen de dialogue le plus instructif permettant à tous les participants de tirer des enseignements et contribuant à renforcer le lien entre politique de santé et politique étrangère dans la Région. Plusieurs pays mettent au point des séminaires et des séminaires-ateliers.

24. **Couverture sanitaire universelle** : L'objectif principal du renforcement des systèmes de santé dans les pays est la réalisation de la couverture sanitaire universelle, c'est-à-dire pour tous les pays et pour tous leurs habitants, citoyens ou non. La couverture sanitaire universelle doit inclure des interventions s'attaquant aux causes principales de morbidité et de mortalité de l'ensemble de la population, notamment des laissés-pour-compte et des plus vulnérables, ainsi que la protection contre des dépenses de santé catastrophiques qui peuvent parfois mener à la ruine financière des familles. Elle constitue une cible importante de l'objectif sanitaire des objectifs de développement durable, et est vitale pour garantir une réponse efficace à l'impact grandissant des maladies non transmissibles. L'approbation, en 2012, par le Comité régional de la couverture sanitaire universelle comme la priorité essentielle, a conduit à l'élaboration et à l'adoption ultérieure, en 2014, du Cadre d'action en vue de faire progresser la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région de Méditerranée orientale. Il s'agit d'un document d'orientation stratégique qui permettra de réaliser cette initiative d'importance vitale pour chaque individu et chaque famille dans les 22 pays de la Région.

25. Ce cadre comprend un ensemble de mesures stratégiques en vue d'instaurer la couverture sanitaire universelle qui reposent sur des données factuelles, ont un bon rapport coût-efficacité et sont réalisables, et chacune d'entre elles sera soutenue par des actions correspondantes de l'OMS. Elles incluent, par exemple, l'établissement d'un mécanisme de pilotage multisectoriel sous la direction de chaque ministère de la Santé, et des actions pour renforcer la protection contre les risques financiers afin de réduire, à terme, la part de frais à la charge des patients, et ainsi les

dépenses de santé catastrophiques, ainsi que l'appauvrissement. Le cadre vise également à garantir que le régime d'assurance maladie sociale de chaque pays comporte un ensemble de services essentiels, dont des services préventifs et curatifs. Enfin, il guide les pays dans la démarche d'extension de la couverture aux groupes vulnérables, en particulier aux personnes démunies et issues du secteur informel, et dans la collecte des données pour permettre le suivi des progrès en vue d'assurer la couverture des populations.

26. Pour faire suite à l'application du cadre d'action régional pour la couverture sanitaire universelle, chaque pays doit à présent mettre en place les actions recommandées (encadré 2.). À cette fin, l'OMS a élargi son soutien par le biais de missions d'examen des systèmes de santé visant à cerner les difficultés et identifier les opportunités de mettre en place des stratégies nationales pour la couverture sanitaire universelle. À la mi-2016, des examens approfondis des systèmes de santé avaient été menés et des stratégies et des plans nationaux avaient été élaborés dans 10 pays. Presque tous les pays, dont les pays du groupe 3, étudient activement les différentes options pour l'instauration de la couverture sanitaire universelle, notamment la question centrale de l'extension de la couverture de la population via à un système d'assurance maladie sociale, et celle de la couverture des groupes informels et vulnérables.

Encadré 2. Couverture sanitaire universelle : engagements clés du cadre d'action

1. Développer une vision et une stratégie
2. Améliorer la protection contre les risques financiers
3. Étendre la couverture des services de santé indispensables
4. Garantir l'extension et le suivi de la couverture de la population

27. **Systèmes d'information sanitaire** : Deux initiatives étroitement liées ont été menées par l'OMS dans la Région afin de combler les lacunes et de remédier à la fragmentation des systèmes d'information sanitaire dans les pays. Ces initiatives, lancées en 2012, sont d'importance vitale pour l'élaboration future de politiques sanitaires reposant sur des données factuelles, ainsi que pour la planification et le suivi.

28. Au cours de la première de ces deux initiatives, l'OMS a travaillé intensivement avec les États Membres pour examiner et renforcer leurs systèmes d'information sanitaire au moyen de consultations d'experts, de réunions interpays et d'une consultation généralisée avec les pays. En 2014, un cadre pour les systèmes d'information sanitaire a été approuvé par le Comité régional. Il fournit 68 indicateurs de base pour le suivi de la santé dans trois domaines : les risques sanitaires et les déterminants de la santé, la situation sanitaire y compris la morbidité et la mortalité, et la capacité de réponse des systèmes de santé. Pour chaque indicateur, l'OMS a fourni une analyse détaillée des attributs (méta-registre) qui couvre la source des données, l'outil utilisé pour les générer, les exigences pour l'analyse, l'utilisation en vue de l'élaboration et la diffusion de politiques. Ces deux dernières années, les États Membres ont commencé à adopter les indicateurs de base et à rendre compte de leur mise en œuvre. Pour autant, à ce jour, aucun pays n'est en mesure de rendre compte de chacun d'entre eux. Relever ce défi est essentiel pour tous les pays. Un rapport exhaustif des lacunes concernant les données de chaque pays a été partagé avec les ministères de la Santé et une évaluation complète est en cours pour identifier les actions prioritaires à entreprendre afin de les corriger. La prochaine étape pour l'OMS est de fournir un soutien technique aux pays, selon leurs besoins, afin de renforcer leurs systèmes d'information sanitaire.

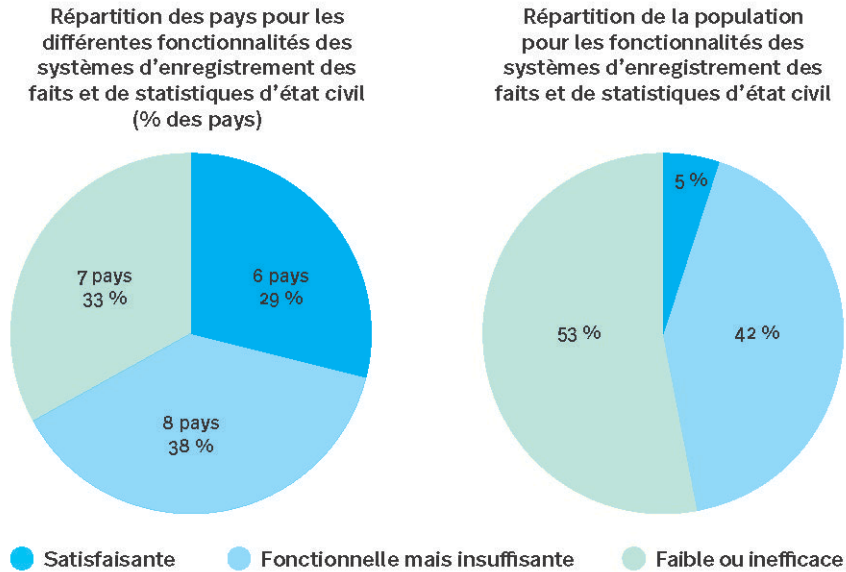


Fig. 2. Fonctionnalités des systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil : résultats d'une auto-évaluation rapide dans 21 pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale 2012-2013

29. La deuxième initiative, approuvée par le Comité régional en 2013, se concentre sur l'amélioration des systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS), avec une attention particulière accordée au renforcement des statistiques de mortalité par cause spécifique. Du fait des évaluations rapides et complètes menées en collaboration avec les ministères de la Santé et d'autres parties prenantes nationales, nous disposons à présent d'une image claire des forces et des faiblesses de ces systèmes dans tous les pays (Fig.2). Les lacunes sont considérables : plus de 30 % du total des naissances n'ont pas été enregistrés dans cette région et un peu moins de 20 % des décès ont été notifiés par cause spécifique. Les lacunes existantes dans chaque pays ont été partagées avec les États Membres et un soutien technique a été apporté sur la base de la stratégie régionale approuvée par le Comité régional. Depuis la conduite des évaluations, le nombre de pays rapportant des statistiques sur les causes de décès dans la Région a augmenté, passant de 7 en 2012 à 13 en 2016. Cependant, tous les pays, indépendamment des progrès accomplis, doivent faire plus pour améliorer la précision de leurs données sur la mortalité par cause spécifique, qui est essentielle pour le suivi de la santé ainsi que des objectifs de développement durable.

30. **Personnels de santé** : Cette initiative comprend non seulement le développement du nombre des professionnels de santé et autres agents de soins requis dans les pays, mais aussi l'amélioration du niveau de qualification des personnels. Il s'agit d'un domaine crucial pour la santé dans la Région. Attirer des agents de soins de santé qualifiés est devenu très difficile dans certains pays où l'instabilité et les conflits font rage, et desquels de nombreux professionnels de la santé ont été obligés de fuir avec leurs familles. Dans d'autres pays, le niveau de rémunération est insuffisant et les conditions de travail sont trop mauvaises pour maintenir le nombre de personnels requis. En collaboration avec les ministères de la Santé, plusieurs stratégies ont été suivies en vue du renforcement des personnels de santé.

31. Un cadre d'action régional pour le développement des personnels de santé a été élaboré en consultation avec les États Membres. Le cadre fondé sur des bases factuelles, parfaitement aligné sur la stratégie mondiale pour les personnels de santé, propose des solutions pour s'attaquer à certains des problèmes les plus importants auxquels les pays ont à faire face.

32. Le renforcement de l'enseignement médical est la clé du développement sanitaire dans la Région. Ce domaine de travail a été négligé à l'OMS au cours des 10 dernières années. Un travail intensif avec

les pays et la Fédération mondiale pour l'éducation médicale a été consacré à la réalisation d'une évaluation claire de la situation de l'enseignement médical dans différents pays, et un cadre régional a été élaboré pour relever les défis existants, sur la base de l'expérience internationale. Ce cadre est un moyen d'intensifier la formation de médecins qualifiés, en commençant par l'établissement et le renforcement des capacités de réglementation, la définition de normes et d'orientations pour les nouveaux établissements d'enseignement médical, la promotion/le renforcement des centres de développement pédagogique, le développement des capacités des responsables de l'éducation et la création de programmes de validation des connaissances indépendants à l'échelle nationale. Attirer et conserver des enseignants compétents, et développer les ressources appropriées pour la formation font aussi partie du cadre. Pour chaque priorité, des actions de la part des États Membres sur le court et le long terme sont définies, et assorties d'un soutien technique spécifique de l'OMS.

33. L'élaboration d'une stratégie régionale visant à renforcer les personnels infirmiers et obstétricaux est tout aussi importante, les infirmiers et les sages-femmes dispensant une très large proportion des services de soins de santé à l'échelle mondiale et dans la Région. La région connaît une pénurie considérable d'infirmiers et de sages-femmes, et la stratégie recommande de mener des actions stratégiques dans cinq domaines clés : gouvernance et réglementation ; systèmes de gestion des personnels ; pratique et services ; accès à un enseignement de qualité ; et recherche.

34. **Accès à des soins de santé de qualité :** Les prestations de services de soins de santé de qualité pour les populations reposent sur les valeurs et les principes des soins de santé primaires. La médecine familiale a été préconisée comme la méthode principale pour dispenser des soins primaires intégrés et centrés sur la personne dans la Région. Pour autant, les pays ont des lacunes importantes et se heurtent à de nombreux problèmes eu égard à la mise en œuvre de programmes de médecine familiale complets adaptés aux changements démographiques et à la charge de morbidité. Les principales actions entreprises pour renforcer les soins de santé primaires ont inclus un examen de la situation, des orientations stratégiques pour les pays et des conseils pour l'intensification de la production de médecins de famille. Des programmes et des outils permettant d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients ont été élaborés pour tous les niveaux de la prise en charge des patients. Le manuel d'évaluation de la sécurité des patients a été mis à jour et un ensemble d'outils a été mis au point pour soutenir les programmes pour la sécurité des patients.

35. Deux nouveaux domaines de travail ont été institués dans les priorités stratégiques du renforcement des systèmes de santé : la gestion hospitalière et le rôle du secteur privé de la santé.

36. Une analyse de la situation des hôpitaux du secteur public dans la Région a été menée et un séminaire-atelier sur le renforcement des capacités a été mis au point au cours duquel les dirigeants hospitaliers de la Région et d'ailleurs ont pu échanger sur les bonnes pratiques en matière de soins hospitaliers et de gestion hospitalière. Par la suite, un réseau de dirigeants hospitaliers et de responsables politiques a été créé pour encourager la collaboration dans ces domaines.

37. Le secteur privé de la santé est l'un des principaux prestataires de soins dans la majorité des pays. Il s'est développé rapidement et il est souvent sous-réglementé. Des partenariats avec le secteur privé pour proposer des services de santé indispensables financés par des fonds publics peuvent être un moyen important d'amélioration de la santé de la population. Mais pour que ceci soit réalisable, le secteur privé de la santé doit être bien réglementé et doit reposer sur des normes et des systèmes d'application définis. La supervision gouvernementale et la tutelle des pouvoirs publics sont essentielles, et une approche non-interventionniste n'est pas acceptable. Le travail concernant le secteur privé de la santé a commencé par une analyse de celui-ci, et a été suivi d'une série de séminaires-ateliers et de consultations visant à obtenir l'implication du secteur privé de la santé, ainsi qu'à le réguler, en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

38. **Technologies essentielles, incluant les médicaments :** L'accès aux technologies sanitaires, comprenant les médicaments, les vaccins, les produits biologiques et les dispositifs médicaux, peut faire la différence entre un état de bien-être et de maladie répandue pour les populations, et la vie et la mort pour les individus. Pourtant, dans de nombreux pays, un pourcentage élevé de la population ne dispose pas d'un accès régulier aux technologies essentielles, notamment aux médicaments, tandis que l'assurance qualité pose problème et l'usage irrationnel répandu. L'aptitude du gouvernement à réguler peut dépendre de l'offre, ce qui peut entraîner des dépenses inutiles et des achats de produits inappropriés. Il est de plus en plus admis que la faible performance des systèmes de santé nationaux dans ce domaine constitue une contrainte majeure au développement sanitaire.

39. En réponse, un outil d'évaluation solide des technologies sanitaires a été mis au point. Cette évaluation s'inscrit dans le cadre d'un processus de prise de décision multidisciplinaire qui utilise l'information de nature médicale, sociale, économique, organisationnelle et éthique en lien avec l'utilisation de technologies sanitaires. Elle soutient la formulation de politiques sanitaires sûres et efficaces orientées sur le patient et vise à obtenir les meilleurs résultats tant en termes de rentabilité économique que de qualité et de performance des soins. Cet outil permet de mener des évaluations coût-avantage afin de prendre des décisions d'achat en fonction d'un budget donné, et permet de réduire le gaspillage et les inefficacités découlant d'investissements inappropriés. Il peut également être précieux pour les pays qui avancent vers la couverture sanitaire universelle.

40. Des profils des secteurs pharmaceutiques ont également été élaborés pour l'ensemble des pays. Ceux-ci fournissent une description détaillée des composants de la politique nationale pour les produits pharmaceutiques, ainsi qu'une carte d'évaluation reposant sur des indicateurs, et présentent les problèmes et les actions prioritaires à mener.

Orientations futures

41. Le cadre d'action pour la couverture sanitaire universelle et le travail mené avec les ministères de la Santé en collaboration avec les bureaux de pays sont très prometteurs et entraîneront de réels progrès, si l'engagement relatif à ce processus est maintenu et élargi. Une attention particulière sera accordée à la finalisation des feuilles de route par pays pour la couverture sanitaire universelle, incluant des stratégies de financement de la santé et de prestation de services de santé. Les expériences et les enseignements tirés d'initiatives menées à l'intérieur comme en dehors de la Région seront mis en commun.

42. Les activités futures portant sur le leadership et la gouvernance se concentreront sur le renforcement des ministères de la Santé, le développement de leurs capacités pour une meilleure réglementation du secteur de la santé, un engagement multisectoriel plus fort, une décentralisation efficace, ainsi qu'une redevabilité et une transparence accrues. Le renforcement des capacités de santé publique dans les ministères de la Santé est primordial. Le programme de leadership en santé, qui connaît le succès depuis deux années consécutives, se révélera d'autant plus bénéfique avec le temps et au fur et à mesure que les diplômés avanceront dans leur carrière. Le programme vise à diplômer jusqu'à 30 leaders du domaine de la santé publique dans la Région chaque année, le but ultime étant de remettre la gestion du programme de leadership à une institution universitaire de la Région pour en assurer la pérennité.

43. La production de données précises par les systèmes d'information sanitaire est absolument vitale pour améliorer la santé des populations. Chaque pays de la Région doit mobiliser un engagement politique de haut niveau et le soutien de la part des secteurs concernés, afin de remplir les objectifs fixés par les initiatives en matière de système d'information sanitaire, notamment la collecte de données complètes sur les causes de mortalité. Les États Membres ont exprimé à plusieurs reprises leur inquiétude concernant la validité des estimations utilisées pour rendre compte de la situation sanitaire des pays. Même si les méthodes utilisées pour générer des estimations se sont améliorées à l'échelle mondiale, il n'existe pas d'alternative à ces estimations tant que les pays ne mettent pas au point des

systèmes de collecte et de notification de données fiables. L'OMS prépare actuellement des méthodologies pour évaluer la validité des indicateurs rapportés, de façon à ce que les résultats des évaluations permettent aux pays d'améliorer leurs systèmes d'information à l'échelle nationale. Chaque pays devra prendre conscience de ses lacunes dans le processus d'établissement de rapports sur les 68 indicateurs de base compris dans le cadre régional sur l'information sanitaire récemment fourni par l'OMS, et devra élaborer un plan en conséquence. Les pays devraient également tenir compte de la nécessité de renforcer les domaines de leurs systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil identifiés par l'évaluation globale et le rapport ultérieur de l'OMS.

44. Le développement des personnels de santé est crucial pour toutes les autres initiatives en santé. Des stratégies claires pour développer les futurs personnels ont été élaborées et seront discutées avec les États Membres lors de la soixante-troisième session du Comité régional. Un engagement politique et éducatif est désormais nécessaire à l'échelle nationale afin d'aller de l'avant.

45. La mise en œuvre du cadre régional pour l'enseignement médical permettra de poursuivre le soutien apporté aux établissements d'enseignement médical. Le cadre sera discuté au cours d'une réunion ministérielle des secteurs de la santé et de l'enseignement supérieur prévue pour le quatrième trimestre 2016. Chaque pays doit examiner la situation des personnels infirmiers et obstétricaux sur la base du cadre d'action régional. L'OMS fournira des orientations et un soutien techniques par le biais d'un réseau d'experts internationaux et régionaux.

46. Les programmes régionaux pour le renforcement des capacités et le soutien technique visant à élargir l'accès aux soins de santé de qualité, notamment en améliorant les soins de santé primaires par le développement de la médecine familiale, devraient être améliorés afin d'accélérer les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle et d'améliorer la sécurité des patients. Obtenir l'engagement du secteur privé de la santé est un élément essentiel sur la voie de la couverture sanitaire universelle. En 2016-2017, l'OMS continuera de fournir des orientations sur le renforcement du rôle du secteur privé en vue de la couverture sanitaire universelle, tout en mettant en œuvre une réglementation pour ce secteur.

47. Des réunions interpays consacrées à l'évaluation et la réglementation des technologies essentielles ont commencé, avec pour objectif d'établir des directives pour soutenir les États Membres. Les pays doivent finaliser, et ensuite mettre en œuvre, des plans d'action dans le but d'instituer une évaluation et une réglementation des technologies sanitaires. L'OMS continuera d'aider au renforcement des capacités et de fournir un soutien technique à chaque étape de la mise en œuvre intégrale de l'évaluation pour les pays. En outre, des donateurs internationaux sont potentiellement prêts à soutenir l'évaluation et la réglementation des technologies sanitaires.

Santé de la mère et de l'enfant

Situation en 2012

48. La santé de la mère et de l'enfant constitue l'une des principales préoccupations de santé publique dans la Région. Certains pays ont parmi les taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés au monde, même si plusieurs pays ont parmi les taux les plus bas. En 2012, on estime que 80 mères et 2 400 enfants sont décédés chaque jour de causes évitables. Sur le nombre de décès de mères et d'enfants dans la Région, 95 % ont eu lieu dans neuf pays à charge élevée, et 45 % des décès d'enfants de moins de 5 ans concernaient des nouveau-nés. Entre 1990 et 2012, la mortalité maternelle a baissé de 42 % et la mortalité des moins de 5 ans de 45 %. Pour autant, ces taux de réduction ne sont pas suffisants pour atteindre les cibles des objectifs de développement durable (ODD) pour 2015.

49. Les taux élevés de mortalité maternelle et infantile dans la Région ont été identifiés comme largement liés aux lacunes et problèmes des systèmes de santé, en particulier aux effectifs des personnels de santé insuffisants, au manque d'accès aux médicaments essentiels, aux systèmes d'orientation-recours

non fonctionnels et à la faible qualité des soins, ainsi qu'à une mauvaise nutrition. La volonté et l'engagement politiques concernant la santé de la mère et de l'enfant restent faibles et les mécanismes de financement pour garantir que les services de santé maternelle et infantile soient compris dans la couverture sanitaire universelle sont inadaptés. La situation est d'autant plus critique dans les pays où l'instabilité, les conflits et les situations de crise prolongée prévalent. Il a également été déterminé que la coordination et l'alignement des partenaires, des parties prenantes et des autres secteurs demandaient à être renforcés dans les pays ayant des taux élevés de mortalité.

50. Reconnaissant la nécessité d'intensifier les efforts des gouvernements, des partenaires et des donateurs en répondant aux besoins en matière de santé maternelle et infantile, l'OMS, l'UNICEF et l'UNFPA, en collaboration avec les États Membres et d'autres parties prenantes, se sont lancés ensemble dans une initiative régionale pour sauver les vies des mères et des enfants. L'objectif était aussi d'accélérer le progrès pour réaliser les ODD 4 et 5 sur la réduction de la mortalité infantile et maternelle. Les approches stratégiques de base adoptées dans cette initiative consistaient à donner la priorité aux pays ayant des taux élevés de mortalité maternelle et infantile, à se concentrer sur les interventions à impact élevé ayant fait leurs preuves qui ont été mises en œuvre dans les soins de santé primaires, et à renforcer les partenariats.

Progrès 2012-2016

51. Les États Membres se sont joints à l'OMS, à l'UNFPA, à l'UNICEF et d'autres parties prenantes lors d'une réunion de haut niveau en janvier 2013 afin de lancer l'initiative. La réunion a abouti à la Déclaration de Dubaï « Sauver les vies des mères et des enfants : relever le défi » qui a donné l'élan nécessaire et a fourni une marche à suivre pour les pays et les partenaires.

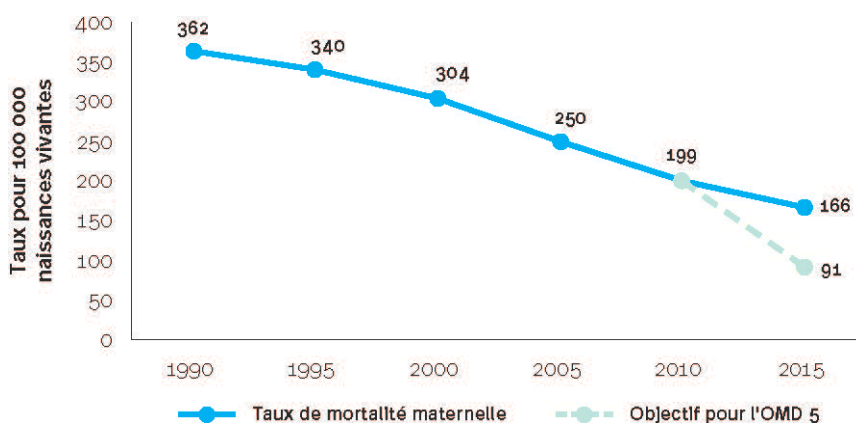
52. La Déclaration de Dubaï a été approuvée par le Comité Régional en octobre 2013, preuve de l'engagement des États Membres à soutenir la santé de la mère et de l'enfant comme priorité dans le programme national en matière de santé. Les neuf pays ayant une charge de mortalité maternelle et infantile élevée ont mené des analyses de la situation de la santé dans ces deux domaines, et ont identifié les lacunes et déterminé les interventions avec le meilleur rapport coût-efficacité afin de remédier aux décès des mères et des enfants. Des plans d'accélération ont été mis au point dans ces pays afin d'intensifier les interventions reposant sur des données factuelles et à impact élevé menées en faveur de la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile. Sept pays sur neuf ont lancé leurs plans avec l'aide de responsables politiques haut placés, grâce à des fonds de démarrage alloués par des sources nationales et par des donateurs, en plus de fonds provenant de la Région et du programme OMS de collaboration avec les pays. Des enquêtes régionales ont été lancées pour évaluer l'initiative, et un renforcement des capacités a été institué pour les administrateurs de programmes portant sur la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile. Des outils ont été élaborés pour améliorer l'évaluation des infections et la lutte contre ces dernières, et pour évaluer les normes de qualité des services de santé destinés à la mère et à l'enfant. Une évaluation des personnels de santé maternelle et infantile a été conduite dans tous les pays à forte charge, et des recommandations clés pour remédier aux lacunes existantes en matière de disponibilité, de distribution et de qualité de la formation ont été fournies.

53. Le renforcement des systèmes d'information sanitaire demeure un facteur crucial d'amélioration de la santé maternelle et infantile. La surveillance de la mortalité maternelle se trouve à des niveaux très variés de mise en œuvre dans les pays dans la Région. Des initiatives ont été lancées pour renforcer cette surveillance, et des outils pour la surveillance des décès périnataux ont été testés à l'échelle nationale. Afin d'accélérer les plans pour la santé maternelle et infantile, des réunions interpays et des missions de pays ont été organisées conjointement avec l'UNFPA et l'UNICEF pour identifier les interventions prioritaires visant à lutter contre les causes principales de décès évitables.

54. Dans la lignée du partenariat en vue d'améliorer les résultats en matière de santé maternelle et infantile dans la Région, et compte tenu de l'importance accordée au continuum de soins tout au long de la vie, les soins préconceptionnels sont encouragés au sein des programmes de santé maternelle et

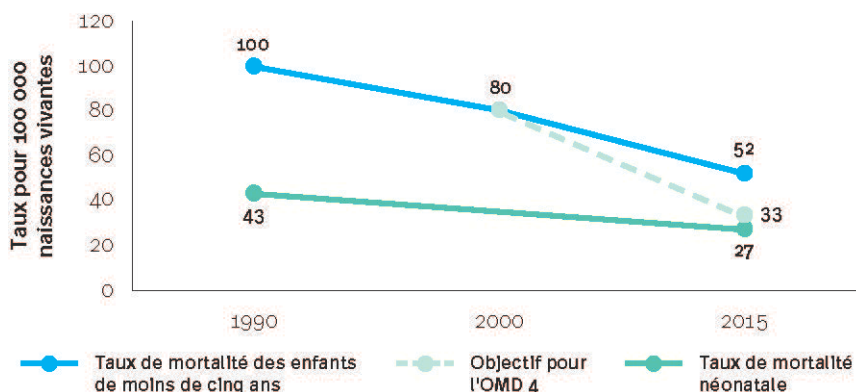
infantile. Les États Membres se sont engagés à renforcer la mise en œuvre du programme de soins préconceptionnels, en adoptant et en mettant en œuvre des interventions reposant sur les données factuelles, ayant un bon rapport coût-efficacité, qui prennent en compte l'aspect culturel et ont un fort impact sur la santé maternelle et infantile, interventions aussi appelées « meilleures options ».

55. Fin 2015, des progrès importants ont été répertoriés dans la réalisation des ODD 4 et 5 dans la Région. Entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle a baissé de 54 % (Fig.3) et la mortalité des moins de 5 ans de 48 % (Fig.4). Huit pays ont réalisé l'ODM 4 et trois ont réalisé l'ODM 5. Sur les neufs pays qui ont une charge de mortalité maternelle et infantile élevée, deux ont déjà atteint l'ODD 4.



Sources : Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015, estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA, du Groupe de la Banque mondiale et de la Division de la Population des Nations Unies.

Fig.3 Tendances de la mortalité maternelle sur la période 1990-2015



Sources : Niveaux et tendances de la mortalité infantile. Estimations mises au point par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité infantile. Rapport 2015.

Fig.4 Tendances régionales de la mortalité des moins de 5 ans, 1990-2015

Orientations futures

56. La santé maternelle, néonatale et infantile doit demeurer une priorité dans tous les pays, indépendamment des revenus et du niveau de développement. Les progrès doivent être maintenus dans les programmes déjà lancés, et des calendriers pour les mises en œuvre futures doivent également être respectés. L'OMS continuera d'apporter son soutien aux pays ayant une charge élevée de morbidité et aux pays en situation d'urgence. Du fait de leur impact sur la morbidité et la mortalité, la santé néonatale, le développement du jeune enfant, la santé de l'adolescent et les soins préconceptionnels apparaissent de plus en plus comme des priorités dans la Région. Les initiatives pour instaurer la couverture sanitaire universelle et pour améliorer la qualité des soins sont tout autant cruciales pour la santé maternelle et infantile.

57. Tous les pays doivent s'engager à développer ou mettre à jour leurs plans stratégiques pour la santé génésique, maternelle, néonatale et infanto-juvénile pour 2016-2020, tels qu'adoptés par le Comité régional en octobre 2015, et en accord avec la stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé des femmes, des enfants et des adolescents. La prise en compte des inégalités en matière de santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé doit commencer dès les étapes de planification des initiatives pour la santé maternelle et infantile.

Maladies non transmissibles

Situation en 2012

58. Les maladies non transmissibles sont la première cause de mortalité à travers le monde, notamment dans la Région de Méditerranée orientale, où tous elles comptaient (tous types confondus) pour 57 % des décès, soit plus de 2,2 millions de personnes, dans toute la Région en 2012. Dans les pays du groupe 1 et dans de nombreux pays du groupe 2, jusqu'à 75 % des décès sont dus à ces maladies. On estime que près de la moitié de ces décès surviennent prématurément dans certains pays. La majorité des décès et des incapacités sont évitables, avec la mise en place d'interventions reposant sur des données factuelles et ciblant les quatre groupes principaux de maladies – cardiopathies, affections respiratoires chroniques, cancer et diabète – et les facteurs de risque associés tels que le tabagisme, une mauvaise alimentation, l'inactivité physique et un usage nocif de l'alcool.

59. Au vu de l'impact social et économique dévastateur des maladies non transmissibles, notamment en termes de santé publique, les dirigeants mondiaux se sont réunis en 2011 à l'occasion de l'Assemblée générale des Nations Unies et ont convenu d'une feuille de route contenant des engagements concrets pour s'attaquer à la charge mondiale de morbidité. À ce titre, la priorité de l'OMS et des États Membres, en 2012 et par la suite, consistait à se concentrer sur la mise en œuvre de cette feuille de route. Les priorités consistaient notamment à plaider en faveur d'une volonté politique et d'un engagement multisectoriel au plus haut niveau, à fournir un appui technique pour l'élaboration de plans multisectoriels et la mise en œuvre des actions recommandées dans la Déclaration, ainsi qu'à mettre au point des cadres de suivi, comprenant notamment une série d'objectifs et d'indicateurs nationaux..

Progrès 2012-2016

60. En octobre 2012, le Comité régional a approuvé un cadre d'action afin de mettre en œuvre la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles. Le cadre comprend un ensemble de mesures stratégiques que les pays devraient prendre dans quatre domaines de travail : la gouvernance, la prévention et la réduction des facteurs de risque, les soins de santé et la surveillance. Le cadre régional approuvé par le Comité régional constitue une étape importante en ce qu'il engage les pays à suivre des mesures d'évaluation des progrès très

spécifiques reposant sur des données factuelles dans les quatre domaines. Toutes les mesures incluses dans le cadre sont à impact élevé, reposent sur des données factuelles, ont un bon rapport coût-efficacité, sont abordables (meilleures options) et peuvent être mises en œuvre par tous les pays, indépendamment des revenus. Les indicateurs de progrès incluent les éléments suivants :

- l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie/d'un plan d'action national(e) multisectoriel(le) ;
- la définition de cibles nationales assorties de délais et d'indicateurs de base sur les orientations de l'OMS ;
- la mise en œuvre des quatre mesures visant à réduire la demande figurant dans la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac au niveau le plus élevé de réalisation : taxation, politiques non fumeurs, mises en garde sanitaires et interdictions de la publicité ;
- la mise en œuvre de quatre mesures pour lutter contre la mauvaise alimentation : politiques visant à réduire la consommation de sel ; politiques visant à réduire la consommation de graisses saturées et à éliminer les graisses trans industrielles ; directives pour le marketing destiné aux enfants ; et recommandations du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel ;
- la mise en œuvre de programmes nationaux de sensibilisation du public sur l'alimentation et/ou l'activité physique ;
- la mise en œuvre, si nécessaire, et en fonction de la situation du pays, de trois mesures reposant sur des bases factuelles pour réduire l'usage nocif de l'alcool : élaboration et mise en œuvre de réglementations ; interdictions de la publicité et de la promotion ; et politiques de tarification ;
- le renforcement du suivi des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque au moyen de la mise en œuvre du cadre de surveillance de l'OMS des MNT, incluant un système fonctionnel pour la génération systématique de données fiables sur la mortalité par cause spécifique ;
- l'intégration de la gestion des soins de santé des personnes atteintes de maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, et fourniture de thérapies médicamenteuses (y compris pour le contrôle de la glycémie) et de conseils aux personnes fortement exposées aux infarctus du myocarde et aux accidents vasculaires cérébraux.

61. Un tableau de bord des interventions légales prioritaires pour s'attaquer aux maladies non transmissibles a été mis au point dans la Région. Il inclut l'augmentation des taxes et l'interdiction de la publicité en faveur du tabac ainsi que sa promotion ; l'élimination des graisses trans industrielles dans l'alimentation et la réduction du sel dans les aliments transformés ; et la protection des politiques de santé publique face aux intérêts particuliers. La Région produit annuellement de brefs profils sur les capacités de réponse de chaque pays face aux maladies non transmissibles, sur la base des indicateurs de progrès définis dans le cadre régional.

62. Les cardiopathies, les affections respiratoires chroniques, le cancer et le diabète nécessitent tous des services de soins chroniques pour obtenir des résultats de santé positifs et garantir la bonne santé de la population. Deux domaines sont d'importance cruciale : l'intégration des soins de santé pour les maladies courantes dans les soins de santé primaires, et la continuité du traitement dans les situations de crise et d'urgence. Un cadre régional pour l'intégration et la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires a été élaboré, assortis d'options politiques, pour les trois groupes de pays à prendre en compte. Maintenir les soins de santé dans les situations d'urgence nationale est un processus difficile, particulièrement dans le cas des personnes déplacées et dans les zones où les établissements de soins de santé ont été endommagés ou détruits et où les agents de santé ont fui. À cet égard, un kit sanitaire d'urgence pour les maladies non transmissibles est actuellement en cours d'élaboration, et comprend les technologies et médicaments essentiels nécessaires afin de garantir la continuité du traitement pour 10 000 personnes pendant trois mois, dans les régions où l'approvisionnement régulier en médicaments et technologies a été interrompu.

63. Les troubles de santé mentale constituent également l'une des causes principales de la charge de morbidité dans la Région. La majorité des individus atteint de troubles mentaux allant de modérés à sévères n'ont pas accès aux soins de santé et prestations sociales essentiels. La stratégie mondiale sur la santé mentale fournit une liste complète d'interventions pour renforcer les programmes nationaux de santé mentale et améliorer l'accès aux soins. Le travail intensif mené en collaboration avec des experts internationaux et régionaux a conduit à l'élaboration d'un plan régional pour intensifier l'action en matière de santé mentale, qui est à présent disponible pour les pays. Le cadre fournit un ensemble d'interventions reposant sur des bases factuelles, ayant un bon rapport coût-efficacité et abordables qui, une fois mises en œuvre, auront un impact élevé sur l'amélioration de la santé mentale des populations. Il comprend également des mesures dans quatre domaines : la gouvernance, les soins de santé, la promotion et la prévention, ainsi que la surveillance et le suivi. Tous les pays peuvent mettre ces mesures en œuvre, indépendamment de leurs niveaux de revenus.

64. La salubrité de l'environnement est un domaine d'importance croissante dans la Région. La pollution atmosphérique, l'eau potable insalubre, la mauvaise qualité des systèmes d'assainissement, la nourriture contaminée et les expositions aux produits chimiques constituent une préoccupation majeure, de même que les effets anticipés du changement climatique sur la santé. En 2013, le Comité Régional a approuvé une stratégie régionale axée sur la santé et l'environnement avec un cadre d'action pour la période 2014-2019. Par la suite, plusieurs pays ont mis au point des cadres d'action nationaux, et d'autres ont commencé à mettre en œuvre la stratégie régionale. Une évaluation régionale de la sécurité sanitaire des aliments et une mission nationale d'établissement des profils ont été conduites dans 15 pays. L'OMS et les pays procèdent à un suivi des résultats et des recommandations, et un plan d'action régional en vue de renforcer les systèmes de sécurité sanitaire des aliments est en phase d'élaboration.

Orientations futures

65. En 2018, à l'occasion de la troisième réunion de haut niveau des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, tous les États Membres devront rendre compte des progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements clés inclus dans la déclaration politique de 2011 et dans le cadre d'action régional. Des indicateurs clairs ont été mis au point et seront utilisés pour mesurer les progrès. Un examen de progrès récent portant sur les indicateurs a montré qu'il reste beaucoup à faire. Par exemple, seuls 9 % des pays ont procédé à la mise en œuvre totale de la taxation sur les produits du tabac, 18 % ont appliqué les restrictions publicitaires concernant les enfants, et 27 % ont mené des études sur les facteurs de risque. Les actions ciblées et assorties de délais n'ont sans doute jamais été aussi claires que dans le domaine des maladies non transmissibles.

66. Une amorce de progrès a été observée et une dynamique en a découlé au niveau des responsables politiques et du milieu de la santé. La marche à suivre pour les États Membres dans la lutte contre les causes principales de mortalité consiste à accélérer le progrès afin de répondre aux objectifs d'ici 2025. En 2018, les pays devront avoir rendu compte des engagements inclus dans le cadre régional.

Maladies transmissibles

Situation en 2012-2016

67. Les actions de santé publique face aux menaces que constituent les maladies transmissibles émergentes et d'origine endémique dans la Région n'ont cessé de constituer un défi depuis 2012. La Région a été confrontée à des épidémies répétées de maladies émergentes, et les situations d'urgence humanitaire et de conflits prolongés complexes ont eu un profond impact sur les systèmes de santé déjà fragilisés, rendant la lutte contre les maladies et les efforts d'élimination de ces dernières extrêmement difficiles et ambitieux.

68. On estime qu'en 2012, les maladies transmissibles ont été responsables d'environ un tiers de l'ensemble des décès et d'un tiers de toutes les maladies dans la Région, ce qui a constitué un frein considérable au développement sanitaire et socioéconomique dans certains pays. Sur les trois pays d'endémie de la poliomyélite, deux se trouvent dans la Région de Méditerranée orientale et ont rapporté plus grand nombre de cas. Ces faits menacent les progrès effectués en matière d'éradication de la poliomyélite à l'échelle mondiale. Le VIH continue de se propager à grande vitesse, et la charge mondiale de paludisme et de tuberculose demeure élevée, notamment dans les pays du groupe 3. La couverture et la qualité des programmes de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose devaient être améliorées. Tandis que le nombre de nouveaux cas d'infection par le VIH continue d'augmenter dans la Région, la couverture du traitement était la plus faible de toutes les régions OMS. On estime que plus de la moitié de tous les cas de tuberculose n'ont pas fait l'objet d'une notification. L'hépatite virale a pris la forme d'une épidémie silencieuse dans certains pays.

69. La Région a connu une augmentation du nombre de maladies transmissibles émergentes et réémergentes, incluant notamment la grippe aviaire, la brucellose, le choléra, la dengue et d'autres fièvres hémorragiques virales, la diphtérie, la rougeole, la fièvre jaune, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen orient (MERS-CoV), le virus du Nil occidental et l'hépatite A. Les programmes de vaccination et de lutte contre les maladies à prévention vaccinale ont été confrontés à des défis considérables dans plusieurs pays, entraînant une augmentation des taux et de l'incidence de ce type de maladies. Les objectifs régionaux d'élimination de la rougeole ont subi un revers majeur du fait de la baisse de la couverture vaccinale des populations à risque.

70. La sécurité sanitaire dans la Région est une question critique. Le respect des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005), un accord légal international engageant l'ensemble des États Membres, est toujours fortement compromis en raison de lacunes critiques dans les systèmes de santé publique des pays. Alors que la situation sécuritaire s'est détériorée, les efforts de lutte contre plusieurs maladies transmissibles à forte charge et d'élimination de ces maladies ont cessé et les actions de prévention ont été impactées. Les capacités de surveillance des pays en vue de détecter les flambées épidémiques et d'organiser la riposte, d'évaluer les programmes et d'effectuer des projections des besoins futurs ont été identifiées comme particulièrement problématiques à mettre en place, notamment dans les pays des groupes 2 et 3.

Progrès 2012-2016

71. Tout examen visant à évaluer la réponse de la Région à contrôler la charge des maladies transmissibles doit prendre en compte la perpétuelle détérioration de la situation sécuritaire de la Région. Le fait que les flambées de maladies transmissibles aient été rapidement contenues de façon à ne pas dégénérer en épidémies ou en pandémies, et qu'elles ne se soient pas propagées à l'échelle mondiale, représente en soi un succès considérable et un accomplissement dans le domaine de la santé publique. Les défis majeurs de la lutte contre les maladies ont été et demeurent les suivants : les déplacements massifs de populations, les dommages causés aux établissements de santé et leur destruction, l'interruption des services de santé publique essentiels, la migration des agents de santé fuyant les violences, un accès toujours plus limité aux soins de santé incluant notamment les fournitures médicales et les vaccins, ainsi que les attaques armées dirigées contre les agents de santé.

72. La Région de Méditerranée orientale est à présent la seule région OMS où la poliomyélite demeure endémique. En 2012, l'Afghanistan et le Pakistan ont mis en œuvre des plans d'urgence nationaux, démontrant ainsi leur haut degré d'engagement en faveur de l'amélioration de l'exécution des programmes et la responsabilisation à ce niveau. Ceci s'est accompagné d'une intensification du soutien technique de l'OMS et des partenaires internationaux, et du renforcement des activités de plaidoyer par

les responsables communautaires et les chefs religieux pour contrer les campagnes de désinformation menées par certains groupes. En 2013, les flambées de poliomyélite dans la Corne de l’Afrique et au Moyen-Orient ont immédiatement été prises en compte comme une menace sérieuse pour la sécurité sanitaire, et le comité d’urgence du RSI a déclaré un état d’urgence de santé publique de portée internationale. S’en sont suivis des efforts massifs menés par les gouvernements nationaux de toute la Région et des partenaires du milieu de la santé afin de venir à bout du virus. Depuis 2012, le nombre de cas de poliomyélite a connu une baisse considérable (Fig. 5). Le poliovirus continue de circuler dans certaines régions d’Afghanistan et du Pakistan du fait de lacunes dans la couverture vaccinale liées aux difficultés d’accès, du refus des parents de faire vacciner leurs enfants, et du manque de programmes opérationnels dans les zones accessibles. L’insécurité et les attaques contre les agents de vaccination, ainsi que la propagation d’informations erronées, continuent de freiner les efforts déployés pour atteindre les enfants et les vacciner dans certaines zones.

73. Le respect des dispositions du Règlement sanitaire universel (2005) a été fortement recommandé parmi les États Membres et les parties prenantes comme nécessaire afin d’instaurer la sécurité sanitaire à l’échelle nationale, régionale et mondiale. À la suite de l’épidémie d’Ebola en Afrique de l’Ouest, et sur demande des États Membres de la Région, l’OMS a mené des évaluations rapides sur les capacités des pays à détecter et à répondre rapidement à un cas d’Ebola. Les résultats ont mis en lumière des lacunes en matière de capacités de prévention et de lutte contre les épidémies pour l’ensemble des pays, notamment ceux qui s’étaient déclarés en mesure d’appliquer le RSI 2005 (Fig. 6). Les évaluations menées par l’OMS ont également mis en lumière les limites de l’outil d’auto-évaluation du RSI, ce qui a conduit le Comité régional à appeler, au cours de sa soixante-deuxième session, à l’adoption d’une évaluation indépendante et à l’établissement d’une commission d’évaluation régionale du RSI, visant à favoriser la délivrance d’orientations techniques aux pays, et à superviser les progrès des évaluations externes conjointes indépendantes. Notre région a joué un rôle majeur dans l’harmonisation de l’outil d’évaluation du RSI avec l’outil du Programme d’action pour la sécurité sanitaire mondiale (PASSM), ainsi que dans l’élaboration de l’outil d’évaluation externe conjointe à présent adopté par toutes les régions de l’OMS et par le PASSM.

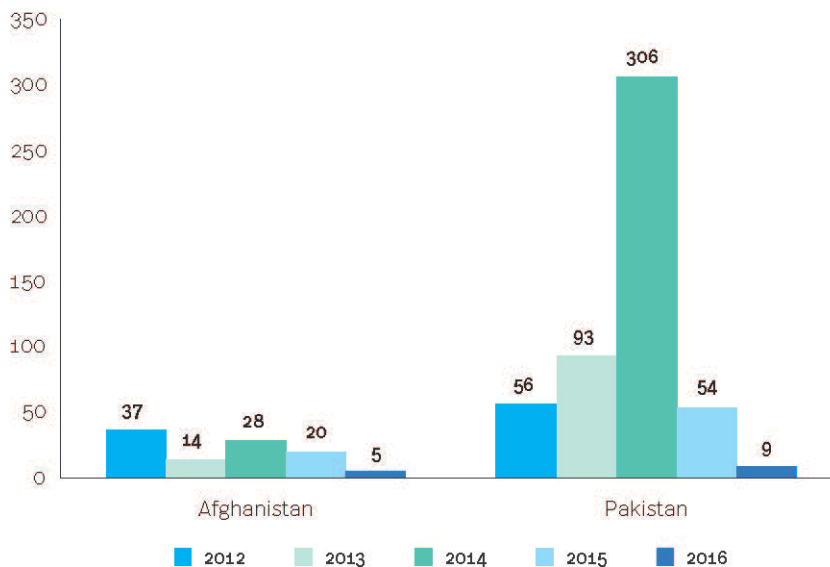


Fig. 5. Diminution du nombre de cas dans les pays d’endémie de poliomyélite depuis 2012

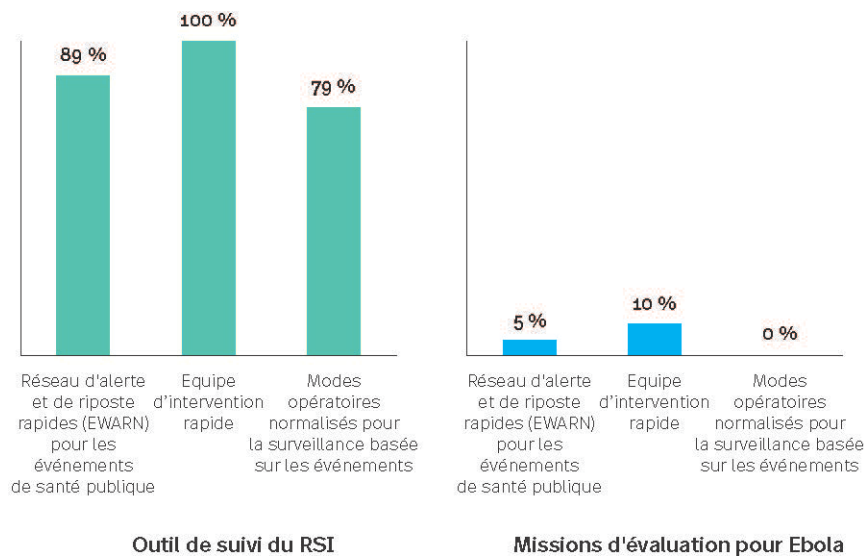


Fig. 6. Comparaison entre les résultats de l'évaluation du suivi du RSI et les résultats de l'évaluation pour Ebola, 2014, pour la capacité principale de la surveillance

74. Une réorganisation stratégique de l'application du RSI avec un nouveau cadre de suivi et d'évaluation a été mise au point avec quatre composants : auto-évaluations annuelles des États Membres, analyses après action en réponse aux flambées/crises, exercices de simulation et évaluations externes conjointes indépendantes. Chaque État Membre a actuellement mis en place un point focal national pour le RSI. Les pays ont élaboré des plans pour l'application du RSI, et on observe une reconnaissance grandissante de l'importance cruciale du renforcement des mesures aux points d'entrée pour gérer les menaces sanitaires.

75. Les maladies infectieuses de grande ampleur qui constituaient une véritable menace et qui ont fait l'objet d'une investigation et ont été rapidement maîtrisées au cours des cinq dernières années incluaient la fièvre jaune au Soudan ; l'hépatite A en Iraq et en Jordanie ; le choléra en Iraq ; la grippe épidémique en Égypte, en Iraq, en Jordanie, au Koweït, en Libye, au Pakistan, en Tunisie et au Yémen ; la grippe aviaire A(H5N1) en Égypte ; le syndrome respiratoire du Moyen orient (MERS) en Arabie saoudite et d'autres pays ; et la dengue au Pakistan, au Soudan et au Yémen. Des efforts efficaces et rapides ont permis d'éviter des situations d'urgence sanitaire internationale de grande ampleur provoquées par ces menaces. Un système de réseau d'avertissement, d'alerte et de réponse rapides a été mis en place et rapidement étendu pour un dépistage et une réponse rapides aux menaces sanitaires dans tous les pays affectés par la crise syrienne et d'autres situations d'urgence. L'intérêt d'établir un tel réseau a été illustré par le fait que certaines épidémies de grande ampleur ont été évitées. Un réseau régional d'experts et d'institutions techniques a été mis en place pour faciliter le soutien à la riposte internationale aux flambées épidémiques.

76. Des systèmes de surveillance pour le syndrome de type grippal et les infections respiratoires aiguës sévères ont été mis en place afin de développer les capacités locales en vue d'un dépistage, d'une reconnaissance et d'une réponse précoces face à tout nouveau virus grippal susceptible de donner lieu à une pandémie. Au total, 16 centres nationaux de la grippe ont été créés dans la Région pour procéder à l'isolement, au séquençage et au test de résistance antiviral du virus grippal. De plus, le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique, une initiative unique de partenariat public-privé, a été étendu en vue de renforcer les capacités des pays en matière de dépistage et de riposte au virus grippal potentiellement pandémique et d'augmenter l'accès aux vaccins et autres fournitures liées aux

pandémies. Les capacités des laboratoires pour la prévention, le dépistage et la maîtrise des maladies ont également été renforcées.

77. Même si des défis persistent, la moyenne régionale de la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) est toujours de 82 % et 14 pays ont maintenu une couverture vaccinale systématique par le DTC3 à plus de 90 % en 2014. Malgré la survenue de flambées dans plusieurs pays, dans l'ensemble le nombre de cas rapportés de rougeole a chuté de moitié entre 2011 et 2014. Des campagnes antirougeoleuses ont été lancées dans 12 pays en 2015, permettant la vaccination de plus de 65 millions d'enfant avec le vaccin contenant une valence rougeole. Des progrès considérables ont été effectués dans le renforcement des capacités, la planification et l'évaluation des programmes de vaccination, et des groupes consultatifs techniques nationaux pour la vaccination sont à présent établis dans presque tous les pays. Le Comité régional a approuvé la mise en œuvre d'un nouveau plan d'action régional pour les vaccins en 2015. Dans les zones en situation de crise où les établissements de santé ont été endommagés, détruits ou sont inexistantes, notamment dans les camps de personnes déplacées, des approches innovantes à base communautaire comprenant l'établissement d'équipes de soins mobiles ont été mises en place avec succès. De telles innovations ont permis de combler les écarts en matière de couverture vaccinale, notamment pour la rougeole.

78. Un cadre opérationnel régional a été élaboré pour mettre en œuvre le plan d'action mondial de lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans la Région. Les données et les informations factuelles ont été générées concernant la charge, l'échelle et la magnitude de la menace que constitue la résistance aux antimicrobiens dans la Région, et des actions de santé publique ont été harmonisées avec le secteur de la santé animale en vue d'une approche intégrée et coordonnée visant à lutter contre cette menace émergente pour le genre humain.

79. La couverture du traitement pour le VIH a quasiment doublé entre 2011 et 2014, bien que la couverture globale pour le traitement antirétroviral des personnes éligibles demeure en deçà de 20 %. Une augmentation régulière de la notification des nouveaux cas de tuberculose est observée depuis 2012, tandis que le taux de guérison a connu une amélioration, avec un taux de 91 % en 2015, soit un résultat bien supérieur à la cible mondiale de 85 %. L'incidence estimée et le taux de décès dus au paludisme ont chuté entre 2010 et 2015.

Orientations futures

En plus de renforcer les efforts pour maîtriser les flambées de maladies transmissibles, les actions doivent se concentrer sur la sécurité sanitaire, notamment le fait que tous les pays doivent appliquer le Règlement sanitaire international (2005) dans son intégralité. Les capacités requises au titre du RSI (2005) doivent être réalisées. Bien que les auto-évaluations indiquaient des niveaux assez élevés d'application des réglementations, des missions d'évaluations ultérieures en réponse à l'importation potentielle d'Ebola ont révélé de nombreuses lacunes critiques dans les pays. Ces lacunes, telles que l'absence de structures opérationnelles de coordination, de centres opérationnels d'urgence et de surveillance en temps réel des menaces sanitaires aiguës, doivent être comblées grâce à des efforts concertés des États Membres. L'OMS, avec les États Membres, a défini les étapes spécifiques que les pays doivent suivre et a fourni le soutien technique et le renforcement des capacités en vue d'une application totale du RSI (2005). Au moyen de nouvelles évaluations externes conjointes harmonisées, et en collaboration avec le Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale (PASSM), les compétences de bases du RSI seront évaluées dans tous les pays. Nous avons établi comme objectif d'évaluer 10 pays sur le reste de l'année 2016, en commençant par le Pakistan qui a conduit l'évaluation début mai 2016. L'OMS et les pays doivent déployer le cadre stratégique pour la lutte contre les maladies émergentes, et élaborer un cadre pour l'intégration du système d'alerte rapide pour les flambées de maladies dans les pays affectés par des crises humanitaires. Le réseau d'experts formés et d'institutions techniques sera élargi pour apporter un soutien aux États Membres dans le processus de détection des flambées, dans les enquêtes sur le terrain et la

capacité de riposte. La préparation institutionnelle de l'OMS doit être renforcée pour une réponse rapide et complète aux menaces sanitaires émergentes. La coordination transfrontalière entre les pays doit aussi être renforcée. Combattre la menace grandissante de la résistance aux antimicrobiens constituera une priorité de premier ordre.

80. Les programmes de vaccination ont grandement contribué à protéger la santé publique et à faire la promotion du développement sanitaire et socioéconomique global. Tandis que la contribution du gouvernement aux programmes de vaccination a augmenté dans tous les pays, il est possible que le niveau de fonds disponibles alloués par des donateurs à l'échelle mondiale soit amené à baisser dans les années à venir ; les pays doivent donc renforcer leurs efforts pour s'assurer que les programmes de vaccination complets reçoivent un financement suffisant.

81. La persistance de la violence, le désordre civil, les personnes déplacées et les crises humanitaires dans de nombreux pays de la Région ont contribué à repousser l'éradication de certaines maladies transmissibles, la priorité étant temporairement donnée à leur maîtrise. Pour autant, des plans complets reposant sur les données factuelles sont toujours en vigueur en vue du but ultime d'éradication qui sera atteint au moyen d'une collaboration continue entre toutes les parties.

Préparation et riposte aux situations d'urgence

Situation en 2012-2016

82. Les conflits sociaux et politiques entre 2011 et 2012 ont explosé au point de dégénérer en crises humanitaires d'une ampleur sans précédent et ont créé des besoins de santé auxquels plus de la moitié des pays sont actuellement confrontés. En 2012, on estime que 40 millions de personnes ont eu besoin de services de santé suite aux situations d'urgence. Aujourd'hui, ce chiffre dépasse les 62 millions (Fig.7). Depuis 2012, trois pays (l'Iraq, la République arabe syrienne et le Yémen) ont été déclarés en situation d'urgence de niveau 3, le niveau le plus élevé du système de désignation des situations d'urgence des Nations Unies. Les pays voisins ont également été sévèrement affectés.

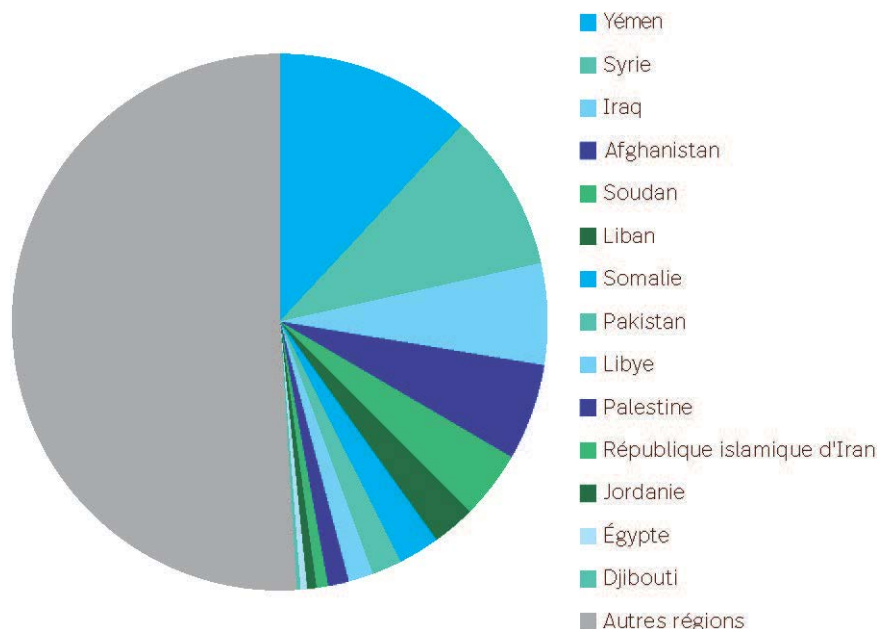


Fig. 7. Sur un total de 125 millions de personnes dans le monde qui ont besoin de services de santé en situations d'urgence, près de la moitié se trouvaient dans la Région de la Méditerranée orientale, fin 2015.

83. Plus de la moitié des réfugiés dans le monde viennent de la Région de Méditerranée orientale, et cette dernière héberge également le nombre le plus important de personnes déplacées des suites d'un conflit. En effet, 30 millions de personnes ont été déplacées, deux tiers à l'intérieur de leur pays et le reste vers d'autres pays. Les réfugiés syriens enregistrés au Liban comptent à présent pour un tiers de la population totale du pays estimée à 4 millions, et pour 10 % de la population en Jordanie. La plupart des réfugiés vivent au sein de communautés d'accueil (Fig.8).

84. La détérioration de la situation a conduit à une exposition plus importante des personnes déplacées ainsi que des communautés d'accueil à un risque plus élevé de contracter des maladies infectieuses en raison de la surpopulation, de l'accès restreint à de l'eau ne présentant pas de risque sanitaire et à des services d'assainissement, et des différents degrés d'accès aux services de soins de santé primaires. Les flambées de maladie ont constitué une préoccupation majeure, soulignant le besoin d'améliorer les capacités de détection des menaces de santé publique et de lutte contre celles-ci.

85. Dans les pays en proie aux conflits et à la violence, les services de santé mentale sont le plus souvent indisponibles du fait du manque de personnel qualifié. Les prestations de soins de santé de base et d'urgence sont souvent entravées du fait des pénuries de médicaments et de fournitures médicales essentielles et de base, de même que de carburant visant à assurer le fonctionnement continu des établissements de santé. Les systèmes de santé fragilisés et les pénuries de médicaments augmentent la charge des maladies non transmissibles, les populations n'ayant plus accès à un traitement régulier ou à des médicaments essentiels permettant de sauver des vies.

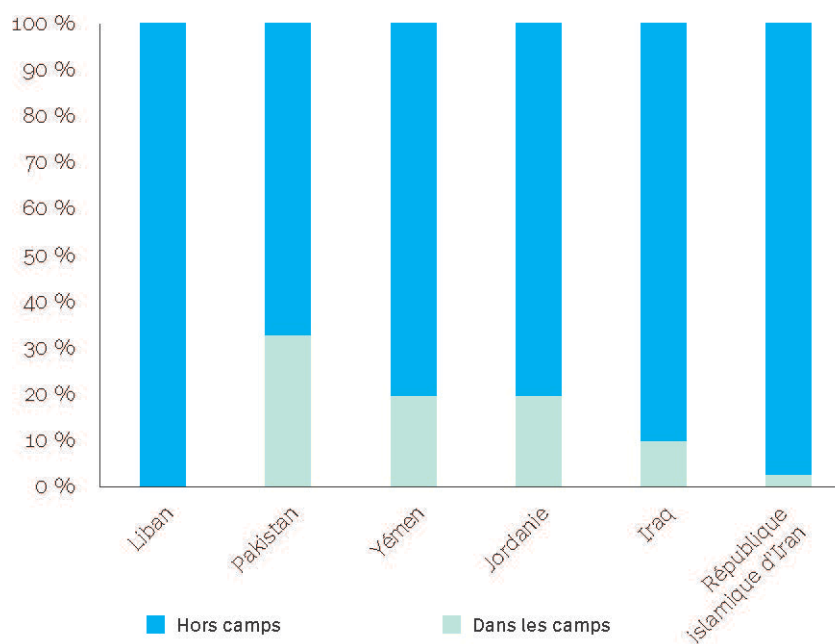


Fig 8. Populations déplacées dans les pays hôtes vivant dans les camps et au sein des communautés d'accueil

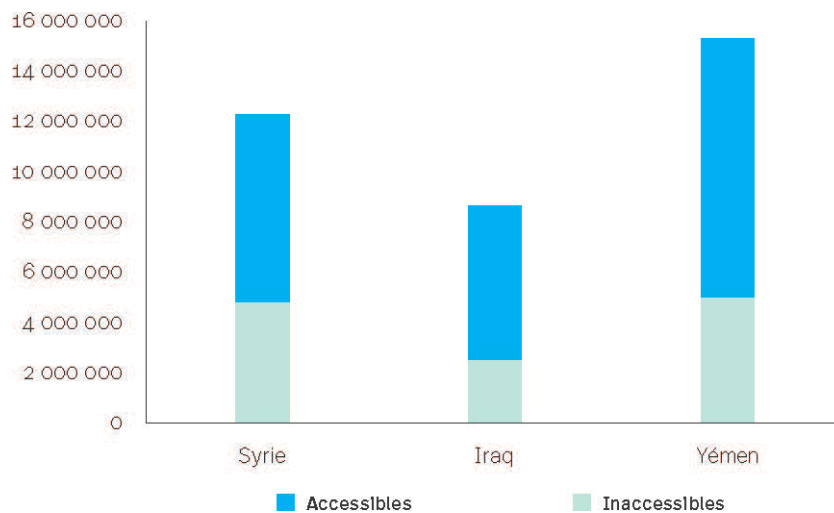


Fig. 9. Nombre de personnes dans le besoin vivant dans des régions accessibles et inaccessibles ou difficiles à atteindre, dans les pays faisant face à des situations d'urgence de niveau 3

86. Les problèmes principaux entravant la mise en place d'une réponse efficace dans les situations d'urgence sont entre autres le manque d'accès aux populations vivant dans des zones reculées et la réduction de l'espace humanitaire (Fig.9). De façon inquiétante, les agents de soins et les établissements de santé font de plus en plus souvent l'objet d'attaques directes dans certains pays, ou sont indirectement affectés, ce qui fragilise les populations du fait d'un accès limité voire inexistant aux services de soins de santé. De nombreux agents de soins ont dû fuir avec leurs familles.

87. Le financement constitue également un frein majeur à la mise en place d'une réponse efficace aux situations d'urgence. En 2012, seulement 47 % des exigences du secteur de la santé ont été satisfaites, soulignant ainsi la nécessité d'une approche plus coordonnée entre les partenaires pour répondre aux besoins de santé des populations affectées. L'année 2013 a vu une augmentation des financements ; mais ces derniers sont retombés à moins de 40 % en 2015 (Tableau 1).

Tableau 1 Financement du secteur de la santé : composante des plans d'intervention stratégique des Nations Unies pour les pays de la Région pour la période 2011-2015

	USD requis	USD reçus	% financé
2016 (au 16 mai)	1,3 milliard	124 millions	9 %
2015	1,2 milliard	470 millions	39 %
2014	1 milliard	560 millions	54 %
2013	795 millions	512 millions	64 %
2012	774 millions	366 millions	47 %
2011	537 millions	417 millions	78 %

88. Malgré le grand nombre de situations d'urgence aiguës et prolongées dans la Région, et malgré l'exposition aux catastrophes naturelles, la politique et la législation nécessaires pour appuyer et faciliter la préparation aux situations d'urgence et l'organisation des secours à tous les niveaux et dans tous les secteurs on fait défaut et continuent de faire défaut dans un grand nombre de pays. Seul un tiers d'entre

eux ont institutionnalisé des programmes de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours au sein du secteur de la santé

Progrès 2012-2016

Leadership

89. Un programme ambitieux de réforme est en cours depuis 2014 pour faire suite à la demande du Comité régional d'améliorer les capacités d'action dans les situations d'urgence et de crise humanitaire dans la Région. Une nouvelle structure organisationnelle mise en place en 2015 comprend les capacités requises pour les interventions d'urgence, la coordination des partenaires et les services essentiels pour l'action d'urgence. Un centre régional pour la préparation aux situations d'urgence et l'éradication de la poliomyélite a été établi à Amman. Le travail de ce centre s'est aussi concentré sur le développement des capacités et l'élaboration de mécanismes pour déployer des experts externes dans les situations d'urgence.

90. Un fonds de solidarité régional a été établi afin d'assurer la disponibilité immédiate des ressources financières et déclencher l'action le plus tôt possible quand une crise éclate. Un centre régional de logistique dédié de l'OMS dans la Cité humanitaire internationale de Dubaï a été créé et le stockage préalable de fournitures médicales indispensables à Dubaï permet d'assurer l'approvisionnement, en temps opportun, en médicaments, en fournitures médicales et en matériel médical de première nécessité, en véhicules et en ambulances pour les pays de la Région. Par exemple, pendant la guerre de Gaza en juillet et août 2014, l'OMS et ses partenaires ont été en mesure de répondre rapidement aux besoins en fournitures médicales et chirurgicales grâce à un pont aérien depuis Dubaï.

Réponse

91. L'OMS a mené la réponse de santé publique dans tous les pays en crise, dont l'Iraq, la République arabe syrienne et le Yémen. Afin d'assurer la disponibilité des services de santé pour les populations vulnérables, notamment pour les femmes et les enfants dans les zones les plus affectées, l'OMS a intensifié l'approvisionnement en fournitures médicales, a renforcé les systèmes d'alerte rapide pour suivre et maîtriser les flambées de maladies, a créé des cliniques mobiles pour augmenter l'accès aux services de santé, et a fourni du carburant afin de permettre le bon fonctionnement des établissements de santé. La fourniture de services de santé obstétricaux et gynécologiques a été soutenue, au même titre que les vaccinations pour les enfants de moins de 5 ans. Les services de santé mentale ont également reçu un appui et un kit sanitaire d'urgence a été mis au point pour répondre aux besoins des populations affectées par les situations d'urgence en vue de la prise en charge des maladies non transmissibles.

92. Les partenariats avec des organisations non gouvernementales ont été mis en place et renforcés sur le terrain pour assurer l'accès aux soins de santé pour les populations vivant dans des zones difficiles d'accès, et l'OMS a continué de plaider en faveur d'un libre accès aux soins de santé pour tous les patients.

93. Le nombre d'agents de santé formés a été augmenté dans la Région afin de renforcer les capacités nationales, avec notamment 20 000 agents de santé formés en Syrie seulement depuis 2012. Les formations ont couvert les domaines des soins traumatologiques, les services de vaccination systématique de base et la gestion des vaccins, la lutte contre les infections, la prise en charge des maladies chroniques, les soins de santé mentale, la surveillance des maladies, la nutrition et les soins de santé génésique.

94. La Région a mis en place des approches pionnières pour renforcer la surveillance systématique de santé publique au moyen de technologies mobiles et d'une plateforme en ligne. Le nombre de sites sentinelles pour le réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) a été étendu aux zones difficiles d'accès.

95. À la suite des flambées de poliomyélite et de rougeole dans la Région, la campagne contre la flambée de poliomyélite au Moyen-Orient a permis de vacciner plus de 27 millions d'enfants dans huit pays entre 2013 et 2015. Cette campagne multi-pays, qui a permis de stopper la transmission en République arabe syrienne et en Iraq, est considérée par le Comité de suivi indépendant de la poliomyélite comme un exemple d'endiguement de flambée particulièrement bien géré. Les partenariats ont été renforcés et étendus aux institutions religieuses clé et les organisations non gouvernementales, notamment celles œuvrant dans des zones contrôlées par l'opposition.

État de préparation

96. Un cadre complet de préparation aux situations d'urgence a été mis au point, soulignant les 10 actions prioritaires à mettre en place à l'échelle nationale. L'accent a été mis sur le développement des capacités au moyen de programmes, d'outils et de cours de formation élaborés pour soutenir la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte dans le secteur de la santé, notamment le premier cours de formation régional pour le pré-déploiement dans les situations d'urgence mené début 2016 pour améliorer la montée en puissance des capacités dans la Région.

Orientations futures

97. Le déplacement de dizaines de millions de personnes, les dommages causés et la destruction massive des grandes villes, les hostilités en cours et les attaques perpétrées contre les groupes communautaires, et toutes les catastrophes humanitaires qui en ont découlé nous assurent que nous continuerons d'être confrontés aux problèmes de santé qui y sont associés dans les années à venir. De fait, des stratégies et des groupes mis au point pour gérer spécifiquement les problèmes de santé liés aux crises doivent être institutionnalisés et maintenus. La restructuration des entités de santé nationales et régionales, notamment le Bureau régional, doit être menée à bien de façon à ce que nous puissions gérer les crises sanitaires aiguës et prolongées d'une manière adéquate.

98. Dans les années à venir, l'OMS continuera d'intensifier son action pour soutenir les États Membres dans la Région à mettre au point des programmes efficaces de préparation aux situations d'urgence se concentrant sur les communautés les plus à risque. Des partenariats plus solides avec les autorités sanitaires, les organisations non gouvernementales, les responsables communautaires, les institutions universitaires, les donateurs et d'autres acteurs devront être encouragés.

99. Les déficits de financement constituent un problème majeur, les pays en situation de crise prolongée et avec des infrastructures et des habitations urbaines détruites n'ayant pas les ressources nécessaires pour reconstruire ou pour fournir des soins de santé à leurs populations. Des politiques de mobilisation des ressources plus innovantes et durables avec des donateurs non habituels seront nécessaires pour combler ces déficits.

100. Une intensification de l'action de plaidoyer en faveur de la protection des agents de santé et des établissements de soins, garantie en vertu du droit international, y compris les Conventions de Genève, est nécessaire. Les attaques ciblées contre les agents de santé et les établissements de soins doivent cesser. Des actions de persuasion plus importantes sont aussi nécessaires pour faciliter l'accès aux populations assiégées. Les pauses humanitaires peuvent être utilisées pour mettre en avant la santé en tant qu'instrument permettant d'instaurer la paix.

Mise en oeuvre des réformes gestionnaires de l'OMS

Situation en 2012

101. En 2012, il était clair que l'une des priorités pour réformer l'action de l'OMS dans la Région consistait à renforcer les procédures de gestion ainsi que l'efficacité et la transparence des actions administratives. Les crises humanitaires dans la Région nécessitent également une gestion et une gouvernance régionales des plus efficaces et efficientes afin d'assurer l'aide et le soutien

les plus adaptés pour les millions de personnes dans le besoin. Les buts sous-jacents des réformes sont d'élaborer et de mettre en place des plans conduisant à des actions définies et concrètes avec des résultats de santé publique mesurables et un cadre de redevabilité précis. La gouvernance et les processus gestionnaires et administratifs font actuellement l'objet d'une simplification considérable, les priorités ont été redéfinies et réduites en nombres pour ne garder que celles ayant des attentes réalistes concernant des résultats tangibles.

Progrès 2012-2016

Programmes et définition de priorités

102. À l'échelle régionale et nationale, des orientations stratégiques ont été fixées dans cinq domaines stratégiques décrits dans ce rapport : le renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture universelle ; la santé de la mère et de l'enfant ; les maladies non transmissibles ; la sécurité sanitaire et les maladies transmissibles ; et la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte. Ces priorités reflètent les besoins régionaux et sont également conformes aux priorités approuvées par l'Assemblée mondiale de la Santé au titre du Douzième Programme général de Travail pour 2014-2019

103. Soutenue par le Comité régional et travaillant en étroite collaboration avec les autorités sanitaires nationales de haut niveau, la Région a été la première à mettre en œuvre le processus de planification ascendante qui a commencé avec le programme pour 2014-2015, mettant l'accent sur un ensemble de domaines programmatiques et de prestations réalistes afin d'obtenir davantage de résultats tangibles et de mieux correspondre aux besoins à l'échelle des pays. Poursuivant ce but précis, la Région a augmenté de façon régulière son budget alloué au programme de pays pendant plusieurs années de suite. En comparaison avec l'exercice 2014-2015, le budget programme approuvé pour 2016-2017 inclut une augmentation de 36 % pour les bureaux de pays, alors que l'augmentation pour le Bureau régional n'est que de 7 %. L'intention était d'augmenter l'impact du soutien de l'OMS aux pays ainsi que d'éviter la fragmentation expérimentée ces dernières années. La réussite enregistrée par la Région en termes de planification pour 2014-2015 a été utilisée pour guider les processus de planification dans le reste de l'Organisation pour 2016-2017.

Gouvernance

104. Sur la base des orientations données par les États Membres, les réformes se sont concentrées sur l'harmonisation des processus de gouvernance, le renforcement de la supervision, des prises de décisions stratégiques plus importantes de la part des organes directeurs, et un engagement plus soutenu auprès des parties prenantes. Les réformes s'attachent également à la nécessité d'améliorer le lien entre les comités régionaux et les organes directeurs mondiaux, et entre les États Membres et le Directeur régional.

105. Un nombre d'actions et d'initiatives ont été entreprises depuis 2012 afin de renforcer le processus de gouvernance. Des réunions de haut niveau pour les représentants des États Membres et les missions permanentes à Genève ont été instituées préalablement à chaque réunion majeure des organes directeurs de l'OMS (Assemblée mondiale de la Santé, Conseil exécutif), soutenues par de courtes séances d'information en temps opportun pour les représentants. Ces réunions ont réuni de nombreux participants et ont contribué à renforcer l'engagement des États Membres dans le travail des organes directeurs, ainsi qu'à fournir des orientations utiles aux nouveaux délégués et représentants. Le Règlement intérieur du Comité régional a été révisé de façon à assurer sa conformité avec les bonnes pratiques de l'Organisation, et une session préliminaire d'une journée a été mise en place pour permettre la conduite de discussions moins formelles portant sur les questions actuelles et à venir soulevées dans le programme d'action sanitaire régional.

106. L'ordre du jour du Comité régional a lui aussi été simplifié avec l'établissement de points d'ordre du jour sur les priorités stratégiques clés du renforcement des systèmes de santé, la sécurité sanitaire et les maladies non transmissibles, et des mises à jour annuelles sur la santé maternelle et infantile, la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte. Des efforts concertés ont également été menés pour réduire le nombre de résolutions que les États Membres doivent mettre en œuvre de façon pratique. Le Comité régional a décidé de retirer 79 résolutions qui devaient être appliquées, de les remplacer ou bien de les supprimer, et d'introduire un mécanisme de redevabilité pour suivre les résolutions actives et rendre compte régulièrement de leur mise en œuvre.

107. Un comité consultatif technique a été mis sur pied pour fournir des conseils au Directeur régional sur les questions liées au renforcement de la coopération technique au sein des États Membres de la Région et entre eux, tout en offrant un soutien pour l'évaluation des programmes et une assistance dans la mobilisation de ressources.

Gestion

108. La réforme gestionnaire avait pour objectif une meilleure utilisation et une distribution plus efficace en domaines de priorités des ressources limitées, afin que la Région se concentre davantage sur les besoins immenses des pays en assurant une efficacité, une transparence et une redevabilité plus grandes. Les capacités au niveau des pays ont été renforcées et des formations et un soutien supplémentaires ont été offerts aux équipes de pays. L'accent a surtout été mis sur les capacités techniques et gestionnaires au moyen d'une sélection appropriée de représentants de l'OMS, afin d'assurer le soutien efficace à l'échelle des pays, et sur l'examen et la révision des structures de bureaux de pays dans certains pays. Des processus similaires ont été adoptés au niveau régional. Les structures internes ont été réexaminées et révisées, et les programmes ont été simplifiés et relocalisés en fonction des besoins afin d'obtenir l'efficacité la plus optimale.

109. Les mesures gestionnaires, associées au processus de réforme en rapport avec la mobilité et de la rotation des équipes, la gestion des performances et la planification et la gestion des ressources humaines ont été renforcées par la promotion d'une culture favorisant la redevabilité. La redevabilité et les contrôles ont continué de constituer le cœur des efforts d'amélioration, l'accent étant mis sur les cinq domaines concernés par la vérification de la conformité qui ont été mentionnés à plusieurs reprises au cours d'observations issues des audits internes et externes les années passées : la coopération financière directe, la mise en œuvre directe, les bons d'achat d'avance, les inventaires de stocks et les arrangements contractuels avec les personnes qui ne sont pas membres du personnel. Ces domaines sont à présent suivis de près tout au long de l'année au moyen de tableaux de conformité mensuels.

110. D'autres réformes gestionnaires incluaient les points suivants : l'assignation de rôles bien définis en matière de vérification de la conformité et de contrôle des risques ; un suivi amélioré de la vérification de la conformité et des performances et l'établissement de rapports au moyen de tableaux de bord dédiés ; des pactes de responsabilisation avec les responsables de centres budgétaires et les agents administratifs liés aux mécanismes de gestion des performances ; des questionnaires d'auto-évaluation pour les responsables à l'appui des énoncés de gestion sur le contrôle interne ; des initiatives de renforcement des capacités telles que des programmes de formation pour les centres budgétaires, des forums spécialisés en vérification de la conformité, et d'autres initiatives de sensibilisation incluant des activités de renforcement des capacités conjointes avec les États Membres.

111. Un progrès mesurable a été obtenu concernant la redevabilité et le contrôle interne. Par exemple, le nombre de rapports en suspens sur la coopération financière directe a été réduit de 500 à une soixantaine entre 2014 et la mi-mai 2016. Un projet de réforme spécifique s'est attaqué aux usages non conformes des accords de services spéciaux comme méthode de contractualisation ; et l'ensemble des recommandations des audits sur les rapports en souffrance émanant d'audits internes et externes avaient

été traitées à la mi-mai 2016, ce qui est sans précédent, avec des recommandations de nouveaux audits traitées avant leur date d'exigibilité.

Orientations futures

112. L'engagement de l'OMS à mener des réformes dans la Région est total. Des progrès notables ont été réalisés à ce jour, mais il reste beaucoup à faire pour améliorer les performances de l'OMS et le soutien aux États Membres, sur la base de l'efficacité, de la redevabilité et de la transparence. Les bureaux de pays ont fait l'objet d'une attention particulière, et tandis que des progrès positifs ont été effectués dans de nombreux pays, l'OMS prévoit d'étendre sa présence à d'autres. La réforme planifiée dans le programme des situations d'urgence de l'OMS devrait avoir un impact notable au sein de la Région, au vu de l'ampleur de la situation, et a de grandes chances d'apporter des bénéfices concrets.

113. Le soutien du Comité régional a été inestimable entre 2012 et 2016, à la fois dans son rôle d'orientation du travail de l'OMS dans la Région et au regard de sa volonté de soutenir le changement. L'appropriation du travail de l'OMS par les États Membres demeure cruciale pour continuer à mener des réformes.