

# Activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale

Rapport annuel du  
Directeur régional pour 2013



Organisation  
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

---

# Activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale

Rapport annuel du  
Directeur régional pour 2013



**Organisation  
mondiale de la Santé**  
Bureau régional de la Méditerranée orientale

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale : rapport annuel du Directeur régional  
2013 / Bureau régional de la Méditerranée orientale

P.

Édition anglaise au Caire (ISBN 978-92-9022-020-6)  
(ISBN 978-92-9022-021-3) (en ligne)  
(ISSN 1020-9166)

Édition arabe au Caire (ISBN 978-92-9022-022-0)  
(ISBN 978-92-9022-023-7) (en ligne)  
(ISSN 9220-1020)

1. Planification régionale santé 2. Prestations des soins de santé 3. Maladie chronique -  
prévention et contrôle 4. Contrôle des maladies contagieuses 5. Couverture maladie universelle 6. Promotion  
de la santé 7. Accessibilité des services de santé 8. Planification des mesures d'urgence en cas de catastrophe  
– méthodes 9. Organisation mondiale de la santé - organisation et administration I. Titre II. Bureau régional  
de la Méditerranée orientale

(ISBN 978-92-9022-025-1)

(Classification NLM : WA 541)

(ISBN 978-92-9022-026-8) (en ligne)

(ISSN 1816-2061)

### © Organisation mondiale de la Santé 2014

Tous droits réservés

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions voulues pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Il est possible de se procurer les publications de l'Organisation mondiale de la Santé auprès du Service Partage du savoir et production, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de la Méditerranée orientale, Boîte postale 7608, Cité Nasr, 11371 Le Caire (Égypte), Téléphone : +202 2670 2535, Télécopie : +202 2670 2492 ; adresse électronique : emrgoksp@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire des publications du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, partiellement ou en totalité, ou de les traduire – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées au Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, à l'adresse ci-dessus ; adresse électronique : emrgoegp@who.int.



# Table des matières

Introduction et faits saillants du rapport.....	5
Renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle .....	12
Promouvoir la santé tout au long de la vie .....	21
Maladies non transmissibles .....	29
Maladies transmissibles.....	36
Préparation et riposte aux situations d'urgence .....	47
Mettre en œuvre les réformes gestionnaires de l'OMS .....	55
Conclusion.....	58
Annexe 1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, avril 2014 .....	62
Annexe 2. Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale .....	64
Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013 .....	66
Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2013 .....	71
Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2013 .....	73





Photo : ©OMS

## Introduction et faits saillants du rapport

Le présent rapport est axé sur les activités majeures qui ont été réalisées l'année dernière en rapport avec les priorités stratégiques dans la Région de l'OMS pour la Méditerranée orientale qui avaient été approuvées en 2012 par le Comité régional de la Méditerranée orientale. Il s'agit notamment du renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle ; de la santé de la mère et de l'enfant ; des maladies non transmissibles ; des maladies transmissibles, et de la sécurité sanitaire ; de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence ; ainsi que de la gestion et de la réforme de l'OMS<sup>1</sup>. Le rapport présente également certains grands défis auxquels la Région est confrontée actuellement ; défis qui ont, dans certains domaines, suscité de nouvelles attentes pour maintenir les progrès et imposé des priorités concurrentes. J'ai néanmoins le plaisir de mentionner tout particulièrement certaines étapes importantes qui ont été franchies dans les domaines principaux.

<sup>1</sup> Cinq annexes du présent rapport concernant la structure du Bureau régional, la dotation en personnel, les réunions, les publications et les centres collaborateurs peuvent être consultées sur le site Web du Bureau régional à l'adresse suivante : [//www.emro.who.int/about-who/annual-reports/](http://www.emro.who.int/about-who/annual-reports/)

Début 2013, une initiative menée en collaboration avec l'UNICEF et l'UNFPA qui visait à accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5, portant respectivement sur la réduction de la mortalité de l'enfant et l'amélioration de la santé des mères, constituait une priorité majeure. Nous l'avons appelée Initiative régionale « Sauver les vies des mères et des enfants » car il s'agissait précisément de ce que nous voulions réaliser. Une réunion de haut niveau à Dubaï (Émirats arabes unis), à laquelle ont participé des ministres de la Santé, de l'Enseignement supérieur et de la Planification, entre autres parties prenantes, a donné lieu à la Déclaration de Dubaï, qui a été adoptée par la suite par le Comité régional et a fourni à l'ensemble des pays une orientation sur l'action à mener. L'OMS a ensuite collaboré avec neuf pays pour lesquels l'action était jugée prioritaire afin d'élaborer des plans d'accélération complets ; et les activités de financement et de mise en œuvre de ces plans ont débuté.

Inéluctablement, les plans d'accélération sont ambitieux et il est possible que certains des neuf pays ne soient pas en mesure de pleinement mettre en œuvre et réaliser les cibles des OMD. Ils offrent cependant à ces pays une meilleure chance d'effectuer d'ici à 2015 des progrès incontestables et d'entamer le programme de l'après-2015 avec une confiance et un engagement renouvelés. Afin d'entreprendre une action immédiate et de lancer la mise en œuvre des feuilles de route au niveau national, un financement initial a été fourni aux neuf pays à partir des ressources de l'OMS, au cours du deuxième semestre 2013.

Cette initiative a permis de sauver la vie de davantage de mères et d'enfants. Cependant, le niveau de réalisation dépendra sans conteste de l'engagement politique des gouvernements et de



↑ Les ministres de la Santé, de l'Enseignement supérieur et de la Planification figuraient parmi les participants à la réunion de haut niveau « Sauver les vies des mères et des enfants » à Dubaï (Émirats arabes unis)

leur capacité à traduire cet engagement en actions concrètes. La solidarité et l'appui des autres pays et partenaires de la Région resteront indispensables.

Le Comité régional, ayant érigé en priorité majeure la couverture sanitaire universelle en vue du renforcement des systèmes de santé en 2012, a approuvé une stratégie régionale ainsi qu'une feuille de route dans ce domaine en 2013. La couverture sanitaire universelle, qui accorde une importance particulière à l'équité et à la qualité, focalise désormais l'ensemble de nos activités relatives aux systèmes de santé. La situation actuelle dans la Région en matière d'accès équitable à des soins de qualité acceptable est très variable d'un pays à l'autre. On observe des lacunes dans l'ensemble des pays, et par conséquent, chacun de ces pays doit déployer d'importants efforts pour améliorer cet accès et promouvoir la santé. Notre objectif est de parvenir à des améliorations tangibles dans les trois dimensions clés requises pour la couverture sanitaire universelle – la protection contre les risques financiers, la couverture par les services et la couverture de la population – ainsi que dans les

services de prévention et de promotion de la santé. La feuille de route définit entre autres les mesures que les pays peuvent prendre pour réduire les paiements directs effectués par la population pour les soins de santé, et pour adopter une approche multisectorielle en associant les diverses parties prenantes concernées. À la fin 2013, un cadre d'action régional était également en place pour fournir des orientations aux pays quant aux étapes nécessaires au niveau national, et plusieurs pays sont désormais engagés dans cette voie. Il s'agit de progrès concrets et j'espère être le témoin de davantage de réalisations l'année prochaine.

Deux autres étapes importantes ont été franchies en matière de renforcement des systèmes de santé, notamment dans le domaine de l'information sanitaire. Les systèmes d'information sanitaire sont déficients et fragmentés dans de nombreux pays, et il existe de nombreuses lacunes dans tous les pays. Nous avons adopté une approche pratique pour renforcer les systèmes d'information dans la Région en se concentrant sur les trois composantes clés, à savoir la surveillance des

risques sanitaires et des déterminants de la santé ; le suivi de la situation sanitaire, notamment au niveau de la morbidité et de la mortalité, et l'évaluation de la performance des systèmes de santé. Une liste d'indicateurs de base couvrant ces trois composantes clés a été mise au point dans le cadre de discussions approfondies avec les représentants des secteurs concernés des États Membres et sera présentée dans sa version finale à la soixante et unième session du Comité régional de la Méditerranée orientale. Sur la base d'une analyse approfondie de la situation actuelle en ce qui concerne le suivi de chacun des indicateurs de base, une stratégie régionale visant à combler les lacunes et à renforcer les capacités nationales sera également présentée pour examen et approbation lors du Comité régional.

Des évaluations rapides et exhaustives des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, menées en 2013 dans tous les États Membres, ont mis en évidence d'importantes lacunes et insuffisances. La plupart des pays ne fournissent pas de statistiques de mortalité par cause spécifique qui sont essentielles pour évaluer la situation sanitaire et surveiller l'application des engagements internationaux. En collaboration étroite avec les pays et partenaires régionaux, une stratégie régionale visant à renforcer l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil a été élaborée conjointement avec les pays ainsi que d'autres parties prenantes et a été approuvée par le Comité régional.

Si elles sont mises en œuvre et pleinement utilisées par les pays, ces deux initiatives serviront non seulement de base au renforcement des systèmes d'information sanitaire nationaux, mais permettront également une meilleure prise de décision et renforceront la planification et le suivi du développement sanitaire au niveau national.

Les progrès accomplis dans d'autres domaines sont lents mais toutefois, d'importants jalons ont été posés en vue de l'élaboration d'orientations complètes à l'intention des pays en ce qui concerne les points suivants : les lois relatives à la santé publique, qui sont en effet obsolètes dans la plupart des pays ; ainsi que le développement des personnels de santé ; une approche stratégique de la médecine familiale ; un meilleur accès aux médicaments et aux technologies essentiels ; et la collaboration avec le secteur privé. Étant donné le rôle important que joue le secteur privé en matière de prestation de soins de santé dans la Région, il est à présent primordial de non seulement veiller à ce qu'une bonne gouvernance et une supervision adéquate du secteur privé soient en place, mais aussi d'impliquer ce dernier dans l'appui fourni à la mise en œuvre des politiques de santé publique ainsi que la réalisation de la couverture sanitaire universelle. Parallèlement, des travaux préparatoires ont été menés afin d'examiner les expériences à l'échelle régionale et internationale et d'élaborer des orientations pour les pays afin de les aider à renforcer l'intégration de la prévention et de la prise en charge des maladies non transmissibles et des troubles de santé mentale dans les soins de santé primaires. Deux importantes réunions interpays seront organisées à cet effet en 2014.

La prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles est absolument cruciale dans notre Région où l'épidémie de maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques provoquent une augmentation rapide de la charge de décès prématurés et ont déjà entraîné une saturation de nombreux systèmes de santé. Après l'élaboration en 2012 d'un cadre d'action sur les maladies non transmissibles, comprenant des résultats ciblés très clairement définis – sur la base de la Déclaration

politique des Nations Unies de 2011 – la priorité est désormais accordée à la mise en œuvre de ce cadre d'action.

Les progrès réalisés dans les pays eu égard à la réduction des facteurs de risque tels que le tabagisme, la mauvaise alimentation et la sédentarité sont insuffisants. Afin d'aider les pays à intensifier leurs efforts, l'essentiel des activités menées en 2013 consistait à fournir des orientations concrètes aux responsables de l'élaboration des politiques quant à la mise en œuvre de mesures ayant fait leurs preuves dans ce domaine, en particulier celles constituant les « meilleures options ». Des orientations techniques portant sur la réduction de l'apport de graisses et de sel dans l'alimentation ont été élaborées et plusieurs pays ont déjà commencé à les appliquer. En principe, cela devrait avoir un impact notable sur la santé des populations.

J'espère que l'on parviendra à un consensus similaire concernant une approche multisectorielle complète visant à améliorer l'alimentation des enfants. La Région doit accélérer son action dans le domaine de l'activité physique pour l'ensemble

des groupes d'âge. De plus, l'année 2013 a été caractérisée par les préparatifs en vue d'un forum multisectoriel global sur l'activité physique qui se tiendra en février 2014. L'attention a également été centrée sur les activités de plaidoyer et la fourniture d'un appui technique aux pays dans le cadre de la mise en œuvre des mesures de lutte antitabac reconnues, notamment les taxes sur le tabac ; mais dans ce domaine également, les progrès ont été lents. Deux pays, le Maroc et la Somalie, n'ont toujours pas ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac.

Les maladies transmissibles ont figuré en tête des questions de santé publique en 2013. Les flambées épidémiques de poliomyélite en République arabe syrienne et en Somalie, ainsi que la circulation prolongée du poliovirus en Afghanistan, et en particulier au Pakistan, sont autant de graves revers pour le programme d'éradication de cette maladie. Cependant, dans une démonstration d'unité et de solidarité appréciée, les États Membres se sont réunis et sont parvenus à un consensus quant à l'action à mener. La déclaration du Comité régional selon laquelle la propagation du poliovirus sauvage constitue une situation d'urgence pour la Région ainsi que l'élaboration du plan d'action régional ont favorisé un engagement positif et une action efficace à court terme afin d'endiguer les flambées. Parallèlement, les travaux en vue de la mise en place du Groupe consultatif islamique ont conduit à un franc soutien de la communauté islamique pour améliorer la sensibilisation afin d'atteindre les enfants dans les districts touchés par l'insécurité où les militants ont interdit la vaccination et ont intimidé et attaqué les agents de santé. Le programme régional d'éradication de la poliomyélite a été sensiblement renforcé sur le plan de l'expertise et de la capacité de riposte aux flambées, notamment par la mise en place en Jordanie d'une unité technique chargée de la



Photo : © Gouvernement du Pakistan

↑ Le Premier Ministre du Pakistan, S.E M. Nawaz Sherif, a reçu le Directeur général et le Directeur régional afin de discuter de la situation en ce qui concerne la poliomyélite

.....

lutte contre les flambées. Néanmoins, bien que nous continuions d'œuvrer de manière soutenue avec l'Afghanistan et le Pakistan pour atteindre les enfants dans les zones touchées par l'insécurité, il sera difficile de parvenir à une éradication de la poliomyélite en l'absence de solutions politiques à une situation qui en 2014 conduira à une déclaration sur la poliomyélite comme urgence de santé publique ayant une portée internationale.

L'émergence du nouveau coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), qui a pris de l'ampleur pendant 2013 et au début de 2014, a parfaitement mis en évidence la valeur du Règlement sanitaire international (2005). Les pays touchés par le MERS-CoV ont accordé la priorité à cette question et ont pris des mesures pour investiguer les cas et s'attaquer au problème ; leur action doit être saluée. Cette action ainsi que l'appui technique soutenu et très coordonné fourni par les trois niveaux de l'OMS ont donné l'exemple qui laisse bien présager de l'avenir de la sécurité sanitaire dans la Région. Tous les États Membres doivent désormais veiller à satisfaire aux principales capacités requises en vue de la mise en œuvre du Règlement sanitaire international d'ici à juin 2016.

En 2013, la situation humanitaire a également occupé le devant de la scène, avec un nombre sans précédent de personnes ayant besoin d'une assistance humanitaire dans l'ensemble de la Région. Fin 2013, quelque 42 millions de personnes, selon les estimations, dans plus de la moitié des pays étaient touchées par des catastrophes naturelles et des conflits politiques. L'OMS a créé en Jordanie une équipe de soutien pour les situations d'urgence afin d'apporter une réponse unique et consolidée à la crise en République arabe syrienne. Cette équipe a depuis sa création fait l'objet d'un examen et

a été élargie afin d'apporter une réponse plus efficace. La situation humanitaire dans la Région constitue un vaste défi pour la santé publique, la prestation de services de santé de base, et la réhabilitation permanente des systèmes de santé. Les communautés locales et les personnes déplacées sont non seulement exposées à un risque, mais les agents de santé et les travailleurs humanitaires ainsi que les établissements de santé sont également de plus en plus ciblés par des attaques. Le manque de financement demeure un défi majeur pour ce qui est de garantir une riposte sanitaire efficace aux situations d'urgence ; il existe cependant des mesures encourageantes qui peuvent être prises pour renforcer les capacités nationales en matière de préparation et de riposte. Il s'agit notamment d'adopter une stratégie de gestion des risques liés aux catastrophes tenant compte de tous les dangers et couvrant l'ensemble des secteurs. Cette approche a été concluante dans plusieurs pays du monde ; cependant, peu de pays de la Région disposent d'une telle stratégie en place et j'espère vivement que nous pourrons faire des progrès dans ce sens.

Enfin, dans le cadre de la réforme de l'OMS, nous avons déployés des efforts concertés pour faire face aux obstacles organisationnels qui entravent la performance de l'Organisation. L'examen structurel ainsi que la réorganisation se sont poursuivis aux niveaux régional et national, en vue de renforcer nos activités techniques, et des mesures administratives ont été mises en place pour renforcer la performance gestionnaire et le respect des règles et règlements de l'OMS. Garantir la présence du personnel voulu, là où l'Organisation en a besoin et en temps opportun constitue un véritable défi. La situation sur le plan de la sécurité dans la Région a mis en échec la capacité à attirer et à retenir les qualités et compétences dont l'Organisation a besoin dans

le contexte actuel particulièrement difficile. Nous nous attaquons actuellement à ce problème qui cependant exige des solutions plus réfléchies que celles dont nous disposons actuellement.

Le renforcement de la coopération technique avec les pays constitue une composante clé de la réforme de l'OMS adoptée par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2013. À cet égard, une réalisation importante a été le passage de la planification traditionnelle à la planification selon une logique ascendante pour l'exercice 2014-2015. La Région a été la première à utiliser cette approche au deuxième semestre 2013 en consultation étroite et approfondie avec les États Membres au plus haut niveau de l'élaboration des politiques. Dans le cadre de la planification budgétaire, nous nous sommes concentrés sur les priorités du douzième programme général de travail. Dix programmes prioritaires en moyenne ont été ciblés pour l'exercice, ce qui s'est traduit par l'augmentation des ressources disponibles pour chacun des programmes, et aura, j'ose espérer, un véritable impact sur les activités choisies. Le nombre de plans de travail résultant de cet exercice représentait près de la moitié de celui de l'exercice 2012-2013 pour l'ensemble de la Région, y compris les programmes de pays. Le travail de collaboration approfondi avec les États Membres pour les missions conjointes d'examen et de planification des programmes biennales, menées auparavant sur plusieurs jours, a été étendu sur plusieurs mois, aboutissant à des visites de haut niveau sur deux jours dans les pays en vue de tenir des discussions stratégiques. J'ai moi-même personnellement mené cinq visites de ce type et les autres ont été conduites par les différents directeurs du Bureau régional.

Dans l'ensemble, je suis en mesure de faire état de progrès satisfaisants dans des domaines

spécifiques de la collaboration de l'OMS avec les États Membres en 2013 par le biais d'approches innovantes et de l'intensification de l'action, en particulier dans les domaines de l'élaboration de stratégies, de l'orientation technique en vue de traduire les plans en interventions spécifiques, ainsi que poser les jalons pour aller de l'avant. Parallèlement, des crises sans précédent et des événements sur le terrain nous ont souvent freinés, ainsi que les États Membres. Ainsi, les progrès se sont ralentis dans certains cas et, inévitablement, l'attention et les ressources se sont portées sur d'autres priorités. Dans l'ensemble de nos activités, il est manifeste que des résultats positifs en matière de santé publique se situent dans le contexte plus large du développement social et politique. Dans chacun des domaines prioritaires stratégiques que j'ai évoqués, le secteur de la santé ne représente qu'un seul acteur. La couverture sanitaire universelle, le succès des soins de santé primaires, la prévention des facteurs de risque et les maladies non transmissibles, la promotion de la santé, la sécurité sanitaire ainsi que la préparation et la riposte aux situations d'urgence requièrent la création de partenariats au sein du gouvernement et par delà.

Une attention particulière a été accordée à ce contexte plus vaste en 2013 dans plusieurs programmes. Nous nous sommes efforcés d'établir le contact avec d'autres secteurs au sein du gouvernement, par exemple en ce qui concerne les progrès en matière de prévention des maladies non transmissibles où nous avons impliqué les ministères chargés de la Planification, du Transport, de l'Éducation, des Affaires étrangères, du Sport, de l'Intérieur et des Finances. Une approche similaire a été suivie dans les activités de l'OMS sur le renforcement des systèmes de santé et l'information sanitaire. Nous avons également cherché à impliquer les acteurs

---

non gouvernementaux de la société civile, les institutions des Nations Unies et d'autres parties prenantes. La stratégie régionale pour les cinq prochaines années sur la santé et l'environnement, approuvée par le Comité régional, témoigne particulièrement du caractère multisectoriel de la santé publique. Il n'existe pas de substitut à des objectifs clairs à long terme articulés dans le cadre de plans de développement nationaux à long terme et traités en coordination avec l'ensemble des secteurs et parties prenantes, y compris la société civile.

Enfin, il est évident que de nombreux défis sanitaires auxquels la Région est confrontée bénéficieraient davantage d'une plus grande sensibilisation aux questions de santé, du

développement de la diplomatie sanitaire et d'un débat social et politique constructif. Un nombre croissant de défis sanitaires auxquels nous assistons ne peuvent plus être réglés uniquement au niveau technique ; ces défis exigent en effet des négociations et des solutions politiques aux niveaux mondial, bilatéral et national. La diplomatie sanitaire revêt une importance particulière pour notre Région car les nombreux problèmes de développement auxquels elle est confrontée ont directement trait à la santé, et aussi car la Région est touchée de manière disproportionnée par les crises humanitaires. Il est essentiel qu'ensemble nous poursuivions nos activités de sensibilisation et de renforcement des capacités en matière de diplomatie sanitaire dans les États Membres.



Ala Alwan  
Directeur régional de l'OMS  
pour la Méditerranée orientale

# Renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture sanitaire universelle

## Couverture sanitaire universelle

En 2013, l'OMS a plaidé auprès de ses États Membres en faveur d'une progression vers la couverture sanitaire universelle afin d'élargir la couverture de la population, de garantir la disponibilité et l'accessibilité des services de santé nécessaires et d'améliorer la protection financière des bénéficiaires des services de soins de santé. La transition vers la couverture sanitaire universelle a non seulement permis aux États Membres d'accélérer les progrès, mais elle a également fait apparaître les lacunes et les défis concernant les différentes composantes des systèmes de santé qu'il faudra prendre en compte pour accélérer cette transition.

Lors de sa soixantième session, le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a tenu des discussions sur les défis et les opportunités concernant la progression vers la couverture sanitaire universelle et a approuvé une vision, une stratégie et une feuille de route (EM/RC60/R.2) pour les États Membres. Des profils synthétiques succints des systèmes de santé ont été préparés pour chaque pays, offrant un aperçu de la performance du système de santé ainsi qu'une brève présentation des défis et des priorités pour le renforcement des systèmes de santé en vue de la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Un événement international a par la suite été organisé au cours duquel de hauts représentants de vingt pays de la Région ainsi que des experts et partenaires de développement internationaux et régionaux, tels que la Banque mondiale, ont approuvé un cadre d'action qui orientera le soutien qui sera apporté aux pays dans leur progression vers la couverture sanitaire universelle. Parmi les activités visant à renforcer les capacités des systèmes de santé pour réaliser la couverture sanitaire universelle figurent des séminaires-ateliers pour le groupe sous-régional du Conseil de coopération du Golfe, les pays du G5, ainsi que les pays pouvant bénéficier du soutien de l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI).

Les activités menées en 2014 et au-delà seront axées sur l'appui aux États Membres pour la mise en œuvre du cadre d'action et sur l'évaluation des progrès accomplis par les pays en ce qui concerne la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

## Financement de la santé

Comme indiqué dans le rapport annuel de l'année dernière, la Région se caractérise par des paiements directs représentant une part élevée des frais de santé, ce qui constitue un obstacle majeur à la transition vers la couverture sanitaire universelle. De nombreux pays appartenant aux trois groupes de la Région<sup>2</sup> n'ont toujours pas de vision claire quant à la manière d'améliorer leurs

<sup>2</sup> Les pays ont été répartis en trois grands groupes selon les résultats en matière de santé dans la population, les performances du système de santé et le niveau des dépenses de santé : Groupe 1 : Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman et Qatar ; Groupe 2 : Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, République arabe syrienne, Territoire palestinien occupé, Tunisie ; Groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen.

.....

systèmes de financement de la santé. Il existe une méconnaissance des concepts de financement de la santé ainsi qu'un manque de capacités pour la conduite d'études et l'élaboration d'outils de financement de la santé ; il s'agit en particulier des comptes nationaux de la santé, de l'analyse organisationnelle en vue de l'amélioration et du renforcement du financement de la santé (OASIS), des enquêtes sur les dépenses de santé des ménages et de l'utilisation des services, des études sur le rapport coût-efficacité et enfin de l'application de ces outils pour servir de base à la prise de décision.

Plusieurs activités ont été organisées afin de renforcer les capacités nationales et régionales en matière de promotion des concepts et d'utilisation d'outils de financement de la santé en vue de mobiliser les pays autour d'un débat sur le renforcement des systèmes nationaux de financement de la santé. Les expériences mondiales en matière de progrès vers la couverture sanitaire universelle ont été partagées lors de la réunion de haut niveau consacrée à l'accélération des progrès en vue de la réalisation de la couverture sanitaire

universelle. Plus de 100 délégués y ont participé, dont des ministres de la Santé et des responsables de l'élaboration des politiques, des partenaires de développement, des organisations de la société civile et des experts mondiaux. Début 2013, un séminaire de haut niveau a été organisé sur les options de financement des soins de santé dans la Région, suivi d'une réunion sous-régionale sur le financement de la santé pour les États Membres du Conseil de coopération du Golfe, qui comprend les pays du groupe 1. Entre autres questions, le cas particulier des non-ressortissants a fait l'objet de discussions et des solutions ont été proposées sur la manière de leur fournir une couverture. Deux activités de renforcement des capacités régionales sur les comptes nationaux de la santé et l'établissement des coûts grâce au logiciel OneHealth, outil d'estimation des coûts, ont été organisées. De plus, des séminaires-ateliers sur le financement de la santé spécifique à certains pays ont été organisés dans trois pays, et le Maroc a apporté son soutien pour l'organisation d'une conférence sur les systèmes de santé nationaux visant à élaborer une vision pour les futurs



Photo : © Ministère de la Santé/Émirats arabes unis

↑ Une réunion ministérielle régionale s'est tenue à Dubaï (Émirats arabes unis) pour accélérer la progression vers la couverture sanitaire universelle

.....

.....

systèmes de santé. Plusieurs documents d'orientation ont été élaborés sur des sujets clés relatifs à la couverture sanitaire universelle, notamment son caractère multisectoriel et le rôle des stratégies d'achat.

Il reste certes encore beaucoup à faire dans ce domaine. Il est prévu en effet de renforcer les capacités techniques de l'OMS en matière de financement de la santé afin de pouvoir fournir des conseils aux États Membres et de renforcer leurs capacités en ce qui concerne l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de financement de la santé efficaces pour réaliser la couverture sanitaire universelle.

## Gouvernance de la santé

L'amélioration de la gouvernance de la santé reste un problème majeur pour l'ensemble des pays, alors qu'ils tendent vers un renforcement de l'équité et de la justice en matière de prestation de soins de santé, l'actualisation des lois relatives à la santé publique et l'amélioration de la responsabilisation. Le droit à la santé – ou la santé en tant que droit de l'homme – ne constitue pas encore un élément essentiel de l'élaboration des politiques. La nécessité de renforcer les capacités en matière de diplomatie sanitaire et de renforcer la coordination avec la politique étrangère et d'autres secteurs est de plus en plus apparente car la santé assume un rôle dont l'importance est croissante dans le programme de développement mondial. Le deuxième séminaire régional sur la diplomatie sanitaire a été organisé à l'intention de responsables des affaires étrangères et de la santé dans le but d'encourager la coordination entre les deux secteurs pour faire face aux défis sanitaires qui requièrent des solutions et des compétences politiques.

Dans le cadre du soutien en vue de l'amélioration de la gouvernance, de la responsabilisation et de la transparence, des évaluations ont été organisées dans douze pays afin de mieux comprendre le rôle du ministère de la Santé en matière d'élaboration de politiques et de planification. Quatre pays ont bénéficié d'un appui technique pour l'examen de leurs politiques et stratégies nationales respectives de santé. Deux outils d'évaluation ont été élaborés pour soutenir le développement des systèmes de santé. Le premier a été utilisé pour évaluer la situation en matière de droit à la santé dans quatre pays, et le deuxième visait à évaluer la législation relative à la santé publique dans cinq pays. Une réunion d'experts a permis d'identifier les lacunes des lois relatives à la santé publique dans la Région et d'encourager des actions pour y remédier, notamment la mise en place d'un réseau régional d'experts en droit de la santé publique. Les activités se poursuivront en 2014 et au-delà afin d'élaborer des orientations claires pour les pays en matière de renforcement de la législation sanitaire. En 2014, une attention particulière sera accordée à la prévention des maladies non transmissibles.

Les crises politiques et les troubles sociaux que connaissent de nombreux pays de la Région sont particulièrement préoccupants et ils ont entraîné une prédominance des activités d'urgence dans le secteur de la santé. Cette situation a contribué à affaiblir davantage les institutions gouvernementales dans certains pays et à réduire leur capacité à renforcer et à améliorer la prévisibilité de l'assistance extérieure, ainsi que leur alignement et leur harmonisation avec les priorités du gouvernement.

---

## Développement des personnels de santé

Parmi les difficultés majeures auxquelles sont confrontés les pays dans le domaine du développement des personnels de santé figurent la pénurie et la mauvaise répartition des effectifs, en particulier des personnels infirmiers, des sages-femmes et des auxiliaires de santé ainsi que la formation, la formation continue et la fidélisation de professionnels compétents. Dans plusieurs pays des groupes 2 et 3, on observe une faible performance des systèmes de gestion des ressources humaines ainsi qu'une coordination insuffisante en matière de développement des personnels de santé. La nécessité de veiller à ce que les migrations, déplacements, droits et obligations des personnels de santé soient en conformité avec le Code de pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé constitue une préoccupation majeure pour l'ensemble de la Région.

Alors que les lacunes en matière de développement des personnels de santé sont indéniables, les solutions pour y faire face ne sont pas toujours manifestes pour les États Membres. Afin de relever ce défi, des activités ont été lancées en 2013 en vue d'élaborer une stratégie complète visant à aider les pays à mettre en œuvre des approches efficaces pour ce qui concerne la production, la répartition, la formation et la fidélisation des professionnels de santé. Cette stratégie, qui sera fondée sur un examen des expériences à l'échelle régionale et internationale, fera l'objet de discussions lors d'une réunion interpays en 2014.

Il ressort clairement de la collaboration étroite avec les pays que la plupart des États Membres ne disposent pas de capacités suffisantes en matière de santé publique. Le soutien aux pays dans

ce domaine particulier constitue une priorité pour le Bureau régional. Les expériences et les compétences en santé publique sont indispensables au développement sanitaire national. Une consultation régionale a permis de passer en revue les options pour renforcer les capacités en santé publique, et de mener des discussions sur les moyens d'élaborer un programme régional de leadership en matière de santé publique, et d'améliorer la qualité de la formation en santé publique, abordant la question de la dichotomie entre l'enseignement et la pratique, et enfin d'améliorer l'investissement dans la recherche en santé publique. Nous collaborons désormais avec d'autres institutions internationales de santé publique afin de mettre en place un programme de leadership en matière de santé publique destiné aux administrateurs de santé publique de niveau intermédiaire dans les États Membres, à compter de 2014.

Les soins infirmiers et obstétricaux sont une autre question qui réclame une attention accrue. Une consultation sur la formation des personnels infirmiers a été organisée afin de passer en revue et d'actualiser les normes régionales en matière de formation des personnels infirmiers et des sages-femmes, et d'élaborer un cadre régional en vue d'une spécialisation en soins infirmiers. Un prototype de programme d'enseignement pour la formation en soins infirmiers avant l'emploi et un prototype de programme avancé pour une spécialisation, dans le cadre d'une formation supérieure en soins infirmiers psychiatriques ont été élaborés.

L'OMS a apporté un soutien au renforcement des capacités nationales dans des domaines tels que le leadership et la gestion pour les personnels infirmiers et les sages-femmes, et dans la manière de réaliser des projections des effectifs de santé.

La réglementation en matière de soins infirmiers et obstétricaux a été renforcée dans trois pays. En Afghanistan, un plan national stratégique des ressources humaines pour la santé et un plan stratégique destiné aux dix instituts des sciences de la santé en vue de la promotion du développement pédagogique pour les soins infirmiers et obstétricaux, les sciences paramédicales et de l'augmentation de la production ont été finalisés.

Quatre-vingt-quatorze (94) boursiers de pays de la Région ont bénéficié du programme régional de bourses d'études.

Nous estimons que ces dernières années, il n'a pas été accordé suffisamment d'attention aux activités de l'OMS en matière de renforcement de la formation médicale, malgré les importants défis auxquels sont actuellement confrontés les pays dans ce domaine. Dans le cadre des efforts d'intensification, nous devons dans un premier temps mener une analyse exacte de la situation, identifier les obstacles et parvenir à un consensus quant aux priorités. Ainsi, une importante étude sur la formation médicale dans les pays de la Région a débuté, en coordination avec la Fédération mondiale pour l'enseignement de la médecine. Cette étude a pour objectif d'examiner la qualité et la pertinence des programmes de formation médicale dans l'ensemble de la Région, d'échanger des informations sur les meilleures pratiques et d'identifier les domaines à améliorer. Nous prévoyons de fournir des orientations stratégiques claires dans ce domaine d'action en 2014.

Lors du troisième Forum mondial des ressources humaines pour la santé, quatorze États Membres ont pris des engagements et ont convenu de surveiller les progrès accomplis dans ce domaine et d'en rendre compte. Ce forum était organisé

par l'Agence mondiale pour les personnels de santé, dont l'OMS abrite le siège.

## Technologies et médicaments essentiels

L'accès aux produits médicaux, notamment les médicaments, les vaccins, les produits sanguins, les diagnostics et les dispositifs médicaux essentiels, demeure un problème qui pour beaucoup de pays est amplifié par l'incapacité à faire pleinement appliquer l'utilisation de médicaments génériques de qualité garantie, l'usage non rationnel des médicaments, ainsi que par l'inefficacité des systèmes d'achat et de distribution. De plus, les pays n'ont pas pleinement utilisé les outils disponibles (tels que l'outil d'évaluation des technologies de la santé) leur permettant de prendre des décisions éclairées quant aux investissements dans la technologie de la santé. La nécessité de renforcer les autorités nationales de réglementation dans la plupart des pays découle des défis qui se posent dans le domaine des médicaments essentiels et des technologies de la santé.

Des mesures importantes ont été prises pour faire avancer l'utilisation de l'évaluation des



Photo : ©OMS/C Barilotta

↑ Dans de nombreux pays de la Région, les populations n'ont pas accès aux produits médicaux essentiels

technologies de la santé dans la Région avec notamment l'organisation d'une réunion interpays sur le sujet à laquelle ont participé dix-huit pays. La réunion a donné l'impulsion pour la mise en place d'un réseau composé d'experts régionaux et internationaux de l'évaluation des technologies de la santé ainsi que la mise en œuvre de programmes nationaux et la cartographie des ressources existantes aux niveaux national et régional dans le domaine de l'évaluation des technologies de la santé.

Les documents de politique pharmaceutique nationale ont été mis à jour dans deux pays, et dix-huit pays ont vu leurs capacités renforcées pour mener des enquêtes visant à évaluer le secteur pharmaceutique national en utilisant la Phase II de la méthodologie de l'OMS.

Les activités visant à améliorer l'accès aux médicaments et aux technologies de la santé comprenaient notamment le renforcement des capacités de réglementation. Des formations ont été organisées pour quelques pays en 2013 ; cependant, ce domaine exige d'importants efforts de la part de l'OMS en vue de renforcer le soutien technique aux États Membres en 2014 et au-delà. Le renforcement des capacités s'est poursuivi dans le cadre du programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique de l'OMS.

## Prestation de services intégrée

Les trois groupes de pays sont confrontés à des défis différents dans leurs systèmes de santé. Les principaux problèmes rencontrés dans la prestation de services sont l'élargissement de l'accès, l'amélioration de la qualité des soins et le renforcement des systèmes d'orientation-recours. En plus de la nécessité d'améliorer la formation, le déploiement, la répartition et le développement

des personnels de santé, il faudra renforcer les capacités des prestataires de soins de santé en matière de gestion des ressources financières et humaines. Les mauvaises capacités de gestion se doublent de l'absence d'une véritable autonomie des hôpitaux et de partenariats public-privé.

La qualité des soins et le niveau de sécurité des patients doivent être améliorés. Des études menées dans certains pays ont démontré que la prévalence des effets indésirables atteignait 18 % des hospitalisations.

Plusieurs études visant à mieux comprendre les défis de la prestation de services de santé dans les pays ont été menées. Et pour la première fois, une analyse régionale du secteur de santé privé a été menée et présentée lors des sessions de travail préalables au Comité régional. Une évaluation des principales caractéristiques des opérations générales, des structures de contrôle interne et des aspects de la prestation de services des hôpitaux du secteur privé a été achevée dans tous les pays. Les résultats de l'évaluation indiquent que dans la Région, la durée moyenne d'hospitalisation d'un patient est de près de cinq jours (comprise entre trois et huit jours) et le taux moyen d'occupation des lits d'hôpitaux est de 85 % (33-100 %). Une étude cartographique sur l'accréditation des institutions de soins de santé a également été menée dans la Région.

Plusieurs outils et lignes directrices ont été élaborés ou actualisés. Il s'agit notamment d'une approche conceptuelle et stratégique pour la mise en place de programmes de médecine familiale ; de lignes directrices visant à intensifier le programme des agents de santé communautaires dans les pays, en tant qu'approche pour la réalisation de la couverture sanitaire universelle ; de lignes directrices pour la mise en place de programmes



rapide visant à identifier les lacunes et les défis principaux. Les résultats de cette évaluation ont fait l'objet de discussions lors d'une réunion régionale de parties prenantes ayant pour objectif de parvenir à un consensus quant aux moyens permettant d'améliorer le niveau et la qualité de l'enregistrement des naissances et des décès. Des évaluations complémentaires approfondies ont été réalisées dans près de la moitié des pays, et les résultats ont été utilisés pour élaborer une stratégie en vue du renforcement de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, qui a été approuvée par le Comité régional (EM/RC60/R.7).

Afin d'aider les pays à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire, une liste essentielle d'indicateurs qui couvre les risques sanitaires et les déterminants de la santé, la situation sanitaire et les performances du système de santé a été élaborée. Des discussions ont eu lieu à ce sujet lors d'une réunion inter pays et l'initiative consistant à disposer d'une liste convenue d'indicateurs a par la suite été approuvée par le Comité régional. La situation sanitaire actuelle dans les pays a été examinée par rapport à chacun des indicateurs de base, en termes de recueil de données, de production de données, d'analyse, de diffusion et d'utilisation en vue de l'élaboration de politiques et de l'évaluation. Les lacunes mises en évidence dans ces domaines feront l'objet de discussions lors d'une réunion inter pays prévue en 2014. Un Observatoire régional de la santé a été lancé afin de veiller à ce que toutes les informations sanitaires soient accessibles et utilisées pour une meilleure planification tant au niveau régional que national ; et cette liste essentielle d'indicateurs en fera partie. Certains États Membres ont, à maintes reprises, signalé des différences entre les estimations de la mortalité maternelle et infantile produites par les institutions des Nations Unies

et les chiffres enregistrés au niveau national. Afin de réduire les défauts de concordance et de veiller à ce que le processus de consultation avec les autorités nationales soit mené de manière transparente et en temps opportun, une réunion s'est tenue avec les pays sur les estimations de la mortalité maternelle et infantile produites par le Groupe interinstitutions des Nations Unies pour la surveillance des objectifs du Millénaire pour le développement 4 et 5.

## Cybersanté

À l'heure actuelle, la cybersanté n'est que très peu utilisée dans les systèmes de santé de la Région. Des stratégies nationales concernant la cybersanté doivent être élaborées afin de relever les défis financiers auxquels sont confrontés les systèmes de santé, et de faire face à la demande croissante d'efficacité et aux attentes plus grandes des citoyens. Dans sa résolution (WHA66.24), l'Assemblée mondiale de la Santé invite instamment les États Membres à élaborer des politiques nationales et à prévoir des services de cybersanté appropriés ainsi que la mise en œuvre de normes relatives aux données de santé dans leur pays.

Alors que plusieurs pays ont lancé diverses initiatives dans différents domaines, il existe des lacunes reconnues en ce qui concerne les capacités nationales à gérer la mise en œuvre de stratégies et de politiques nationales. L'adoption et la mise en œuvre de normes relatives aux données de santé progressent lentement et l'absence de réseaux nationaux pour soutenir la circulation de l'information au sein du système de santé constitue un obstacle au développement de la cybersanté.

---

Les principaux aspects à prendre en considération dans l'élaboration d'une stratégie nationale ont été mis en évidence lors d'une réunion régionale au cours de laquelle l'initiative HealthNet visant à mettre en place des réseaux nationaux de santé dynamiques, fiables et opérationnels a été lancée. Le Bureau régional a assuré la coordination avec les points focaux nationaux afin d'achever une enquête sur la cybersanté et l'innovation dans la santé de la femme et de l'enfant menée par l'Observatoire mondial de la cybersanté de l'OMS.

Une analyse préliminaire indique que deux des neuf pays concernés ont partiellement mis en œuvre des politiques nationales de cybersanté, qui à présent doivent être actualisées ; sept pays disposent d'au moins un système d'information électronique pour recueillir et notifier les données sanitaires au niveau du district ; et enfin trois pays dotés d'initiatives majeures consacrées à la santé des femmes et des enfants soutenues par la cybersanté.

# Promouvoir la santé tout au long de la vie

## Santé maternelle, génésique et infanto-juvénile

La mortalité maternelle et infanto-juvénile demeure un problème de santé publique majeur dans la Région. L'importante charge de mortalité maternelle et infantile qui prévaut dans certains pays est due à plusieurs facteurs principaux, à savoir le manque d'engagement durable en faveur de la santé de la mère et de l'enfant ; les faiblesses des systèmes de santé et les insuffisances dans la gestion des programmes de santé de la mère et de l'enfant ; les catastrophes

naturelles et d'origine humaine ainsi que les crises politiques ; et enfin l'utilisation infra-optimale des ressources humaines et financières déjà limitées. Les défis que doivent relever les systèmes de santé, mentionnés dans la précédente partie du présent rapport, ont de graves conséquences sur la prestation de soins de santé aux mères et aux enfants. L'insuffisance des effectifs et leur mauvaise répartition, la formation inadaptée et la forte rotation des personnels de santé à tous les niveaux constituent des obstacles majeurs pour les pays à forte charge de mortalité maternelle et infanto-juvénile. Les autres défis importants concernent le mauvais fonctionnement ou l'insuffisance des systèmes d'orientation-recours, l'insuffisance ou la mauvaise qualité des soins d'urgence pour les mères et les enfants dans les hôpitaux de recours ainsi que la faible disponibilité des médicaments essentiels qui est directement liée à l'accessibilité et à la qualité des services.



Photo : ©OMS/C Banluta

↑ Le Vice-Président du Soudan, S.E. Dr Al-Haj Adam Youssef, et le Ministre fédéral de la Santé, S.E. M. Bahar Idris Abu Garda, ont lancé le plan d'accélération national pour la santé de la mère et de l'enfant

Conscients de la nécessité d'intensifier les efforts des gouvernements, des partenaires et des donateurs afin de répondre aux besoins de la Région 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, ont lancé conjointement une initiative régionale, intitulée « Sauver les vies des mères et des enfants », qui vise à accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des OMD 4 et 5. Les premières approches stratégiques adoptées dans le cadre de cette initiative consistaient à accorder la priorité aux pays à forte charge de mortalité maternelle et infantile, à se concentrer sur les interventions rentables à fort impact mises en œuvre au niveau des soins de santé primaires et à renforcer les partenariats.

L'initiative est axée sur les pays à forte charge de mortalité, à savoir l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, l'Iraq, le Maroc, le Pakistan, la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud<sup>3</sup> et le Yémen. Elle a été lancée lors d'une réunion de haut niveau à Dubaï (Émirats arabes unis), en janvier 2013, et s'est conclue par la Déclaration de Dubaï qui a suscité une certaine dynamique et fourni aux États Membres une orientation sur l'action à mener.

Les profils de chacun des pays à forte charge ont été établis ; parallèlement, une estimation de l'impact sanitaire probable et des progrès accomplis sur la voie de la réalisation des cibles fixées par les OMD 4 et 5, de l'intensification de la couverture des interventions essentielles ; et une estimation des ressources financières nécessaires pour y parvenir ont été réalisées. L'OMS a fourni un appui technique aux pays concernés, en

<sup>3</sup> Depuis mai 2013, le Soudan du Sud est un État Membre de la Région OMS de l'Afrique.

collaboration avec l'UNICEF et l'UNFPA, pour l'élaboration de plans visant à accélérer les progrès en matière de santé de la mère et de l'enfant. Cet appui a consisté en l'organisation d'une réunion de partenaires, le suivi du processus d'élaboration des plans, et des mesures prises pour le lancement de ces plans dans les pays. Fin 2013, des plans avaient été lancés dans quatre pays.

Entretenant la dynamique engendrée par la réunion de haut niveau, le Comité régional a adopté une résolution (EM/RC60/R.6) approuvant la Déclaration de Dubaï et invitant instamment les pays où la charge de morbidité est élevée à renforcer les partenariats multisectoriels afin de mettre en œuvre leurs plans d'accélération nationaux ; à allouer les ressources humaines et financières nationales requises et à s'employer à mobiliser des ressources supplémentaires auprès des donateurs, des partenaires et des agences de développement. Le Bureau régional a alloué 2,6 millions de dollars US à la mise en route de ces plans, et tous les pays prioritaires pour les OMD 4 et 5 ont reçu des fonds.

Le Bureau régional a suivi de près et a soutenu l'application dans les pays prioritaires des feuilles de route de la Commission de l'Information et de la Redevabilité des Nations Unies pour la santé de la femme et de l'enfant. Sept feuilles de route (pour l'Afghanistan, Djibouti, l'Iraq, le Maroc, le Pakistan, la Somalie et le Yémen) ont été vérifiées avec le Siège de l'OMS et des fonds catalyseurs ont été débloqués en conséquence.

L'OMS fera le suivi des progrès réalisés dans la mise œuvre de l'initiative régionale « Sauver les vies des mères et des enfants », conformément aux recommandations prévues dans le cadre de redevabilité de la Commission de l'Information et de la Redevabilité des Nations Unies pour la

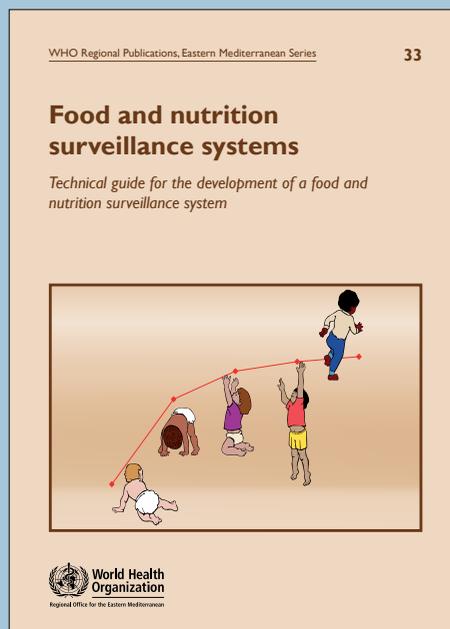


santé de la femme et de l'enfant, et en rendra compte chaque année au Comité régional. Les résultats des plans d'accélération seront évalués en collaboration avec les partenaires. Dans l'intervalle, les activités de l'OMS devront être intensifiées afin de fournir le soutien technique adéquat aux pays où la charge est élevée.

## Nutrition

L'estimation de la prévalence du retard de croissance et du déficit pondéral chez les enfants de moins de cinq ans a connu une baisse, passant respectivement de 40,4 % et 22,6 % en 1990 à 27,2 % et 14,4 % en 2011. On retrouve les améliorations les plus significatives dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe, en République islamique d'Iran, en Jordanie, au Liban, en Palestine et en Tunisie. L'estimation de la prévalence de l'émaciation a augmenté, passant de 9,6 % en 1991 à 10,1 % en 2011. Cette augmentation est attribuée aux catastrophes, à l'insécurité alimentaire et à l'instabilité politique en Afghanistan, à Djibouti, en Iraq, au Pakistan, en République arabe syrienne, en Somalie et au Yémen.

Les carences en micronutriments (fer, vitamine A et iode) restent un important problème de santé. En effet, selon des études menées en 2012-2013, quatre pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis et Jordanie) sont exempts de carences en iode et des études en cours de réalisation dans trois autres pays (Koweït, Oman et Qatar) indiqueront vraisemblablement des résultats similaires ; ceci modifiera la cartographie de la carence en iode. La carence clinique en vitamine A est en grande partie maîtrisée grâce aux programmes en cours de supplémentation et d'enrichissement. L'enrichissement obligatoire de la farine en fer et en acide folique dans près de



↑ Publication récente sur la surveillance nutritionnelle

l'ensemble des pays pour faire face au problème de l'anémie constitue toujours un défi ; cependant, les impacts positifs de cette mesure ont été signalés à Bahreïn et en Jordanie.

Plusieurs interventions nutritionnelles ciblées s'inscrivent dans le cadre des plans d'accélération en vue de réaliser les OMD 4 et 5 dans les pays à forte charge de mortalité. Il s'agit notamment de la supplémentation en acide folique et en fer et de l'établissement de centres de stabilisation nutritionnelle pour le traitement des cas graves et complexes de malnutrition en Afghanistan, au Pakistan et au Yémen. En Iraq, près de 90 % des cas de malnutrition sévère et aiguë sont couverts dans tout le pays. L'intensification des interventions nutritionnelles, notamment le renforcement des capacités et la formation des agents communautaires et des agents de santé, en coordination avec l'UNICEF, le PAM et la FAO fonctionne bien. L'OMS a fourni un soutien technique au Pakistan et au Yémen, dans le cadre de l'initiative *Scaling Up Nutrition* (SUN) [Initiative pour le renforcement de la nutrition]



qui mobilise des ressources supplémentaires auprès du gouvernement et des donateurs, tandis que le Pakistan bénéficie du soutien de l'initiative REACH (Renforcement des efforts de lutte contre la faim des enfants).

Les faibles taux d'allaitement au sein exclusif (moins de 34 %) ainsi que les mauvaises pratiques d'alimentation des nourrissons et des enfants contribuent à l'augmentation de la prévalence du surpoids et de l'obésité. Certains pays comme Bahreïn intègrent le suivi de la nutrition et de la croissance aux services dispensés dans les cliniques de soins primaires afin de s'attaquer très tôt à l'obésité. Des hôpitaux « amis des bébés » ont été créés dans plusieurs pays afin d'encourager l'allaitement. Néanmoins, 33 ans après l'adoption du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel en 1981, on constate que sur 22 pays, seuls sept (32 %) ont adopté des lois qui tiennent compte de l'ensemble des dispositions du Code, tandis que 11 pays ont adopté des lois ne prenant en compte que quelques dispositions du Code. Une déclaration de principe et un plan d'action régionaux ont été élaborés afin d'encourager l'application intégrale du Code et de promouvoir l'allaitement au sein dans l'ensemble des pays. Le suivi dans ce domaine devra se poursuivre dans les années à venir.

## Vieillesse et santé des groupes particuliers

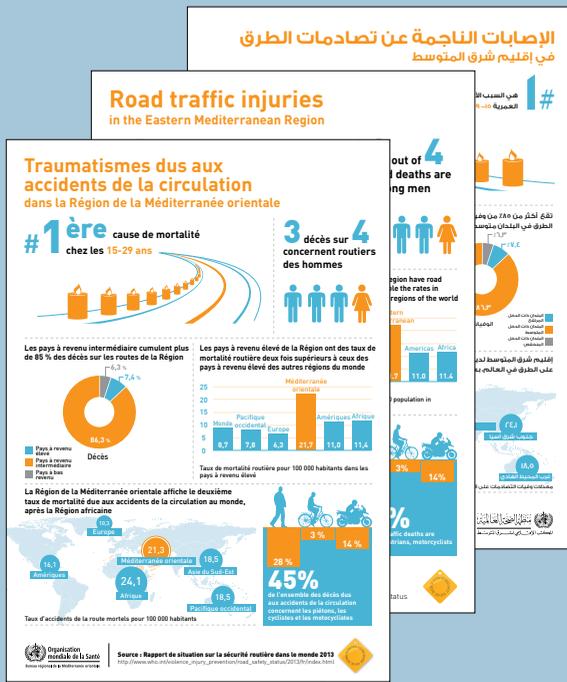
Les interventions visant la prévention et la promotion de la santé qui ont lieu très tôt dans la vie constituent des investissements qui ont un bon rapport coût-efficacité pour la santé des écoliers, des adultes actifs et des personnes âgées. L'appui fourni aux écoles qui prennent des mesures visant à promouvoir la santé s'est poursuivi à travers

l'élaboration de profils de pays et la création de bases de données dans sept pays. Un guide régional comprenant des mesures proposées pour les services de santé scolaires a été finalisé, et des méthodologies en vue de l'institutionnalisation de la promotion de la santé mentale dans les écoles ont été préparées.

Dans le cadre des efforts régionaux pour la mise en œuvre du plan d'action mondial pour la santé des travailleurs, un soutien technique a été fourni à plusieurs pays. Cependant, une nouvelle vision et une stratégie complète sur la médecine du travail sont nécessaires et en 2014, les activités seront axées sur ces aspects. Les personnes âgées devenant plus nombreuses et davantage visibles dans la Région par rapport à la population générale, il est impératif de mettre en œuvre de meilleures stratégies afin de répondre à leurs besoins particuliers en matière de services sociaux et de santé. Un soutien technique a été apporté aux pays pour l'instauration d'environnements favorables, de cadres de promotion de la santé et de modes de vie sains pour tous les groupes d'âge. Un projet de guide de formation régional sur les services de soins de santé primaires pour les personnes âgées a été examiné lors d'une consultation régionale sur les services de soins de santé amis des aînés.

## Violence, traumatismes et incapacités

En 2013, la mise en œuvre du plan quinquennal régional de prévention des traumatismes a débuté, mettant l'accent sur les traumatismes dus aux accidents de la circulation et les soins traumatologiques. La publication du *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013*, couvrant la plupart des pays de la Région, a jeté les bases de la surveillance de la Décennie



↑ Une série d'aide-mémoire a été publiée sur les traumatismes dus aux accidents de la circulation afin de sensibiliser à l'ampleur du problème dans la Région

d'action pour la sécurité routière 2011-2020. La deuxième semaine mondiale de la sécurité routière des Nations Unies, consacrée à la sécurité des piétons, a été célébrée dans plusieurs pays, et un instrument pilote pour établir le profil des systèmes de soins traumatologiques a également été conçu. L'enquête pour le rapport sur la prévention de la violence mondiale s'est achevée dans 88 % des pays participants. En 2014-2015, l'accent sera davantage mis sur l'appui fourni aux ministères de la Santé pour leur permettre de remplir le rôle qui leur incombe, dans le cadre d'une action multisectorielle de plus grande ampleur dans les domaines de la prévention de la violence et des traumatismes ainsi que le handicap et la réhabilitation.

Sur la base de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, un projet de loi type sur le handicap a été élaboré. Une déclaration régionale conjointe des Nations

Unies sur le handicap et les catastrophes a indiqué l'engagement à intensifier les efforts pour l'inclusion des personnes handicapées dans l'ensemble des politiques et programmes visant à réduire les risques de catastrophe et à faire face aux situations humanitaires. Les États Membres ont contribué à la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur le handicap et le développement et à l'élaboration du plan d'action mondial de l'OMS sur le handicap.

De nombreux pays sont confrontés à des obstacles en ce qui concerne les déficiences visuelles et auditives, les plus importants obstacles étant notamment le manque d'appui politique adéquat et l'insuffisance des ressources financières. Cependant, suite à l'approbation par l'Assemblée mondiale de la Santé du Plan d'action mondial pour la prévention de la cécité et des déficiences visuelles évitables 2014-2019, quatre pays ont élaboré des plans nationaux de santé oculaire sur cinq ans. Un nouveau membre du personnel professionnel ayant de l'expérience dans la prévention de la cécité a récemment été recruté, en collaboration avec l'Initiative internationale contre les incapacités évitables pour la Région de la Méditerranée orientale (IMPACT-EMR), en vue de renforcer le soutien technique fourni aux pays à forte charge.

## Éducation sanitaire et promotion de la santé

En 2013, l'amélioration de la santé de la population tout au long de la vie a constitué l'axe principal de l'éducation sanitaire et de la promotion de la santé, en particulier la santé des enfants, des femmes et des adolescents ainsi que les maladies non transmissibles. Une consultation avec des universitaires religieux consacrée aux pratiques préjudiciables à la femme a abouti à un

.....

accord avec le Centre islamique international pour les études et la recherche en matière de population de l'Université Al Azhar (Égypte) et à l'élaboration d'un plan de travail conjoint qui devra être mis en œuvre dans les pays prioritaires de la Région. Cela conduira en 2014 à un examen documentaire des expériences aux niveaux régional et international en ce qui concerne la lutte contre le mariage d'enfants et la violence à l'encontre des femmes, y compris les mutilations sexuelles féminines, et à l'élaboration de dispositifs de formation ainsi que d'un programme d'enseignement pour les étudiants de l'Université Al Azhar.

En collaboration avec les *Centers for Disease Control and Prevention* d'Atlanta (États-Unis d'Amérique), l'OMS a étendu à plusieurs nouveaux pays la réalisation de l'enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire et a mené de nouvelles enquêtes dans d'autres pays. Les enquêtes fournissent aux pays des données comparatives sur les facteurs de risque comportementaux chez les écoliers qui peuvent éclairer l'élaboration de politiques et de programmes de promotion de la santé destinés aux milieux scolaires. Un programme régional visant à encourager la promotion de la santé dans les médias a été lancé et celui-ci permettra de renforcer les capacités des journalistes en matière de couverture des questions de santé et de mise en réseau de l'information. Le programme est en cours de mise en œuvre, en collaboration avec la Fondation Thomson Reuters et l'Agence France-Presse.

## Déterminants sociaux de la santé et différenciation homme-femme

La pauvreté et la répartition inégale des ressources entre les populations urbaines et rurales représentent les principaux déterminants sociaux de la santé dans la Région. Les groupes vulnérables tels que les pauvres, les mères de famille monoparentale et les réfugiés sont plus exposés aux inégalités en santé que les autres groupes de population.

Des initiatives visant à aborder la question des déterminants sociaux et de la différenciation homme-femme dans le secteur de la santé continuent d'être fondées sur une approche verticale plutôt que d'être intégrées à des approches programmatiques. Les défis sont notamment le manque de données ventilées par sexe sur l'équité, la nécessité de maintenir les activités intersectorielles et enfin l'incapacité à intégrer les déterminants sociaux de la santé et la parité homme-femme dans les programmes, politiques et stratégies de santé. L'OMS a collaboré avec les États Membres dans le cadre de plusieurs initiatives s'intéressant aux déterminants sociaux de la santé mais jusqu'à présent il n'existe pas de vision complète et concrète en vue de l'élaboration d'un plan pragmatique régional. Un nombre considérable de pays a décidé d'accorder la priorité à ce domaine d'action dans le cadre de leur programme respectif de collaboration avec l'OMS en 2014 et au-delà, et des activités ont débuté pour mettre au point le plan d'action. Nous espérons rendre compte favorablement de l'issue de ces activités dans le prochain rapport annuel.

## Santé et environnement

Malgré la diversité de la Région en termes de revenu, de développement, de santé et de conditions environnementales, trois groupes de pays se distinguent clairement. Le groupe 1 est composé de pays à revenu élevé dont les services de salubrité de l'environnement sont efficaces et qui subissent l'impact direct des risques environnementaux sur les maladies non transmissibles. Le groupe 2 comprend des pays à revenu intermédiaire disposant de systèmes de salubrité de l'environnement en développement, et connaissant une double charge des risques environnementaux sur les maladies transmissibles et non transmissibles. Enfin le groupe 3 comprend les pays à revenu faible ne disposant pas de services de salubrité de l'environnement de base appropriés, et dans lesquels les risques environnementaux ont un véritable impact, surtout sur les maladies transmissibles.

Le Comité régional a approuvé la stratégie pour la santé et l'environnement 2014-2019 qui fournit, pour les trois groupes, une feuille de route visant à protéger la santé face aux risques environnementaux dans la Région. Cette feuille de route définit les mesures nécessaires à prendre en vue de réduire la lourde charge du risque environnemental, qui selon les estimations représente près de 24 % de la charge de morbidité totale, y compris plus d'un million de décès par an au niveau régional. Le défi consiste désormais pour les pays à traduire cette stratégie en plans d'action nationaux et pour l'OMS, à suivre les progrès.

Dans le cadre d'une réforme organisationnelle et structurelle, le Centre régional de l'OMS pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA) est chargé depuis 2013 de la gestion globale du programme régional pour l'environnement ; l'objectif étant de renforcer les capacités de l'OMS



Photo : © Société jordanienne pour l'environnement

↑ En Jordanie, un groupe de jeunes participe à une campagne organisée par la Société jordanienne pour l'environnement, avec le soutien de l'OMS, pour lutter contre l'empoisonnement au plomb

---

en matière de fourniture de soutien technique aux États Membres. Des activités ont été organisées dans les domaines suivants : qualité de l'eau de boisson ; réutilisation des eaux usées et gestion de la sécurité sanitaire de l'eau ; dangers chimiques constituant une situation d'urgence ; qualité de l'air ; changement climatique ; gestion des déchets d'activités de soins ; stratégies pour la salubrité de l'environnement et gestion de l'information relative à la salubrité de l'environnement. Un appui technique pour la salubrité de l'environnement a été fourni dans plusieurs situations d'urgence, la crise syrienne en particulier, et les capacités en matière de préparation et de riposte aux incidents chimiques dans la Région ont été renforcées. Un appui a également été fourni afin de permettre aux pays de satisfaire aux exigences principales en vue de l'application du Règlement sanitaire international (2005) en ce qui concerne la sécurité sanitaire des aliments et les événements chimiques et radionucléaires.

En réponse aux demandes de plusieurs États Membres, le Centre CEHA a mené une étude novatrice en Jordanie afin de produire des données scientifiques sur les exigences sanitaires minimales en matière d'eau dans les foyers pour la protection de la santé. L'étude conduite auprès de 2851 foyers a examiné la corrélation entre la consommation d'eau dans les foyers et l'incidence de la diarrhée chez les enfants âgés de moins de cinq ans. Les résultats fournissent des données qui permettront d'orienter l'élaboration de politiques et/ou d'instruments législatifs nationaux pour les objectifs de service et les subventions en vue de garantir un approvisionnement en eau dans les foyers satisfaisant aux exigences sanitaires minimales pour la protection de la santé. L'étude devrait être menée dans différents lieux afin de produire davantage de données et permettre ainsi à l'OMS d'élaborer des recommandations.

---

# Maladies non transmissibles

## Cadre d'action régional

En 2013, l'OMS a concentré ses efforts sur l'application du cadre d'action régional, qui a été approuvé par le Comité régional en 2012, afin d'intensifier la mise en œuvre de la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Il s'agissait de maintenir les engagements de haut niveau pris par les États Membres, de les aider à mettre en œuvre des interventions stratégiques approuvées dans les quatre domaines prioritaires du cadre d'action régional, et de renforcer les capacités afin d'être en mesure de répondre aux besoins de chaque pays.

En mai 2013, l'Assemblée mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles 2013-2020, ainsi que le cadre mondial de suivi comprenant 25 indicateurs et un ensemble de neuf cibles volontaires. Tous les pays de la Région ont inscrit les maladies non transmissibles comme priorité dans leur planification pour le programme de collaboration 2014-2015 avec l'OMS. L'OMS s'est également attachée à développer des partenariats avec des instances régionales et internationales telles que la Fédération internationale du diabète, l'Union internationale contre le cancer et la Fédération mondiale du cœur qui jouent tous un rôle important dans le plaidoyer en faveur de la lutte contre les maladies non transmissibles.

La partie ci-après du présent rapport présente les grandes lignes des progrès réalisés dans les quatre domaines du cadre régional.

## Gouvernance

L'action de l'OMS était axée sur le renforcement des capacités et la fourniture d'un soutien technique pour l'examen et la mise à jour des plans nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles à travers l'organisation de réunions régionales et la conduite de missions d'évaluation dans les pays. Actuellement, vingt pays sont dotés d'unités et de points focaux en place pour gérer les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles, au niveau du ministère de la Santé ou d'une autorité équivalente. Dans le cadre d'une initiative mondiale de l'OMS impliquant plusieurs régions, quatre pays ont élaboré des plans nationaux multisectoriels pour les maladies non transmissibles, notamment des orientations sur la manière d'élaborer des cibles et indicateurs nationaux et d'établir l'ordre de priorité des interventions. Ces plans ont été finalisés début 2014. L'année 2013 a également été marquée par l'organisation d'activités visant à former et renforcer les capacités des professionnels nationaux, notamment les administrateurs de programmes au sein des ministères de la Santé. Ces activités ont porté sur les aspects techniques et gestionnaires de la prévention des maladies non transmissibles. Néanmoins, les besoins en formation dépassent largement ce qui a été proposé. Un plan pour la mise en place d'un séminaire de formation régional régulier est donc envisagé afin de pouvoir accueillir un grand nombre de professionnels impliqués dans l'élaboration et le suivi des programmes.

## Prévention et réduction des facteurs de risque

L'OMS a accéléré ses activités dans le domaine de l'élaboration des politiques concernant les facteurs de risque communs aux principales maladies non transmissibles, avec pour objectif particulier d'intensifier la mise en œuvre des meilleures options en matière de prévention. Il s'agit notamment d'interventions relatives au tabagisme, à la sédentarité et à la mauvaise alimentation.

La lutte antitabac reste confrontée à d'importants obstacles ; en effet, on assiste à une certaine stagnation ou inversion des tendances dans certains pays, tandis que certaines formes de consommation de tabac, telles que la pipe à eau, augmentent de façon alarmante. La Figure 1 montre une comparaison avec les autres régions de l'OMS de la prévalence du tabagisme chez les adultes. L'OMS a mis en place une série d'activités de plaidoyer afin d'encourager l'action nationale dans les deux pays qui n'ont pas encore ratifié la Convention-cadre de l'OMS pour la

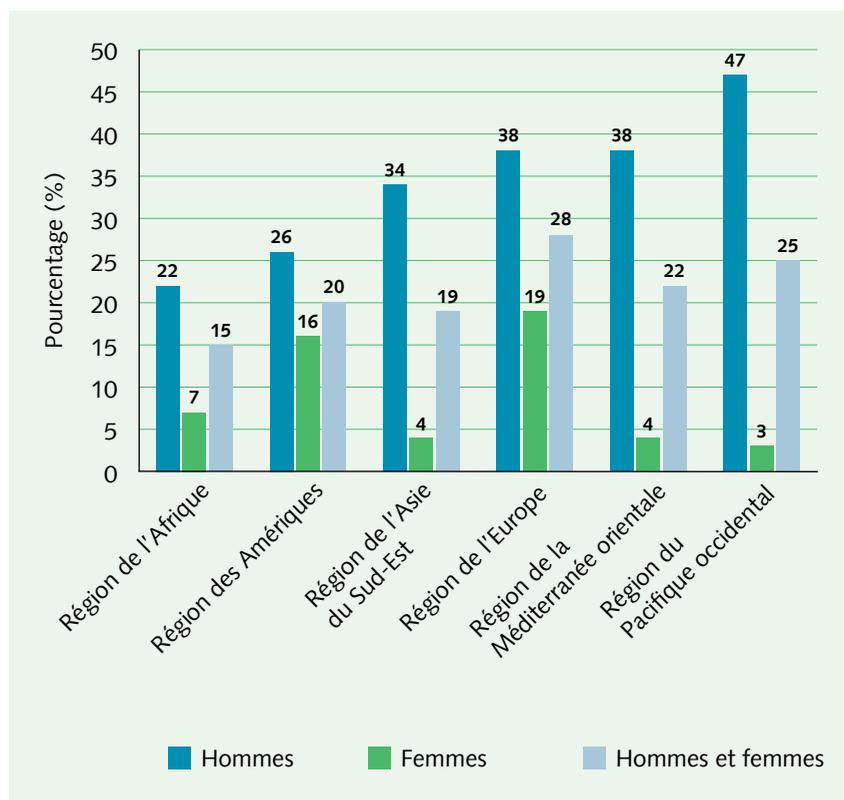


Fig.1  
Tabagisme chez l'adulte (15 ans et plus) dans la Région de la Méditerranée orientale en comparaison avec d'autres régions de l'OMS

Source : rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2013. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2013 ([http://www.who.int/tobacco/global\\_report/2013/en/](http://www.who.int/tobacco/global_report/2013/en/)) (en anglais)



↑ Rencontre du Directeur régional avec le Chef du Gouvernement du Maroc, S.E M. Abdelilah Benkirane afin de discuter de la ratification de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac

lutte antitabac (le Maroc et la Somalie). Cette question demeurera une priorité et les activités dans ce domaine seront maintenues en 2014. Une réunion multisectorielle régionale a permis de s'attaquer aux défis que représentent le tabac et le commerce du tabac, et une réunion de suivi pour les pays du Conseil de coopération du Golfe est prévue en 2014. Plusieurs pays ont bénéficié d'un soutien technique dans les domaines de la taxation du tabac et de l'élaboration d'une législation antitabac. Les capacités nationales pour appuyer la mise en œuvre de l'article 5.3 de la Convention-cadre relatif à l'interférence de l'industrie du tabac ont été renforcées dans deux pays, avec la participation d'acteurs relevant de plusieurs secteurs. Huit pays sont à présent signataires du premier protocole de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, le « Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac ».

La promotion de l'activité physique constitue une priorité stratégique. Dans le cadre des préparatifs en vue du Forum régional de haut niveau sur l'approche de la promotion de l'activité physique tout au long des différentes phases de l'existence en 2014, un inventaire régional des politiques

et programmes consacrés à l'activité physique a été réalisé. Parmi les obstacles identifiés, figurent le manque de données relatives à la prévalence de l'activité physique, l'appui limité des organes décisionnels et enfin le manque de collaboration multisectorielle entre les différents secteurs concernés. Le forum, qui s'est tenu en février 2014, a rassemblé les responsables de l'élaboration des politiques de niveau ministériel, issus des différents secteurs concernés, tels que la santé, la jeunesse, l'éducation, les sports, le transport, l'urbanisation et l'information, et des discussions se sont tenues quant à la manière de faire face à ces problèmes.

En ce qui concerne l'action menée contre la mauvaise alimentation, des déclarations de politique et des actions recommandées en vue de réduire l'apport en sel et en graisses ont été élaborées. Deux pays ont commencé à réduire la teneur en sel du pain, et le Conseil de coopération du Golfe a élaboré des normes et spécifications concernant l'élimination des graisses trans dans les aliments et huiles comestibles.

Un protocole régional pour mesurer l'apport en sel dans la population, élaboré en collaboration avec le Centre collaborateur de l'OMS pour la nutrition de l'Université de Warwick, a été publié en octobre 2013. Un appui technique et un renforcement des capacités ont également été assurés pour l'élaboration de directives diététiques et de stratégies visant à réduire la consommation de graisses et de sel, qui par ailleurs ont été mises en œuvre dans plusieurs pays.

Une étude régionale visant à recenser les progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants, menée en



↑ La Journée mondiale de la Santé 2013 a ciblé l'hypertension artérielle en tant que facteur de risque important de cardiopathies

collaboration avec l'Université de Liverpool, a mis en évidence une certaine méconnaissance des recommandations, le développement insuffisant de cadres juridiques pour contrôler cette commercialisation et enfin le peu d'attention accordé à la commercialisation transfrontalière. Une consultation d'experts, à laquelle ont participé des représentants d'associations de consommateurs et de protection de la santé de l'enfant, des nutritionnistes, des réseaux d'avocats et de médias, a recommandé aux États Membres d'adopter une approche globale afin de réglementer la commercialisation et a formulé des recommandations pour accélérer la mise en œuvre des recommandations de l'OMS ; notamment la mise en place d'un groupe de travail national multisectoriel dans chaque pays, dirigé par le ministère de la Santé. Ces activités se poursuivront en 2014 et l'accent sera mis sur le renforcement des capacités des associations de

protection des consommateurs dans ce domaine ainsi que sur le développement des activités de plaidoyer et l'application de la réglementation relative à la commercialisation.

## Surveillance, suivi et évaluation

Tous les pays ont participé à une enquête visant à établir des profils de pays en matière de capacités et de riposte face aux maladies non transmissibles, et un rapport régional est en cours de préparation. En 2013, cinq pays ont réalisé l'enquête STEPS (surveillance par étapes). La notification des statistiques de mortalité par cause spécifique pour les maladies non transmissibles constitue un défi pour la plupart des pays ; cependant la stratégie régionale de renforcement des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil devrait contribuer à y faire face. L'OMS continue d'aider les pays à améliorer

les registres du cancer, en collaboration avec le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC). Les pays ont commencé à élaborer des cibles et indicateurs nationaux et à rendre compte des progrès accomplis, en conformité avec le cadre mondial de suivi. L'OMS a amorcé une action collective avec le réseau de la Méditerranée orientale pour la santé publique (EMPHNET), afin d'examiner les lacunes en matière de surveillance et de mettre au point un programme de renforcement des capacités de surveillance pour élargir le réseau d'experts nationaux capables de fournir aux pays des conseils spécialisés et de haute qualité.

La surveillance du tabac a continué de susciter une attention particulière. Le rapport de l'OMS sur l'épidémie mondiale de tabagisme 2013 qui comprend des profils de l'ensemble des pays de la Région, a été publié. Un appui a été fourni à cinq pays afin de leur permettre de réaliser le quatrième cycle de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes. L'Enquête mondiale sur la consommation de tabac chez l'adulte a été achevée au Qatar, premier pays de la Région à la réaliser en autofinancement, et les résultats préliminaires de cette enquête ont été publiés. Trois autres pays sont à des phases différentes de l'enquête.

L'OMS a également apporté un soutien à la réalisation d'enquêtes et/ou réalisé des enquêtes et mené des recherches afin de produire des données factuelles visant à appuyer l'élaboration de politiques dans les domaines prioritaires. La recherche en matière d'évaluation économique des interventions prioritaires et des « meilleures options » pour les maladies non transmissibles – interventions qui devraient apporter un retour sur investissement en termes de bénéfices pour la santé – est actuellement menée dans quatre

pays, en collaboration avec le *Disease Control Priorities Network* et l'Université de Washington. Les capacités régionales dans ce domaine ont été renforcées dans le but de constituer un groupe restreint de chercheurs régionaux. Une étude multipays est actuellement en cours, avec pour objectif de produire des données factuelles dans trois domaines afin d'orienter les interventions politiques visant à réduire la consommation de sel : l'apport de sel au niveau de la population par la mesure de l'excrétion urinaire du sodium en 24 heures ; la teneur en sel d'aliments de consommation courante ; et les tendances de consommation de ces aliments. Les résultats de ces deux études seront disponibles en 2014.

## Soins de santé

L'OMS a maintenu son appui aux pays afin de renforcer l'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, notamment à travers la mise en œuvre de l'ensemble OMS d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles au niveau des soins de santé primaires dans les contextes où les ressources sont limitées et dans le cadre de directives approuvées au niveau national. Le sevrage tabagique a également fait l'objet d'une certaine attention en tant qu'intervention prioritaire de soins de santé, et plusieurs pays ont bénéficié d'un appui dans le domaine du traitement de la dépendance tabagique.

Parmi les quatre principaux groupes de maladies non transmissibles, le cancer a fait l'objet en 2013 d'une attention particulière. Les programmes nationaux de lutte contre le cancer de cinq pays ont été évalués, en collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA) et le CIRC. Afin d'établir une feuille de route claire pour les pays dans les domaines de la surveillance, de la

recherche et du dépistage précoce du cancer, une réunion régionale sur la lutte contre la cancer et les priorités de recherche s'est tenue conjointement avec le CIRC. Les recommandations issues de la réunion se sont traduites par un plan d'action qui sera mis en œuvre avec le CIRC dans les domaines de l'enregistrement des cas de cancer, des causes de la maladie, ainsi que de la détection et du dépistage précoce des cancers les plus courants. Le Qatar est devenu le premier pays de la Région à rejoindre le Comité exécutif du Centre susmentionné, témoignant ainsi de l'engagement en faveur de la recherche sur le cancer et de la surveillance de la maladie. Avec l'appui d'experts régionaux, deux modules de formation en soins palliatifs ont été créés afin de développer les capacités nationales et de soutenir la formation de formateurs dans les pays à faibles ressources.

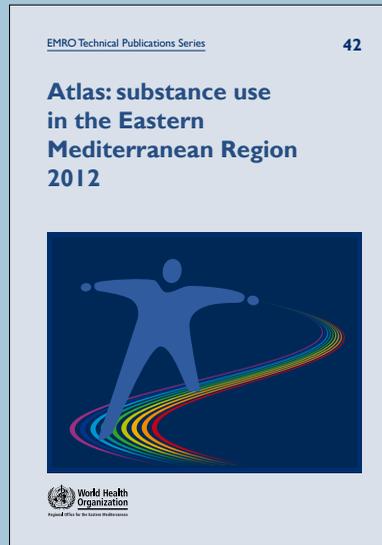
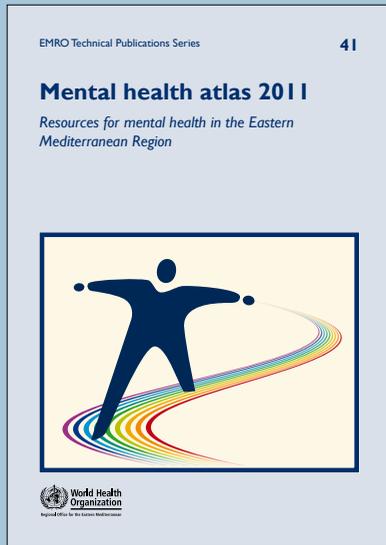
## Santé mentale

Les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives représentent toujours un lourd fardeau pour la Région, et en particulier pour les pays connaissant des situations d'urgence humanitaire graves ou chroniques et des déplacements de populations à grande échelle, à l'intérieur ou hors du pays. Il existe d'importantes lacunes en ce qui concerne l'action de santé publique et la prestation de services. Par exemple, 40 % des pays ne disposent pas de politiques de santé mentale, 30 % n'ont pas de plans dans ce domaine et dans 65 % des pays, la législation en matière de santé mentale date de 20 ans ou plus. Il existe de grandes variations en termes de disponibilité de professionnels de santé mentale et d'accès aux services de santé mentale. La proportion de centres de soins ambulatoires de la Région représente la moitié du taux mondial, et seul 1 % de ces établissements offrent des soins communautaires de suivi. Près de 60 % des

personnels de santé mentale travaillent dans des structures institutionnelles ; il y a par conséquent un manque de services de santé mentale à base communautaire. Les pays ont réalisé des progrès variables en ce qui concerne l'intégration de la santé mentale aux soins de santé primaires. Malgré la charge et l'impact économique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives, dans la Région, l'investissement moyen dans les soins de santé mentale – à deux dollars US par personne et par an – se situe en deçà des trois à neuf dollars US nécessaires pour la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions de santé mentale d'un bon rapport coût-efficacité dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cela s'est traduit par un écart situé entre 76 et 85 % en ce qui concerne le traitement dans les pays.

En 2013, l'OMS a privilégié cinq domaines. En ce qui concerne le premier domaine, l'élaboration de politiques, d'une législation et d'une stratégie, un Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 a été approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé. Un appui technique a été fourni à des pays pour leur permettre d'examiner, de formuler et de finaliser des politiques nationales de santé mentale, de se doter d'une législation sur la santé mentale, d'élaborer des politiques et stratégies nationales sur l'utilisation de substances psychoactives et enfin de mettre en œuvre des plans d'action nationaux visant à réduire l'usage nocif de l'alcool.

Dans le domaine de la mise en place de services, l'OMS a centré ses efforts sur l'intensification de la mise en œuvre du Programme d'action de l'OMS : Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP), précisément dans le but de combler les lacunes qui existent en matière de traitement par le biais de la prestation de



↑ Publications récentes sur la santé mentale

services intégrés. Le lancement a été effectué dans plusieurs pays dans lesquels a été mis en route le renforcement des capacités pour l'intégration de la santé mentale et des toxicomanies dans les soins de santé généraux, à l'aide des outils du Programme mhGAP.

La santé mentale et le soutien psychosocial sont essentiels en matière de riposte aux crises humanitaires et aux situations d'urgence. Les capacités techniques ont été renforcées dans plusieurs pays, et notamment dans les organisations non gouvernementales internationales opérant dans ces pays. L'OMS a également apporté un soutien à l'élaboration d'un ensemble

d'interventions psychosociales qui seront mises en œuvre par l'intermédiaire d'agents de santé non spécialisés dans des situations d'urgence. Un test sur le terrain est actuellement en cours au Pakistan. L'OMS collabore avec la *Johns Hopkins University* pour mettre en place un programme de renforcement des capacités afin que des professionnels de la santé mentale puissent mener des interventions de psychologie.

Des orientations ont été élaborées afin d'aider les pays à mettre en place un système d'information sur les traitements des toxicomanies ainsi qu'un système d'enregistrement des suicides.

# Maladies transmissibles

## Éradication de la poliomyélite

La République arabe syrienne et la Somalie ont connu des flambées de poliomyélite et celles-ci ont porté un sérieux coup aux progrès réalisés par le programme mondial d'éradication de la poliomyélite, constituant une menace pour tous les pays. En effet, la flambée en Somalie, qui a résulté de l'importation de poliovirus en provenance du Nigéria, a également touché des pays voisins comme le Kenya et l'Ouganda. En réponse à cette situation, le Comité régional a adopté une résolution consacrée à l'intensification des efforts d'éradication de la poliomyélite dans la Région, déclarant que cette propagation du poliovirus sauvage constituait une situation d'urgence pour l'ensemble des États Membres de la Région et réaffirmant l'importance de mettre fin à la transmission endémique continue du poliovirus en Afghanistan et au Pakistan.

Conformément à la résolution, des plans stratégiques complets ont été élaborés en coordination avec les gouvernements nationaux et les partenaires afin de maîtriser les flambées. Des ripostes aux flambées impliquant plusieurs pays ont été examinées et des plans de riposte en phase II sont en cours d'élaboration, en fonction de l'épidémiologie en constante évolution et des enseignements tirés.

En Somalie et en République arabe syrienne, plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'accroître le niveau d'immunité de la population immédiate et de maîtriser les flambées épidémiques, notamment par l'administration

du vaccin bivalent, de doses supplémentaires administrées à intervalles courts, par l'installation de postes permanents de vaccination aux zones de transit frontalier, par la présence d'équipes de vaccination discrètes, et enfin par le prépositionnement des vaccins et l'augmentation du nombre de personnes devant être vaccinées. Le partenariat de travail solide entre l'ensemble des partenaires a été important pour faire face aux problèmes émergents et aux évolutions épidémiologiques. La coordination entre les bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale a également eu un impact positif sur la maîtrise de la flambée. Des campagnes de vaccination préventive ont été menées dans les pays particulièrement exposés au risque de flambées, à savoir l'Égypte, la Jordanie, l'Iraq, le Liban, la Palestine et le Yémen, une attention particulière étant accordée aux réfugiés, aux migrants et aux personnes déplacées dans leur propre pays.

En ce qui concerne les deux pays où la circulation du poliovirus continue, d'importants progrès ont été accomplis en Afghanistan où la transmission est bien maîtrisée dans la partie endémique du



Photo : © OMS

↑ Le Directeur régional s'est rendu au Pakistan suite à la réunion du Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite



Photo : ©OMS

↑ Le Liban figurait parmi les pays qui ont mené des campagnes de vaccination contre la poliomyélite supplémentaires en 2013-2014, suite à la flambée en République arabe syrienne

sud du pays. Un seul cas été signalé dans la zone endémique de la région sud. D'autres cas ont été signalés dans la région de l'est, et le séquençage génétique a démontré un lien étroit avec les poliovirus du Pakistan. Le principal obstacle demeure l'incapacité à maintenir une forte couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral dans les provinces de l'est, en particulier la province de Kunar. Au Pakistan, la situation s'est détériorée, en grande partie à cause du conflit, des constantes interdictions de vacciner lancées par des militants antivaccination, de l'insécurité et du fait que les agents de vaccination sur le terrain continuent d'être victimes d'assassinats. La poliomyélite est toujours d'actualité, principalement dans les Zones tribales sous administration fédérale ainsi que dans la province voisine du Khyber Pakhtunkhwa ; en effet, sur les 93 cas notifiés par le Pakistan en 2013, 66 provenaient des Zones tribales sous administration fédérale. L'opération militaire qui s'est déroulée en 2014 dans l'agence du Nord-Waziristan de la région des zones tribales sous administration fédérale a entraîné d'importantes migrations de population vers les districts voisins de l'Afghanistan et du

Pakistan. Le programme surveille en continu ces déplacements de population aux points de transit, dans les camps et dans les communautés d'accueil.

L'OMS a fourni un appui supplémentaire en termes de ressources humaines à l'Afghanistan, au Pakistan, à la Somalie, à la République arabe syrienne et aux pays voisins. Tous les laboratoires nationaux de la poliomyélite ont été accrédités et l'appui fourni aux services de réadaptation pour les enfants atteints de la maladie s'est poursuivi au Pakistan. Le Directeur régional a effectué des missions de plaidoyer dans les zones infectées et un Groupe consultatif islamique de haut niveau a été mis en place. La coordination transfrontalière et la collaboration interrégionale ont été renforcées, plusieurs réunions de consultation d'urgence ont été organisées afin d'harmoniser l'assistance fournie par les différents partenaires, et un appui financier direct supplémentaire a été apporté.

## VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

En 2013, le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la Région était estimé à 280 000, dont 17 000 enfants. Le nombre de nouvelles infections à VIH étant estimé à 42 000 en 2013, la progression de l'épidémie dépasse de loin les améliorations en termes d'accès aux services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH. La couverture du traitement antirétroviral demeure la plus faible au monde, elle n'atteint en effet que près de 20 % des personnes qui en ont besoin. Cette situation est due à une accumulation de lacunes et d'insuffisances dans les stratégies et programmes actuels de lutte contre le VIH. La plus grande lacune réside dans la capacité à créer une demande en services de dépistage du VIH et à satisfaire cette demande, qui représente le principal point d'accès au

traitement. Afin de combler ces lacunes, il est nécessaire de renforcer l'engagement politique, les approches de prestation de services et le système de santé, tout en s'attaquant de toute urgence à la stigmatisation et à la discrimination persistantes, y compris dans les établissements de soins.

En 2013, l'OMS a lancé l'Initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière de traitement contre le VIH visant à atteindre d'ici 2020 une couverture universelle du traitement antirétroviral de 80 %. L'objectif immédiat de cette initiative est de mobiliser une action urgente en vue d'accélérer l'accès au traitement. À cet effet, l'OMS a élaboré un manuel ainsi que des outils destinés à aider les pays à analyser les écarts et les opportunités perdues tout au long du continuum de services de prévention, de dépistage, de soins et de traitement afin d'identifier les mesures susceptibles d'accélérer l'accès au traitement. Il s'agit de l'analyse en cascade « dépister, traiter, retenir » qui jusqu'à présent a été effectuée par cinq pays. L'OMS et l'ONUSIDA ont élaboré un document de plaidoyer conjoint qui met en évidence les raisons principales du faible taux de couverture du traitement dans la Région et recommande la mise en œuvre de stratégies et mesures clés requises pour intensifier le diagnostic et le traitement.

L'OMS a également élaboré des directives consolidées pour le traitement antirétroviral et en conséquence, 15 pays ont mis à jour, ou s'emploient actuellement à mettre à jour leurs directives en matière de traitement du VIH. Des modules de formation ont été élaborés sur les connaissances de bases du VIH et sur la réduction de la stigmatisation ; ces modules sont destinés aux agents de santé et ont été testés dans deux pays. L'OMS a continué d'aider les pays et les organisations de la société civile à collecter et



↑ En 2013, l'OMS a lancé une initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière d'accès au traitement contre le VIH

analyser les informations stratégiques, à élaborer des plans stratégiques nationaux et à mettre en œuvre des activités de prévention du VIH qui soient efficaces et fondées sur des bases factuelles dans les populations clés qui présentent un risque accru de contracter le VIH.

Au cours de l'année 2012<sup>4</sup>, 430 000 cas de toutes les formes de tuberculose ont été notifiés dans la Région. Le dépistage de toutes les formes de tuberculose et de la tuberculose multirésistante (TB-MR) continue de poser un défi majeur dans la Région et dans le monde, tout comme la lenteur que l'on constate en ce

<sup>4</sup> L'OMS a reçu les données sur le dépistage des cas de tuberculose une année plus tard. Par conséquent, les données relatives au dépistage des cas concernent l'année 2012 tandis que les données sur l'issue du traitement concernent l'année 2013.

Tableau 1 Cas de paludisme déclarés dans les pays fortement touchés						
Pays	2011		2012		2013	
	Total des cas déclarés	Cas confirmés	Total des cas déclarés	Cas confirmés	Total des cas déclarés	Cas confirmés
Afghanistan	482 748	77 549	391 365	54 840	319 742	46 114
Djibouti <sup>a</sup>	232	ND	25	25	1 687	939
Pakistan	4 065 802	334 589	4 285 449	290 781	3 472 727	281 755
Somalie	41 167	3 351	59 709	18 842	ND	ND
Soudan <sup>a</sup>	1 246 833	506 806	1 001 571	526 931	989 946	592 383
Soudan du Sud	795 784	112 024	1 125 039	225 371	ND	ND
Yémen	142 147	90 410	165 678	109 908	149 451	102 778

ND : Données non disponibles

<sup>a</sup> Seuls les cas confirmés par la microscopie sont déclarés

qui concerne la baisse de l'incidence. Le taux de dépistage régional de toutes les formes de la maladie était de 63 % en 2012 (62 % en 2011). Douze pays ont atteint ou dépassé le taux de dépistage cible de 70 %. Le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas est demeuré à 88 % pour la cinquième année consécutive et treize pays ont atteint ou dépassé l'objectif mondial de 85 %. Le soutien de l'OMS aux pays visait essentiellement à garantir la qualité des soins antituberculeux par le biais d'un appui technique, de la surveillance de la mise en œuvre du programme national, de missions d'examen approfondi et du renforcement des capacités.

Concernant la tuberculose multirésistante, la situation suscite une grande inquiétude. En effet, sur les 18 000 cas estimés, seuls environ 2300 cas ont été détectés en 2012, dont 1602 personnes ont bénéficié d'un traitement. Le taux de succès thérapeutique pour la tuberculose multirésistante est d'environ 56 %. La lutte contre la tuberculose multirésistante ne peut pas être intensifiée de manière adéquate car il faut dans un premier temps renforcer les systèmes de santé et allouer des ressources financières pour s'attaquer

spécifiquement à ce problème dont l'importance est croissante. L'OMS a collaboré avec dix pays dans le but d'élaborer des plans pour la mise en place de soins ambulatoires sur la base de l'instrument de planification pour la tuberculose multirésistante.

Huit pays de la Région ont signalé une transmission locale du paludisme en 2013. En 2012, le nombre total de cas de paludisme confirmés par un examen parasitologique a dépassé 1,3 million, ce qui ne représente que 10 % des cas estimés dans la Région. Le nombre de décès notifiés attribués au paludisme s'élevait à 2307, dont 84 % au Soudan et au Soudan du Sud (Tableau 1)<sup>5</sup>. La nécessité de renforcer les systèmes de diagnostic et de surveillance demeure un défi majeur dans les pays où la charge de la morbidité est élevée, en particulier au Pakistan, en Somalie et au Soudan. On note quelques améliorations en Afghanistan et au Yémen, en particulier concernant l'élargissement du système d'informations sur le paludisme. Une flambée

<sup>5</sup> Depuis mai 2013, le Soudan du Sud est un État Membre de la Région OMS de l'Afrique.

épidémique de paludisme survenue à Djibouti a fait apparaître la nécessité urgente de développer les capacités du programme de lutte contre la maladie et de renforcer la préparation aux épidémies, notamment en matière de disponibilité des diagnostics, des médicaments antipaludiques, des produits de lutte antivectorielle ainsi que de personnels formés.

Deux pays, l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran, ont mis sur pied avec succès une stratégie d'élimination du paludisme, en dépit des défis auxquels ils sont confrontés dans les zones frontalières avec le Yémen et le Pakistan respectivement. Les déplacements de population à partir de pays d'endémie palustre vers des pays exempts de la maladie sont en augmentation, ce qui entraîne davantage de cas de paludisme importé et augmente le risque de réintroduction de la transmission locale de la maladie ou la survenue de flambées à petite échelle, tels que les cas locaux signalés à Oman et en Tunisie (Tableau 2). Avec le soutien de l'OMS, six pays ont conduit des examens conjoints approfondis de leur programme de lutte contre le paludisme, impliquant des parties prenantes et des partenaires clés.

L'accès au traitement antipaludique, aux insecticides et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à action durable s'améliore dans l'ensemble des pays endémiques. Près de onze millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide de ce type ont été distribuées en 2011 et 2012 dans les pays où le paludisme est endémique. En Afghanistan, la couverture opérationnelle dans les districts ciblés à haute transmission devrait dépasser 70 %, et au Pakistan, la couverture opérationnelle dans les zones ciblées était de 41 % à la fin 2013. La confirmation des cas de paludisme, par microscopie ou par test de diagnostic rapide,

demeure un défi majeur ; cependant, on observe à des progrès encourageants en Afghanistan et au Yémen.

Le projet conjoint OMS, Fonds pour l'environnement mondial (FEM) et Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) sur les alternatives durables au DDT pour la lutte antivectorielle a débuté avec succès en République islamique d'Iran, au Maroc, au Soudan et au Yémen. Les capacités nationales en matière de gestion vectorielle intégrée ont été renforcées dans plusieurs pays.

On a assisté à des succès remarquables dans le domaine des maladies tropicales négligées. En effet, le nombre de cas de dracunculose au Soudan du Sud a baissé de 78 % en 2013 (121 cas) par rapport à 2012. Trois cas ont cependant été identifiés au Soudan (État du Sud-Darfour) après près de dix années sans notification de cas. Les enquêtes préliminaires semblent indiquer la réintroduction du parasite en provenance du Soudan du Sud. En ce qui concerne la filariose lymphatique, la vérification de l'élimination de la transmission s'est achevée au Yémen et dans 80 % des zones précédemment touchées de l'Égypte. L'espoir d'obtenir des succès similaires au Soudan demeure. Le plus grand programme de lutte contre la schistosomiase actuellement en cours dans le monde est entré dans sa troisième année au Yémen, avec un nombre record d'interventions en 2013 ; en effet, près de 40 millions de comprimés de praziquantel ont été distribués à environ 13 millions de personnes. Une évaluation de l'impact menée dans certains districts sentinelles a montré que les niveaux d'infection ont baissé de plus de la moitié depuis le début du projet. On espère que le programme continuera de fonctionner et d'atteindre ses objectifs, et également de servir d'étude de cas aux autres

**Tableau 2**  
**Cas confirmés par l'analyse parasitologique dans les pays où la transmission est inexistante ou sporadique et les pays d'endémicité palustre faible à modérée**

Pays	2011		2012		2013	
	Nombre total des cas déclarés	Autochtones	Nombre total des cas déclarés	Autochtones	Nombre total des cas déclarés	Autochtones
Arabie saoudite	2 788	69	3 406	82	2 513	34
Bahreïn	186	0	233	0	ND	ND
Égypte	116	0	206	0	262	0
Émirats arabes unis	5 242	0	5 165	0	4 380	0
Iraq	11	0	8	0	8	ND
Iran, République islamique d'	3 239	1710	1 629	787	1 373	519
Jordanie	58	0	117	0	56	0
Koweït	476	0	358	0	291	0
Liban	83	ND	115	0	133	0
Libye	ND	ND	88	0	ND	ND
Maroc	312	0	364	0	314	0
Oman	1 531	13	2 051	22	ND	ND
Palestine	ND	ND	0	0	ND	ND
Qatar	673	0	708	0	728	0
République arabe syrienne	48	0	42	0	22	0
Tunisie	67	0	70	0	68	0

ND : Données non disponibles

programmes de la Région, comme au Soudan et dans d'autres pays.

Au cours du dernier trimestre 2013, les données sur la leishmaniose dans la Région couvrant les quinze dernières années, ainsi que des cartes et graphiques interactifs, ont été mis à disposition à l'Observatoire régional de la santé de l'OMS. Plusieurs pays ont élaboré des directives nationales pour la lutte contre la leishmaniose et la prise en charge des cas. Afin d'évaluer

l'impact des directives techniques de l'OMS sur la leishmaniose, un projet d'évaluation de l'impact a débuté au Maroc.

## Vaccinations et vaccins

En 2013, les principaux défis des programmes de vaccination ont été l'instabilité politique et l'insécurité, qui ont eu des conséquences sur la mise en œuvre d'activités mobiles et de proximité en Afghanistan, au Pakistan et au Yémen, et

qui ont gravement compromis la vaccination systématique en République arabe syrienne. La nécessité de renforcer les capacités gestionnaires et l'engagement pour la vaccination systématique ainsi que les priorités concurrentes constituent des obstacles dans certains pays. Il faut également assurer la disponibilité des ressources financières pour la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole et le tétanos, l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu intermédiaire et le cofinancement dans les pays éligibles au soutien de l'Alliance GAVI ainsi que le déploiement d'activités visant à améliorer la couverture vaccinale dans les pays où celle-ci est faible.

En dépit de ces obstacles, la réalisation des objectifs régionaux de vaccination systématique a été maintenue pour la grande majorité des indicateurs en 2013. Quatorze pays de la Région ont atteint la cible de 90 % de la couverture vaccinale systématique par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux ; et le Yémen est en passe d'atteindre cet objectif.

Onze pays ont atteint un taux de couverture d'au moins 95 % pour la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1) au niveau national et dans la plupart des districts ; et 21 pays ont administré la deuxième dose (MCV2) avec différents niveaux de couverture. Afin de renforcer l'immunité de la population, des campagnes nationales de vaccination contre la rougeole ciblant plusieurs tranches d'âge ont été menées en Iraq, en Jordanie, au Liban, au Maroc, au Pakistan, en République arabe syrienne et au Soudan, et des journées de la santé de l'enfant ont été organisées en Somalie. Pour ce qui est de la surveillance de la rougeole, tous les pays ont mis en place une surveillance en

laboratoire basée sur les cas. Malgré les défis actuels dans la Région, six pays ont signalé une très faible incidence de la rougeole (moins de 5 cas pour un million d'habitants), dont trois pays qui ont indiqué une incidence zéro et qui seront soumis prochainement à une vérification de l'élimination de la maladie. La crise en République arabe syrienne a entraîné des flambées de rougeole en Iraq, au Liban et en République arabe syrienne, ainsi qu'en Jordanie, pays exempt de rougeole depuis trois ans. En réponse à cette situation, des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole ont eu lieu, avec un appui soutenu de l'OMS et en collaboration avec plusieurs partenaires. Conformément au renforcement des efforts en vue d'atteindre la cible de l'élimination de la rougeole, la troisième Semaine régionale de la vaccination s'est concentrée sur l'élimination de la vaccination sur le thème : « Éliminons la rougeole maintenant ».

L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été documentée en Iraq. Cinq pays n'ont pas encore atteint l'élimination de la maladie (Afghanistan, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) et Djibouti n'a pas encore fourni ses données à cet égard.

En ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins, d'importants progrès ont été réalisés. Le vaccin anti-Hib est désormais utilisé dans vingt pays, le vaccin antipneumococcique dans quatorze pays, et le vaccin antirotavirus dans huit pays. Ces chiffres dépassent la cible fixée pour 2013. Le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) a été introduit en Somalie, le vaccin antipneumococcique en Afghanistan et au Soudan, le vaccin antirotavirus en Arabie saoudite. La Libye a introduit le vaccin antipneumococcique, le vaccin antirotavirus, le vaccin contre le papillomavirus humain, le vaccin contre le méningocoque ; et le Soudan a

mis en oeuvre avec succès la deuxième phase de la campagne de vaccination par le vaccin antiméningococcique (atteignant une couverture de plus de 95 %).

Afin de préserver les acquis eu égard aux résultats attendus au niveau régional, l'OMS a fourni un appui non négligeable aux pays. Des examens complets des programmes de vaccination, des réseaux de surveillance des nouveaux vaccins, et une évaluation de la gestion efficace des vaccins ont été réalisés dans plusieurs pays. Un appui important a également été fourni aux pays dans le cadre des préparatifs en vue de l'introduction de nouveaux vaccins. Les capacités ont été renforcées dans les pays en matière de qualité des données, de surveillance des maladies évitables par la vaccination, du suivi et de l'évaluation ainsi que de la surveillance en laboratoire de la rougeole, de la méningite bactérienne, de la pneumonie bactérienne et du rotavirus. L'OMS a continué de coordonner le système externe de contrôle de la qualité des laboratoires et l'accréditation des laboratoires pour la rougeole.

La mise en oeuvre de la réglementation et de la production des vaccins rencontre un certain nombre de difficultés liées au manque de ressources humaines dotées des compétences appropriées, et à l'insuffisance des ressources financières. Les capacités de réglementation ont été renforcées dans cinq pays producteurs de vaccins, en particulier dans le domaine de la pharmacovigilance vaccinale, de la communication en matière de sécurité vaccinale et de l'octroi de licence pour les vaccins. En ce qui concerne la surveillance post-commercialisation, quatre pays - République islamique d'Iran, Maroc, Soudan et Tunisie - contribuent actuellement à l'Initiative mondiale pour la sécurité des vaccins, lancée en 2012.

## Sécurité sanitaire et réglementation

L'incidence des maladies infectieuses émergentes et réémergentes représente une menace permanente pour la sécurité sanitaire régionale. L'OMS a fourni un appui non négligeable pour maîtriser les flambées épidémiques d'hépatite E au Soudan du Sud, d'hépatite A en Jordanie et dans le nord de



Photo : ©WHO/C. Banluta

(a)



Photo : ©WHO

(b)



Photo : ©OMS

(c)

↑ L'OMS a fourni un appui à plusieurs pays pour maîtriser les flambées épidémiques, notamment celles de fièvre jaune au Soudan (a), de dengue au Pakistan (b) et d'hépatite A en Iraq (c)

l'Iraq, de dengue au Pakistan, de méningite méningococcique au Soudan du Sud, de fièvre jaune au Soudan et de fièvre hémorragique Crimée-Congo en Afghanistan et au Pakistan. De plus, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), nouveau virus respiratoire qui a émergé en 2012, a continué de se propager à plusieurs pays. Six pays de la Région ont désormais signalé des cas de MERS-CoV confirmés en laboratoire.

En 2013, l'OMS a fourni un appui stratégique et technique pour l'évaluation des risques, l'investigation sur le terrain et la détection des flambées généralisées dans plusieurs pays, permettant ainsi de limiter leur propagation et de réduire l'impact sanitaire. Des missions sur le terrain ont été conduites en Arabie saoudite, au Qatar et en Tunisie pour endiguer les flambées épidémiques provoquées par le MERS-CoV. Des flambées épidémiques d'hépatite A ont été efficacement maîtrisées en Jordanie et dans le nord de l'Iraq par les autorités sanitaires nationales suite à la mise en œuvre de mesures de santé publique recommandées par l'OMS à la suite d'investigations conjointes sur le terrain. Des mesures de préparation aux épidémies

ont été renforcées dans tous les pays touchés par la crise syrienne grâce à la mise en place de systèmes de surveillance d'alerte précoce pour les flambées de maladies en Iraq, en Jordanie, au Liban et en République arabe syrienne ; ainsi que le renforcement des moyens diagnostiques de laboratoire en vue de la détection des épidémies.

Compte tenu de la menace persistante que représente le MERS-CoV, le système de surveillance sentinelle des infections respiratoires aiguës sévères s'est élargi dans plusieurs pays afin de maintenir les capacités à détecter, diagnostiquer et riposter aux flambées causées par tout nouveau virus grippal ou respiratoire. La vigilance de santé publique concernant le MERS-CoV a été maintenue durant toute l'année par une surveillance renforcée et l'amélioration d'autres mesures régionales de préparation de santé publique. Des réunions techniques, des consultations et des sessions de formation ont été organisées. De plus, des orientations stratégiques et des conseils ont été élaborés collectivement avec d'autres autorités nationales de santé en vue d'améliorer le niveau de préparation régional face à cette nouvelle infection.



Photo : ©OMS

↑ Plusieurs consultations techniques sur le nouveau coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen Orient (MERS-CoV) ont eu lieu au Bureau régional

En raison du manque de données représentatives, la compréhension de la charge et de l'ampleur des schémas de résistance des pathogènes à différents micro-organismes demeure très limitée dans la Région. Afin de donner suite à la résolution EM/RC60/R.1 du Comité régional, une série d'orientations stratégiques ont été élaborées dans le cadre d'un processus consultatif afin que l'ensemble de mesures en six points de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens puisse se traduire par un cadre d'action sur l'endiguement de la résistance antimicrobienne. Un cadre stratégique a été élaboré pour le dépistage précoce et le diagnostic des maladies zoonotiques ainsi que la

lutte contre celles-ci. Des progrès ont également été accomplis en ce qui concerne l'élaboration d'un cadre stratégique pour la lutte contre le choléra et autres maladies diarrhéiques épidémiques ; et d'un cadre stratégique pour la lutte contre les infections respiratoires aiguës potentiellement épidémiques et leur prévention.

En juin 2012, la République islamique d'Iran était le seul pays prêt à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) ; tous les autres États Membres avaient obtenu une prorogation de deux ans pour la mise en œuvre du Règlement d'ici juin 2014, à l'exception de la Somalie qui n'avait pas rempli les exigences pour bénéficier d'une telle prorogation. Malgré les progrès réalisés pour satisfaire aux obligations du Règlement (estimé

à 70 % dans toute la Région à la fin 2013), en particulier les capacités relatives à la surveillance, l'action, les services de laboratoire et les événements d'origine zoonotique, il reste encore beaucoup de défis à relever. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les capacités en matière de gestion des événements chimiques, radiologiques et nucléaires ainsi que les points d'entrée et la préparation. Cela s'explique par le manque de lois de santé publique et autres instruments juridiques et administratifs de soutien ; la faible coordination entre les différents partenaires au niveau national et avec les pays voisins ; la forte rotation des personnels qualifiés ; l'insuffisance des capacités financières pour couvrir les activités prévues ; et l'instabilité géopolitique dans certains États Parties au Règlement. La Figure 2 montre

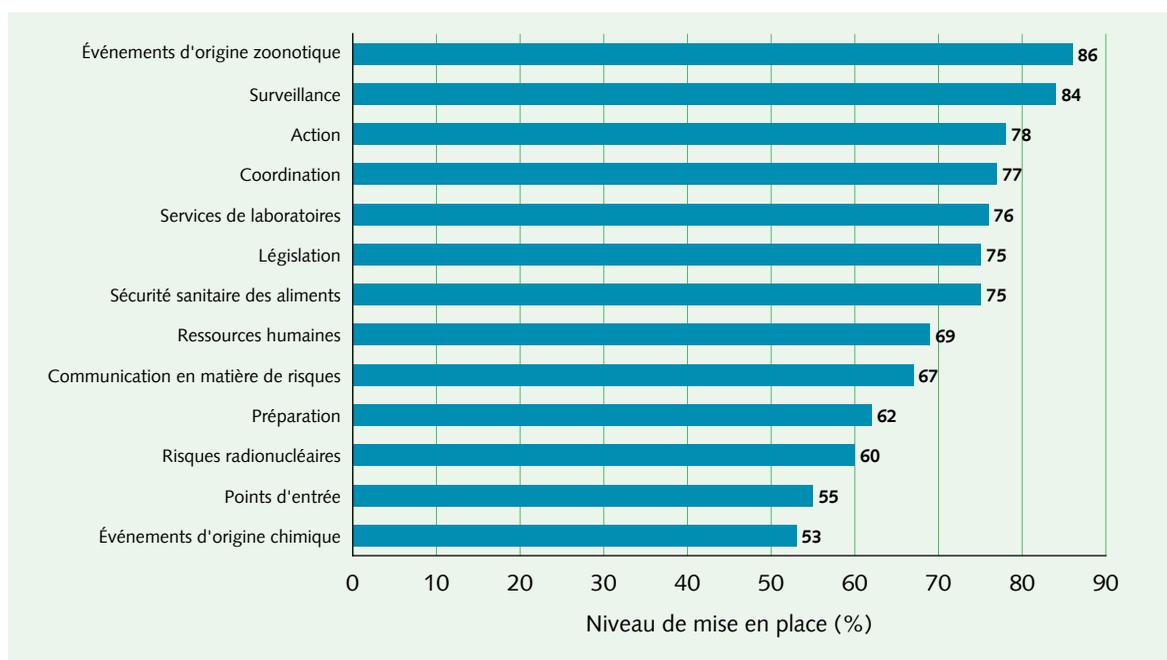


Fig. 2

**Règlement sanitaire international (2005) : niveau de mise en place des capacités principales dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013**

Source : Résumé du Rapport des États Parties 2013 sur la mise en place des capacités principales du RSI. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014.

---

le niveau de mise en place des capacités dans la Région à la fin 2013.

L'émergence du MERS-CoV a davantage mis en évidence l'importance du Règlement et le fait que les menaces épidémiques et pandémiques sont en augmentation. L'OMS a collaboré étroitement avec les États Parties afin de sensibiliser au Règlement et aux engagements y relatifs, et a facilité le partage d'informations entre les pays et avec d'autres régions de l'OMS. La collaboration a été renforcée avec les organisations internationales, les institutions des Nations Unies, les organisations non gouvernementales, les centres collaborateurs de l'OMS et les réseaux d'excellence afin d'aider les

pays à intensifier la mise en œuvre du Règlement. L'appui aux autorités nationales dans leur riposte aux flambées, notamment la flambée de MERS-CoV, a été géré dans le cadre du Règlement.

L'OMS a continué de fournir un soutien technique aux États Parties pour faire le point sur la mise en œuvre du Règlement et pour élaborer des plans nationaux visant à s'attaquer aux lacunes en ce qui concerne les capacités requises. Il est prévu qu'un nombre important d'États Parties de la Région demande une nouvelle prolongation pour la mise en œuvre des dispositions du Règlement d'ici à juin 2016.

# Préparation et riposte aux situations d'urgence

## Aperçu

En 2013, l'action humanitaire est entrée en terrain inconnu eu égard à l'ampleur des problèmes et au nombre de personnes nécessitant une aide. Ceci était principalement dû à la crise en République arabe syrienne ; en effet, on estime que fin décembre 2013, près de 6,8 millions de personnes dans le pays et 2,3 millions de réfugiés syriens dans les pays voisins avaient besoin d'une aide humanitaire. Globalement, plus de 42 millions de personnes dans 13 pays de la Région sont actuellement touchées par des catastrophes naturelles ou de la violence résultant de conflits politiques.

Des inondations ont touché des régions de l'Afghanistan, la Palestine, du Pakistan et du Soudan ; et des séismes ont frappé certaines zones de l'Afghanistan, de la République islamique d'Iran et du Pakistan, affectant des millions de personnes et constituant une menace pour la santé publique. L'OMS a contribué à des activités de secours dans les pays touchés par ces catastrophes en participant aux missions d'évaluation qui visent à identifier les besoins sanitaires, en assurant la fourniture de médicaments essentiels et d'un appui technique, en renforçant la surveillance des maladies et en coordonnant les activités des partenaires en santé sur le terrain.



↑ Un patient palestinien à Gaza attend de pouvoir traverser la frontière pour se rendre en Égypte

## Impact des situations d'urgence prolongées

Certaines populations vivant dans des pays et territoires qui connaissent des situations d'urgence prolongées n'ont toujours pas accès à des services de santé de base, en raison de la fragilisation des systèmes de santé, notamment une pénurie d'agents de santé qualifiés et un manque de médicaments et de fournitures médicales. Jusqu'à 8,6 millions de personnes n'ont pas accès aux services de santé au Yémen et 13 millions de personnes – c'est-à-dire plus de la moitié de la population – ne disposent pas de points d'eau améliorés. Par conséquent, les Yéménites courent un risque élevé de flambées épidémiques de maladies transmises par l'eau, telles que le choléra et la dysenterie.

Dans la bande de Gaza, l'insuffisance des fournitures de base met à rude épreuve la capacité du système de santé à continuer de fournir des soins de santé d'un bon niveau à la population palestinienne qui s'élève à 1,7 million d'habitants. Le manque d'accès empêche les personnes de jouir de leur droit à la santé. Le bureau de l'OMS en

Cisjordanie et à Gaza a publié un rapport sur les difficultés rencontrées par des milliers de patients palestiniens pour obtenir un permis israélien afin d'accéder aux soins de santé spécialisés à Jérusalem-Est, en Jordanie et en Israël. Un habitant de Cisjordanie sur cinq s'est vu refuser une autorisation d'accès aux soins de santé en 2012. L'étude a utilisé des données disponibles auprès de l'Autorité nationale palestinienne et de prestataires de soins de santé à but non lucratif pour montrer que les restrictions imposées par Israël sur les déplacements en Cisjordanie et à Gaza entravaient l'accès aux services de santé pour les patients palestiniens et les prestataires de soins de santé, notamment à Jérusalem-Est, où sont situés les principaux centres d'orientation-recours palestiniens.

La morbidité et la mortalité maternelle et infanto-juvénile atteignent un niveau inacceptable en Somalie. Selon l'OMS, un enfant sur cinq meurt en Somalie avant d'atteindre l'âge de cinq ans et une femme sur douze décède en raison de problèmes

liés à la grossesse, l'hémorragie et l'hypertension étant les premières causes de mortalité maternelle. L'un des facteurs principaux est l'accès limité à des services de santé de qualité, notamment dans les communautés rurales et les zones éloignées. L'OMS et la Campagne nationale saoudienne pour les secours au peuple somalien ont lancé un projet sur dix-huit mois afin d'assurer des interventions permettant de sauver des femmes et des enfants, comme la mise en place de centres de santé mobiles dans les zones éloignées, la livraison de médicaments et de fournitures médicales, les activités de vaccination pour les enfants de moins de cinq ans et le renforcement des capacités des personnels de santé maternelle et infanto-juvénile.

## Les soins de santé en danger

Dans les pays où des conflits sont actuellement en cours, une des principales difficultés rencontrées par le personnel humanitaire est la menace à leur sécurité. En dépit des législations humanitaires internationales et des Conventions



Photo : ©OMS

↑ L'OMS renforce les capacités des agents de santé au Soudan afin de riposter aux situations d'urgence sanitaire, et fournit des kits pour les soins traumatologiques et chirurgicaux

de Genève appelant à leur protection, le personnel humanitaire et les établissements de santé demeurent à risque. Ceci est particulièrement marqué dans la Région de la Méditerranée orientale où la plupart des attaques perpétrées ces dernières années ont eu lieu. Les agents de santé au Pakistan et en Somalie continuent de faire face à de graves menaces de violence tandis qu'au Yémen et en République arabe syrienne, les établissements de santé ont été bombardés, les ambulances brûlées ou volées, et des centaines d'agents de santé tués, attaqués ou enlevés. Les patients courent également un risque.

## Assurer la prestation de services de santé et la livraison de fournitures sanitaires en situations d'urgence

Afin de répondre immédiatement et efficacement aux besoins des pays en situation d'urgence, l'OMS gère actuellement l'équivalent de 94 millions de dollars US de médicaments, fournitures médicales et matériel d'urgence, au sein de la Cité humanitaire internationale de Dubaï, dans le cadre d'un accord avec le Programme alimentaire mondial (PAM). En 2013, ces stocks ont été réapprovisionnés à trois reprises dans le but d'atteindre les populations touchées par une situation d'urgence en République arabe syrienne et dans les pays voisins (Égypte, Iraq, Jordanie et Liban) ainsi qu'en Afghanistan, en Somalie et au Soudan.

En raison de décennies d'inaction et du conflit libyen de 2011, la disponibilité des services de santé mentale a baissé dans ce pays. L'OMS et le ministère de la Santé libyen ont lancé deux diplômés de deuxième cycle universitaire en soins de santé mentale primaires et interventions

psychothérapeutiques cliniques en 2013, au sein du centre national de lutte contre les maladies, dans l'objectif de combler le manque de ressources humaines en matière de santé mentale et de soutien psychosocial, notamment dans les zones reculées et mal desservies.

## Impact sanitaire de la crise en République arabe syrienne et réponse de l'OMS

Le mois de mars 2013 a marqué le début de la troisième année de la crise en République arabe syrienne, dont l'ampleur et l'impact sont sans précédent dans l'histoire récente. Selon les Nations Unies, fin décembre 2013, on dénombrait environ 120 000 à 130 000 décès et plus de 625 000 blessés. Dans le pays, on estime que 9,3 millions de personnes ont besoin d'une assistance, dont 6,5 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays.

L'impact de la crise est grandement perceptible dans l'effondrement des services de santé et la détérioration des résultats en matière de santé, qui sont soit directement dus aux décès ou aux traumatismes, soit indirectement causés par l'exacerbation des maladies et l'augmentation des problèmes de santé. Le système de santé a été gravement perturbé, mettant en jeu la prestation de soins de santé primaires et secondaires, l'orientation-recours des patients blessés, le traitement des maladies chroniques, la prestation de services de santé de la mère et de l'enfant et la fourniture de soins de santé mentale, ainsi que la mise en œuvre de programmes de vaccination et la lutte contre les maladies infectieuses.

Au premier trimestre 2013, le système d'alerte précoce pour la prévention des flambées



Photo : ©OMS

↑ L'OMS fournit un appui aux centres de santé mobiles à Homs (République arabe syrienne) afin d'assurer l'accès aux soins de santé pour les populations touchées par la crise

épidémiques qui couvre l'ensemble des quatorze gouvernorats, a signalé une augmentation significative de la diarrhée aqueuse aiguë, de l'hépatite A et de la fièvre entérique (typhoïde). De nouveaux cas de maladies évitables par la vaccination ont également réapparu en raison de la baisse de la couverture vaccinale qui est passée de 95 % en 2010 à 45 % en 2013. Tandis que la couverture par la vaccination systématique a baissé dans le pays, on constate des cas de maladies transmissibles chez les Syriens et dans les communautés d'accueil en dehors du pays, ce qui entraîne un risque accru de flambées épidémiques. La flambée de poliomyélite démontre clairement les conséquences de la détérioration des indicateurs sanitaires et des conditions de vie des Syriens. Cette situation a exigé une surveillance impliquant plusieurs pays et coordonnée au niveau régional ainsi que plusieurs séries de vaccinations de masse dans le

cadre de la plus grande campagne de vaccination jamais organisée au Moyen-Orient, dans le but de vacciner plus de 23 millions d'enfants en 2013 et en 2014 dans plusieurs pays.

Des mesures clés de prévention et de lutte ont été prises par l'OMS et les partenaires en vue de répondre aux menaces pour la santé publique que posent les maladies infectieuses, notamment la fourniture d'eau potable et l'assainissement, le renforcement des systèmes d'alerte précoce pour le dépistage des maladies, et le prépositionnement des médicaments et des fournitures médicales, en plus de campagnes urgentes de vaccination de masse, en République arabe syrienne et dans les pays voisins.

Le nombre croissant de Syriens atteints de maladies chroniques, la destruction des capacités pharmaceutiques locales et l'embargo sur les

importations ont entraîné une importante pénurie de médicaments essentiels qui permettent de sauver des vies. Avec l'appui des experts de la Région, la liste nationale de médicaments essentiels a été actualisée pour refléter les besoins sur la base des profils de patients mis à jour et de la demande suite à la crise, et en tenant compte des stocks déjà disponibles dans le pays et des fournitures que l'OMS avait prévu de livrer. Outre les fournitures pour le traitement des traumatismes dus au conflit, la liste comprend des médicaments permettant de sauver des vies et des fournitures médicales nécessaires pour traiter les maladies cardio-vasculaires, le diabète, et pour la santé génésique, ainsi que des équipements essentiels pour les hôpitaux. Suite aux signalements faisant état de l'utilisation d'armes chimiques contre des civils, l'OMS a soutenu les missions d'inspection d'armes chimiques menées par les Nations Unies en République arabe syrienne en déployant deux experts en santé et en fournissant du matériel sanitaire. L'OMS a également distribué aux partenaires et au public des supports d'information et des éléments d'orientations sur l'exposition aux produits chimiques, les symptômes et la protection et a organisé une série de formations destinées aux professionnels de la santé afin de renforcer les capacités en ce qui concerne les connaissances des armes chimiques et la prise en charge en cas d'exposition.

Dans le pays, l'OMS œuvre dans les zones contrôlées par le gouvernement et également au delà de ces zones, en utilisant un réseau d'organisations non gouvernementales ainsi que la Société du Croissant-Rouge syrien. Une telle approche a été cruciale pour atteindre un maximum de populations civiles ayant besoin d'une assistance, en particulier les enfants devant être vaccinés dans le cadre de la campagne de vaccination contre la poliomyélite. L'approche

globalement réussie et menée conformément aux principes de l'action humanitaire, a cependant rencontré à plusieurs reprises des obstacles lorsque l'accès aux populations vulnérables situées dans les zones contrôlées par l'opposition était refusé ou difficile et lorsque les médicaments essentiels étaient retirés des convois humanitaires.

Tenant compte des aspects susmentionnés et dans le but de répondre efficacement à la crise au plan sanitaire, l'OMS a identifié cinq priorités stratégiques pour 2014 : veiller à l'accès des patients aux services de santé dont ils ont besoin, garantir la possibilité pour les agents de santé de se rendre au travail dans les zones où leur présence est la plus nécessaire, et protéger les établissements de santé (par le biais du plaidoyer) ; assurer la prise en charge des traumatismes et des blessures (y compris les traumatismes de santé mentale) ; surveiller et maîtriser les maladies infectieuses par le biais de la mise en place de systèmes d'alerte précoce et lutter contre ces maladies dans ce cadre ; veiller à l'approvisionnement continu en médicaments vitaux essentiels et en fournitures médicales, et appuyer la chaîne d'approvisionnement ; remédier aux lacunes en matière de prestation de services de



Photo : ©OMS

↑ L'OMS vérifie la qualité de l'eau dans un camp de réfugiés à Erbil (Iraq)

soins de santé tels que les services de santé de la mère et de l'enfant, les maladies chroniques, ainsi que l'eau et les services d'assainissement.

## Impact de la crise en République arabe syrienne au niveau régional et réponse de l'OMS

Dans les pays voisins, le nombre croissant de réfugiés, qui selon le HCR a atteint 2,3 millions fin 2013, exerce une énorme pression sur les communautés d'accueil, en termes d'infrastructures et de ressources. Outre les Syriens qui nécessitent une assistance, 2,7 millions de personnes parmi les populations d'accueil des pays voisins sont également à risque.

Les coûts financiers élevés associés à l'accueil d'un nombre croissant de personnes déplacées constituent un risque pour la stabilité sociale de pays tels que l'Iraq, la Jordanie et le Liban. Tandis que la pression sur les services de santé, l'eau et l'assainissement, les abris, les emplois et l'éducation continue, les tensions entre les communautés de personnes déplacées et les communautés d'accueil sont également accrues, surtout en Jordanie et au Liban où la majorité des réfugiés vivent dans des communautés d'accueil. L'insécurité et l'imprévisibilité politiques qui prévalent en Iraq et au Liban s'ajoutent aux difficultés rencontrées pour acheminer l'aide humanitaire et fournir des services de santé aux populations touchées.

L'action de l'OMS dans les pays voisins en 2013 a consisté en un appui fourni aux autorités sanitaires de la manière suivante : en consolidant le système d'alerte et d'action rapides afin de lutter au mieux contre les flambées de maladies transmissibles parmi les réfugiés et dans les communautés d'accueil ;

en participant aux campagnes de vaccination pour les réfugiés et les communautés d'accueil ; en renforçant les capacités des personnels des soins de santé primaires, en fournissant un appui pour l'évaluation des établissements de santé ; en renforçant les systèmes d'information sanitaire et en permettant la fourniture de médicaments essentiels et d'équipements médicaux.

L'équipe de soutien aux opérations d'urgence de l'OMS mise en place en janvier 2013 à Amman (Jordanie), avec pour objectif d'aligner et d'harmoniser les activités de riposte régionale à la crise syrienne dans six pays touchés, a continué de coordonner les contributions du secteur de la santé avec d'autres organisations humanitaires régionales. Près de 12 mois après sa création, l'équipe de soutien aux opérations d'urgence a vu sa structure et son mandat modifiés afin de renforcer sa capacité à soutenir la réponse régionale et les besoins en matière de santé qui évoluent.

## Soutien des donateurs

En 2013, l'OMS a pu poursuivre ses activités et interventions permettant de sauver des vies dans les pays en situation d'urgence grâce au soutien des gouvernements d'Arabie saoudite et du Koweït, d'organisations caritatives saoudiennes et de la Ligue des États arabes (Conseil des ministres arabes de la Santé). Néanmoins, il faut davantage de financement et cela constitue toujours un obstacle à l'OMS pour atteindre les populations touchées. Des conférences pour des annonces de contribution, telles que celles accueillies par le Koweït pour soutenir l'action humanitaire régionale en République arabe syrienne, et par le Qatar pour la reconstruction et le développement au Darfour, ont permis d'encourager la mobilisation des ressources à l'appui des efforts

humanitaires déployés dans ces pays. Plusieurs pays qui font face à des situations d'urgence continues, tels l'Afghanistan, la Somalie et le Yémen demeurent gravement sous-financés. Par exemple, en Somalie et au Yémen – les deux pays qui vivent les crises humanitaires les plus graves – seuls 24 à 27 % des besoins de financement pour le secteur de la santé ont été couverts en 2013, par conséquent des millions de personnes peinent toujours à avoir accès aux services de santé de base les plus élémentaires.

Le Plan d'aide humanitaire pour la Syrie et le Plan d'action régional pour la crise syrienne ont été lancés à la fin 2013 et ont été examinés avec les États Membres et les donateurs internationaux lors d'une réunion de donateurs de l'OMS à Genève. L'OMS a besoin d'un total de 246 millions de dollars US pour 2014 (186 millions de dollars US pour la République arabe syrienne et 60 millions de dollars US pour les pays voisins) afin de répondre aux besoins urgents de la population syrienne et des communautés d'accueil. Ces besoins rentrent dans le cadre du plus grand appel des Nations Unies à ce jour, d'un montant de 6,5 milliards de dollars, en faveur d'une seule situation d'urgence humanitaire. Plus de 450 millions de dollars US sont nécessaires pour fournir des médicaments essentiels et qui permettent de sauver des vies ainsi que des fournitures médicales à 9,3 millions de personnes dans les zones contrôlées par le gouvernement comme dans celles contrôlées par l'opposition.

## Préparer les pays à la gestion des risques liés aux catastrophes et aux situations d'urgence

En matière de préparation aux catastrophe et aux situations d'urgence, divers défis ont une incidence

sur la capacité à mettre en œuvre des actions sur le terrain. L'instabilité régionale globale constitue un facteur majeur, et au niveau national, les priorités changeantes, la forte rotation des personnels et le manque d'allocation de ressources constituent des facteurs. Dans certains pays, la nécessité de répondre aux situations d'urgence aiguës relègue au second plan le développement de la gestion des risques en situation d'urgence dans le secteur de la santé.

Des progrès sont cependant réalisés en ce qui concerne le passage de la politique à l'action. La plupart des pays ont intégré l'approche de gestion globale des risques à leurs mesures nationales de préparation et de riposte aux situations d'urgence. L'OMS fournit un appui technique aux pays pour les aider à élaborer et remanier leurs plans nationaux de préparation et d'intervention en cas de situation d'urgence, comme le prévoit le Règlement sanitaire international, afin de renforcer la sécurité sanitaire dans la Région.

Garantir la sécurité et la préparation des établissements de santé et des agents de santé dans le cadre de la réponse à toute urgence de santé publique est demeuré une priorité dans l'ensemble des pays. Cinq pays ont mis en œuvre le programme pour la sécurité des hôpitaux. Compte tenu du caractère essentiel de cette question, l'OMS a rejoint le réseau « soins de santé en danger » créé par le Comité international de la Croix-Rouge.

L'OMS a poursuivi son plaidoyer auprès des pays afin qu'ils intègrent le secteur de la santé au cadre de réduction des risques de catastrophe. L'Organisation collabore avec des partenaires de la Région et du monde entier pour aider les pays à mettre en place des plateformes de santé nationales en vue de coordonner les interventions sanitaires pour une réduction des risques de catastrophe. La



première conférence arabe sur la réduction des risques de catastrophe s'est tenue en Jordanie pour lancer la plateforme de réduction des risques de catastrophe en arabe. Lors de cette conférence, un

forum multisectoriel a inscrit la santé en tant que domaine prioritaire du cadre de développement pour l'après-2015.



---

# Mettre en œuvre les réformes gestionnaires de l'OMS

## Programmes et définition des priorités

L'OMS a renforcé son engagement concernant les priorités stratégiques de santé mondiales et régionales et a mobilisé l'Organisation aux niveaux régional et national dans le cadre d'un effort global visant à améliorer la gestion, renforcer l'expertise technique et se concentrer sur les domaines d'activité prioritaires.

La clôture de l'exercice 2012-2013 en fin d'année a indiqué une augmentation de 52 % du budget programme alloué à la Région en comparaison au montant initialement approuvé. Cette augmentation couvrait essentiellement les segments de l'intervention en cas de flambée épidémique et de crise et des Accords de partenariat spéciaux. À la fin de l'exercice, le budget programme alloué était financé à 88 %, et le taux d'exécution était de 91 % par rapport aux fonds reçus.

À la suite de l'approbation du douzième programme général de travail pour 2014-2019 et du budget programme 2014-2015 en mai 2013, un processus coordonné de planification opérationnelle a été mis en œuvre afin que les trois niveaux de l'Organisation soient alignés pour tenir les engagements pris auprès des États Membres. Le Comité régional a adopté une résolution préconisant la mise en œuvre d'un processus

de planification opérationnelle, processus qui encourage une approche ascendante de la planification et l'établissement des priorités centré sur les grandes priorités. L'objectif est de parvenir au plus haut niveau possible d'harmonisation avec les priorités des pays. La Région a ensuite piloté avec succès la première approche ascendante de la planification opérationnelle du budget programme 2014-2015 dans l'ensemble des pays, en tenant compte des deux objectifs suivants : planification en fonction des besoins des pays, une attention particulière étant accordée aux domaines d'activité prioritaires (pour lesquels 80 % du budget total est alloué). Le but était d'augmenter l'impact de l'appui de l'OMS aux pays et d'éviter la fragmentation des exercices précédents. L'expérience réussie de notre Région en ce qui concerne la planification 2014-2015 a été suivie par le reste de l'Organisation pour la planification de l'exercice suivant (2016-2017).

## Gouvernance

Le Bureau régional a poursuivi son programme de réforme gestionnaire. Afin de renforcer la contribution des États Membres de la Région aux discussions mondiales sur la santé et les activités des organes directeurs, des réunions de haut niveau pour les représentants des États Membres et des missions permanentes à Genève ont été organisées avant chaque réunion majeure des organes directeurs de l'OMS (Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif) ainsi que des réunions d'information concises. Conformément à la révision du règlement intérieur du Comité régional, des réunions ont eu lieu à la veille de la session d'ouverture afin d'examiner les questions techniques pertinentes. Cette pratique, que les États Membres ont appréciée, se poursuivra en 2014.

## Gestion

Les efforts visant à renforcer la présence de l'OMS dans les pays se sont poursuivis, en mettant l'accent sur l'amélioration de l'expertise technique et de la gestion globale, conformément à la réforme de l'OMS. Les capacités des bureaux de pays ont fait l'objet d'une évaluation concernant les six catégories d'activités afin de veiller à la présence d'une direction stratégique et technique. Ainsi, l'année 2013 a été marquée par le renforcement significatif des capacités techniques dans plusieurs bureaux de pays.

Les défis globaux en matière de sécurité ont continué de poser des problèmes majeurs pour la sécurité du personnel et des partenaires d'exécution. Néanmoins, les environnements de travail ont été améliorés dans plusieurs bureaux de pays afin de les rendre plus sains, productifs et sûrs. Le niveau de conformité global aux normes minimales de sécurité opérationnelle des Nations Unies des bureaux de pays de l'OMS dans toute la Région est passé de 41 % en 2012 à 74 % fin 2013.

Plusieurs initiatives de rénovation des bureaux ont été prises, notamment la construction d'un bureau auxiliaire à Garowe (Somalie), le déménagement du bureau de pays de Djibouti dans de nouveaux locaux et la fin des travaux du bureau de pays de Tunisie pour abriter le personnel et le Centre mondial de formation.

Tous les pays de la Région ont bénéficié d'un appui non négligeable, notamment en ce qui concerne l'achat de fournitures et de services pour un montant de 307 millions de dollars US. Une attention particulière a été accordée aux pays confrontés à des situations d'urgence pour l'achat de médicaments, de matériel et de services

d'un montant de 216 millions de dollars US. Afin d'apporter une réponse rapide aux besoins urgents, un stock régional a été créé à l'antenne de Dubaï de l'Entrepôt de fournitures humanitaires des Nations Unies.

Une stratégie de communication interne a été lancée afin de renforcer le respect des règles dans plusieurs domaines, notamment la gestion des performances et le respect du Statut du Personnel et du Règlement du Personnel. L'amélioration de la conformité demeurera une priorité au cours des trois prochaines années. Un haut responsable chargé de la conformité, qui a été recruté récemment, dirigera en 2014 les activités, sous la supervision directe du Directeur régional. L'élaboration d'un cadre de politiques pour la rotation et la mobilité des personnels a été mise en route pour lutter contre les effets néfastes qu'implique le fait de travailler sur un même lieu d'affectation depuis une trop longue période.

Le cadre de gestion des risques lancé en début d'exercice est fonctionnel dans l'ensemble de la Région et un registre des risques a été approuvé par le Directeur régional, entraînant une gestion active des risques stratégiques et opérationnels et les mesures à prendre pour les atténuer. Un plan régional de continuité institutionnelle a été élaboré et mis en œuvre.

La complexité des questions opérationnelles et liées à la sécurité a continué d'engendrer des défis et des obstacles auxquels les autres régions ne sont pas confrontées. Néanmoins, des progrès satisfaisants ont été accomplis en ce qui concerne l'application des recommandations relatives à la vérification des comptes, ce qui a entraîné une amélioration générale des relevés financiers. Un responsable des finances a été recruté à titre temporaire au bureau de pays de la Somalie

afin de superviser les contrôles financiers dans plusieurs pays de la Région. Bien que le nombre de rapports techniques et financiers en attente relatifs à la coopération financière directe ait diminué, un contrôle et un suivi plus stricts sont nécessaires. Il s'agit d'un sujet de préoccupation

fréquemment souligné dans les rapports d'audit qui figure parmi les priorités des différents organes directeurs. L'OMS continue d'inviter instamment les États Membres à jouer un rôle actif afin que des rapports de qualité soient produits en temps utile.

↑ Les journées de plaidoyer offrent l'occasion de sensibiliser sur les questions de santé publique

## Conclusion

Le présent rapport annuel sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale en 2013 rend compte de la première année complète au cours de laquelle nous nous sommes efforcés d'aller de l'avant pour honorer les engagements convenus avec les États Membres de la Région. Après avoir présenté l'année précédente la situation sanitaire, et défini les besoins et les priorités, des plans stratégiques ont été préparés en vue de progresser sur la voie de la couverture sanitaire universelle, de sauver les vies des mères et des enfants, de convenir d'indicateurs de base pour mesurer le développement sanitaire, de mettre en œuvre le cadre régional pour les maladies non transmissibles et d'améliorer la sécurité sanitaire. J'ai sollicité l'implication du Comité régional dans toutes ces décisions stratégiques afin que nos propositions soient pratiques et réalisables pour les États Membres. Une partie de nos activités a été ralentie par les différentes crises survenues

dans la Région et la nécessité de répondre aux situations d'urgence ; néanmoins, nous avons réalisé beaucoup d'objectifs dans ces circonstances particulières. L'important travail préparatoire est désormais achevé et nous continuerons de progresser vers la mise en œuvre des engagements mondiaux et régionaux en nous concentrant davantage sur les priorités stratégiques au niveau des pays, une totale transparence, et un plus haut niveau de compétences techniques. Nous maintiendrons le cap et l'OMS ainsi que les États Membres auront encore beaucoup à faire pour l'année à venir et au-delà.

En matière de renforcement des systèmes de santé, l'accent sera mis sur l'appui fourni aux pays en ce qui concerne les domaines stratégiques définis dans la feuille de route qui a été approuvée en 2012 par le Comité régional. Il s'agit notamment de la progression vers la couverture sanitaire universelle ; du renforcement du leadership et de la gouvernance en santé ; du renforcement des systèmes d'information sanitaire ; de la



Photo : © OMS

↑ La soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale s'est tenue à Mascate (Oman). Des questions clés ont été évoquées pour le futur de la santé publique dans la Région

promotion de personnels de santé équilibrés et correctement gérés ; de l'amélioration de l'accès à des services de soins de santé de qualité ; de la collaboration avec le secteur privé de la santé ; et enfin de la garantie d'un accès aux technologies essentielles (médicaments essentiels, vaccins, dispositifs médicaux et diagnostics). Une attention particulière sera accordée à l'élaboration de stratégies nationales en vue de la couverture sanitaire universelle et de plans nationaux visant à renforcer les systèmes d'information sanitaire, y compris l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil. Il sera également important de renforcer les autorités nationales de réglementation et d'augmenter l'appui des laboratoires aux soins de santé primaires et secondaires. Une stratégie régionale sur les systèmes d'information sanitaire ainsi qu'un cadre stratégique régional visant à promouvoir un personnel équilibré et correctement géré sera élaboré pour appuyer les États Membres et leur fournir des orientations dans ces domaines.

On continuera de mettre l'accent sur l'accélération des progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5 dans le cadre de l'initiative « Sauver les vies des mères et des enfants ». Il est primordial que les États Membres poursuivent leur plaidoyer de haut niveau en faveur des plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant afin de maintenir les engagements à différents niveaux du gouvernement et entre partenaires, et mobilisent des ressources pour combler les déficits de financement. La qualité de la mise en œuvre de plans d'accélération doit faire l'objet d'un suivi et la recherche opérationnelle appropriée doit être menée. L'OMS investira dans le renforcement de la collaboration avec l'UNFPA et l'UNICEF ainsi que les partenariats avec les parties prenantes clés.



↑ La Revue de Santé de la Méditerranée orientale est publiée une fois par mois

Malgré l'engagement politique de haut niveau en faveur de la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles et du cadre d'action régional, il est manifeste que d'importantes lacunes subsistent en ce qui concerne la mise en œuvre de ces documents et les pays connaissent des difficultés pour passer à l'action concrète. Nous continuerons de fournir des orientations techniques fiables et fondées sur des bases factuelles qui sont nécessaires à la mise en œuvre des interventions et mesures clés comprises dans le cadre régional ; cependant, les progrès dépendront essentiellement de l'engagement politique et des initiatives des gouvernements. À moins que des mesures sérieuses ne soient prises, l'épidémie de cardiopathies, de diabète et de cancer continuera de s'aggraver dans la Région.

En ce qui concerne la sécurité sanitaire, des événements survenus dans la Région au cours de l'année passée, mettent clairement en évidence la nécessité de viser essentiellement à garantir que l'ensemble des pays de la Région sont disposés

à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international, et ce dans les délais convenus. L'émergence et la réémergence des maladies infectieuses, souvent dans le cadre de flambées explosives, ont une fois de plus mis en évidence la vulnérabilité de la Région face aux infections pouvant se propager rapidement. Une telle vulnérabilité est amplifiée par les situations de conflit prolongé ainsi que les crises humanitaires en cours dans de nombreux pays de la Région. Dans ce domaine particulier, l'échange d'informations est primordial. De plus, la résistance aux antimicrobiens prend rapidement de l'ampleur et constitue une menace susceptible d'avoir un fort impact et des conséquences économiques sur les systèmes de santé de tous les pays. Des efforts concertés et coordonnés demeurent indispensables pour régler les problèmes spécifiques d'ordre politique, de société et de sécurité qui ont une incidence sur l'accès aux enfants pour les vacciner contre la poliomyélite au Pakistan et en Somalie. Le soutien apporté par le Groupe consultatif islamique fait une grande différence et doit se poursuivre ; une diplomatie sanitaire régionale renforcée doit également être mise en place en parallèle. Tous les pays, sans exception, doivent renforcer leurs efforts pour étendre la couverture, non seulement en ce qui concerne l'accès à des soins de santé de qualité mais aussi en matière de renforcement de la prévention et de la promotion de la santé au travail.

Eu égard à la préparation et la riposte aux situations d'urgence, les efforts continueront d'être principalement axés sur l'élaboration de politiques et d'une législation claires, fondées sur une approche intégrant tous les risques en faveur de la « santé globale ». L'OMS fournira un appui technique aux États Membres qui se sont engagés à développer un programme efficace de préparation aux situations d'urgence mettant l'accent sur

les communautés les plus exposées au risque. Concernant la riposte régionale aux situations d'urgence, on cherchera des moyens de mettre en route le fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence, planifié depuis longtemps afin de garantir la pérennité des financements et la mise en œuvre continue d'activités permettant de sauver des vies pour répondre aux besoins sanitaires des populations touchées. Il sera également important de renforcer les bureaux de pays de l'OMS afin de pouvoir gérer les événements au fur et à mesure qu'ils se produisent.

L'OMS s'est employée à améliorer sa propre performance dans plusieurs domaines, conformément aux engagements pris dans le cadre de sa réforme gestionnaire. Les réalisations mentionnées dans le présent rapport ont été complétées et facilitées par une réorganisation structurelle, notamment dans le domaine du renforcement des systèmes de santé, des maladies non transmissibles, des bases factuelles et de l'information pour la santé. Les mesures prises en 2013 visant à améliorer la transparence et la responsabilisation se poursuivront. Les bureaux de pays sont en train d'être renforcés afin de garantir des procédures gestionnaires plus efficaces, de meilleurs liens entre les stratégies de coopération avec les pays et la planification opérationnelle ainsi qu'un environnement de contrôle adéquat. Une plus grande attention sera accordée à la gestion des performances, en particulier à la performance sur le plan gestionnaire du personnel de haut rang ; dans le but d'améliorer le respect et l'observation du cadre réglementaire de l'OMS. L'action en cours visant à renforcer les mécanismes de contrôle interne continuera par le biais de processus d'assurance qualité et d'une fonction de conformité au niveau régional plus efficace. Le financement demeure un problème et en collaboration avec les États Membres,

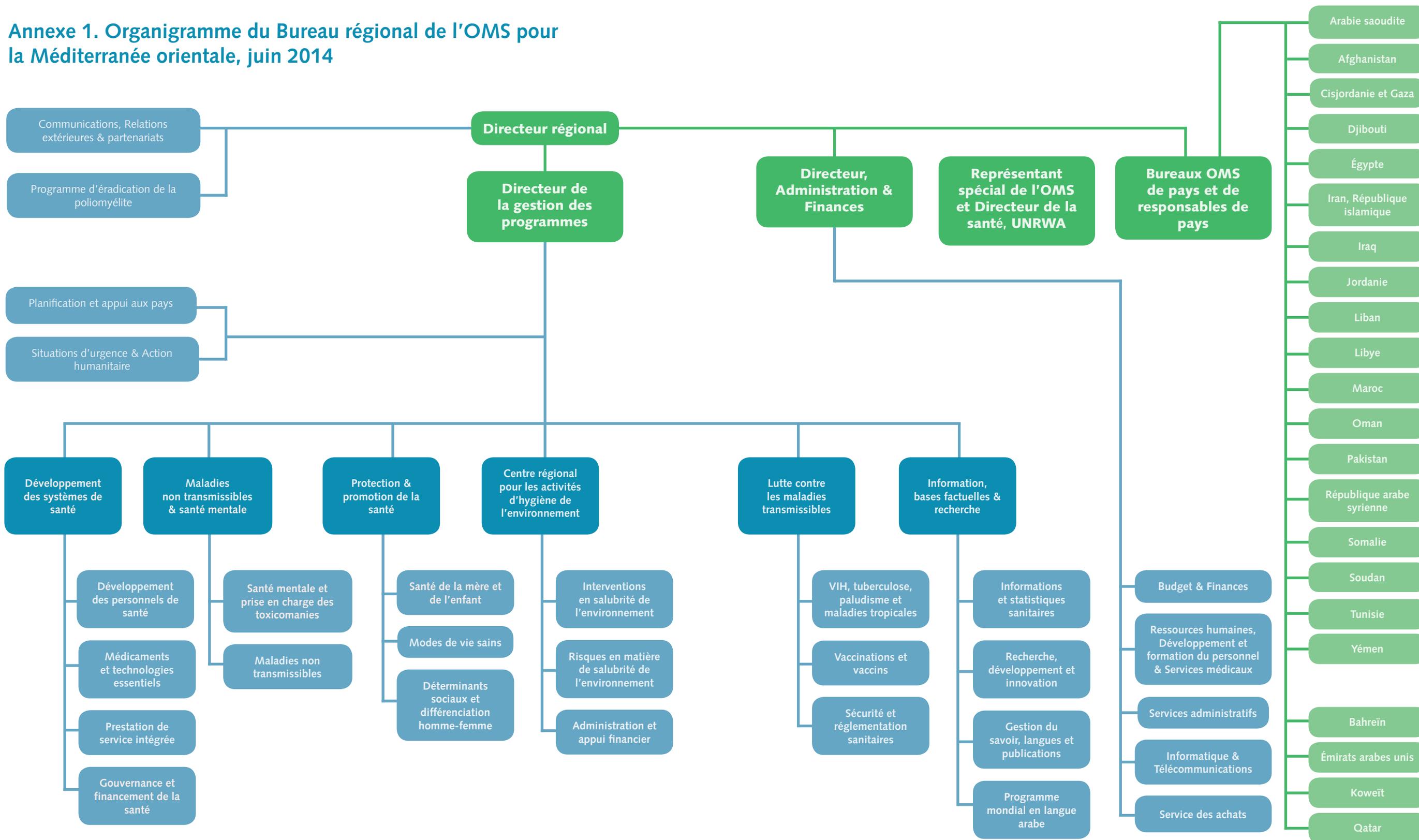
---

nous devons déployer davantage d'efforts pour faire face au faible niveau de mobilisation des ressources dans la Région, qui reste le plus faible parmi toutes les régions de l'OMS.

Nous sommes tous témoins de l'évolution rapide de la situation sur le plan politique, social et économique dans notre Région. Certains jours, nos activités semblent être dictées par les impératifs de gestion des crises, de riposte

aux situations d'urgence et d'ajustement à de nouvelles réalités. Nous devons sans conteste faire preuve de souplesse, mais en examinant ce que nous avons pu réaliser au cours de l'année passée, j'estime que nous avons établi des bases solides sur lesquelles nous pourrions bâtir un avenir meilleur sur le plan de la santé, en partenariat avec nos États Membres. Nous vivons une période difficile qui présente toutefois de grandes opportunités. Faisons en sorte de ne pas les manquer.

## Annexe 1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, juin 2014



## Annexe 2. Personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale au 31 décembre 2013

### a) Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale, par nombre et par nationalité, au 31 décembre 2013

Nationalité	Régional/Interpays	Pays	Total
Égypte	16	4	20
Pakistan	5	9	14
États-Unis d'Amérique	5	3	8
Liban	3	3	6
Soudan	2	4	6
Tunisie	5	1	6
Iran, (République islamique d')	5	-	5
Pays-Bas	3	2	5
Royaume-Uni	4	1	5
Yémen	1	4	5
Canada	2	2	4
Iraq	2	2	4
République arabe syrienne	3	1	4
Bangladesh	2	1	3
Belgique	1	2	3
Allemagne	2	1	3
Italie	2	1	3
Jordanie	2	1	3
Maroc	2	1	3
Somalie	2	1	3
Afghanistan	-	2	2
Bahreïn	2	-	2
Danemark	1	1	2
Éthiopie	-	2	2
Finlande	2	-	2
France	-	2	2
Inde	-	2	2
Philippines	2	-	2
Érythrée	-	1	1
Géorgie	-	1	1
Japon	-	1	1
Kenya	-	1	1
Nouvelle-Zélande	1	-	1
Nigéria	-	1	1
Norvège	-	1	1
République de Moldova	1	-	1

Roumanie	-	1	1
Arabie saoudite	-	1	1
Seychelles	1	-	1
Soudan du Sud	1	-	1
Suède	-	1	1
Suisse	1	-	1
Trinité-et-Tobago	1	-	1
Ouganda	-	1	1
Total	82	63	145

Remarque : les chiffres ci-dessus a) ne comprennent pas le personnel en congé sans traitement ni le personnel interrégional basé au Bureau de la Méditerranée orientale b) incluent toutes les sources de fonds

## b) Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale, par nombre et par nationalité, au 31 décembre 2013

Pays	Recrutement mondial Liste prioritaire <sup>1</sup>	Fourchette mondiale <sup>2</sup>	Effectif total à l'Organisation mondiale de la Santé	Dont effectif dans la Région de la Méditerranée orientale
Égypte	C	003-012	46	20
Pakistan	C	005-014	32	14
Soudan	C	001-010	20	6
Iran (République islamique d')	C	004-012	16	5
Tunisie	C	001-008	15	6
Jordanie	C	001-008	14	3
Liban	C	001-008	13	6
Maroc	B1	001-010	10	3
Somalie	B2	001-008	9	3
Iraq	B1	002-009	7	4
République arabe syrienne	B1	001-008	5	4
Yémen	B1	001-008	5	5
Afghanistan	B1	001-008	4	2
Arabie saoudite	A	005-011	2	1
Bahreïn	B1	001-007	2	2
Djibouti	B1	001-007	1	1
Soudan du Sud	A*		1	1
Koweït	A*	001-008	-	-
Libye	B1	001-008	-	-
Oman	A*	001-008	-	-
Qatar	A*	001-007	-	-
Émirats arabes unis	A*	002-008	-	-
Total des nationalités de la Région			202	86
Total des autres nationalités			2493	59
Total général			2695	145

Remarque : les chiffres ci-dessus a) ne comprennent pas le personnel en congé sans traitement ni le personnel interrégional basé au Bureau de la Méditerranée orientale b) incluent toutes les sources de fonds

<sup>1</sup>A Pays parmi lesquels le recrutement pour les postes professionnels doit être encouragé comme première priorité

B1 Pays parmi lesquels le recrutement pour les postes professionnels doit être encouragé comme seconde priorité

B2 Pays parmi lesquels le recrutement pour les postes professionnels est acceptable

C Pays parmi lesquels le recrutement pour les postes professionnels est restreint

<sup>2</sup>Fourchette de recrutement actuelle permise en fonction de la contribution fixée

---

## Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013

### Titre de la réunion, lieu et date

Séminaire de haut niveau sur les options de financement des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : sur la voie de la couverture sanitaire universelle, Le Caire (Égypte), 8-9 janvier 2013

Réunion de consultation technique sur le nouveau coronavirus, Le Caire (Égypte), 13-15 janvier 2013

Séminaire-atelier de formation interpays sur la surveillance de la rougeole et d'autres maladies à prévention vaccinale et sur le suivi et l'évaluation des programmes nationaux de vaccination, Charm El Cheikh (Égypte), 13-18 janvier 2013

Réunion de consultation sur les pratiques néfastes pour la santé de la femme et de l'enfant, Le Caire (Égypte), 14-15 janvier 2013

Réunion de haut niveau en vue de sauver la vie des mères et des enfants ; accélérer les progrès vers la réalisation des OMD 4 et 5, Dubaï (Émirats arabes unis), 29-30 janvier 2013

Séminaire-atelier sur l'enregistrement des faits d'état civil et les statistiques démographiques, Dubaï (Émirats arabes unis), 30 janvier-1<sup>er</sup> février 2013

Deuxième séminaire régional sur la diplomatie sanitaire, Le Caire (Égypte), 16-17 février 2013

Dixième réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte antipaludique, Charm El Cheikh (Égypte), 18-20 février 2013

Réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte antipaludique des pays faisant partie des réseaux RSTACA (Réseau de surveillance du traitement antipaludique dans la Corne de l'Afrique) et PIAM (Pakistan, République islamique d'Iran et Afghanistan pour la lutte contre le paludisme), Charm El Cheikh (Égypte), 21-22 février 2013

Réunion de consultation avec des universitaires islamiques sur l'éradication de la poliomyélite, Le Caire (Égypte), 6-7 mars 2013

Réunion des partenaires techniques sur les plans d'accélération nationaux pour la santé de la femme et de l'enfant, Le Caire (Égypte), 6-7 mars 2013

Réunion sur la grippe à l'interface homme-animal, Le Caire (Égypte), 19-21 mars 2013

Séminaire-atelier de formation infrarégional sur la lutte antitabac et le commerce du tabac, Le Caire (Égypte), 19-21 mars 2013

Vingt-septième réunion de la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 26-28 mars 2013

Séminaire-atelier technique sur la réduction de l'apport en sel et en graisses, Le Caire (Égypte) 10-11 avril 2013

Première réunion régionale de l'OMS et de la Fédération Internationale du Diabète sur la collaboration en vue d'une action contre les maladies non transmissibles, Le Caire (Égypte), 11-13 avril 2013

Première réunion du Comité consultatif technique auprès du Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 15-17 avril 2013

Séminaire-atelier infrarégional de formation à la gestion de la qualité des laboratoires, Mascate (Oman), 15-18 avril 2013

Séminaire-atelier de renforcement des capacités pour l'établissement des coûts : présentation de l'outil d'estimation des coûts One Health, Le Caire (Égypte), 21-25 avril 2013

Cours de formation régional sur la gestion des données pour la surveillance de la grippe et des infections respiratoires aiguës sévères, Le Caire (Égypte), 21-25 avril 2013

---

### Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013 (suite)

#### Titre de la réunion, lieu et date

Réunion régionale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles et les facteurs de risque associés, Koweït (Koweït), 29-30 avril 2013

Réunion sur les systèmes d'enregistrement et de statistiques des faits d'état civil et les systèmes d'information sanitaire, Le Caire (Égypte), 7-10 mai 2013

Réunion interpays sur la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique – Phase II, Koweït (Koweït), 13-15 mai 2013

Deuxième réunion du groupe chargé de la préparation de directives sur le projet de l'OMS pour l'élaboration de directives concernant la réponse des autorités de santé publique face aux situations d'urgence radiologique, Amman (Jordanie), 6-8 juin 2013

Réunion d'urgence en réponse à la flambée de la poliomyélite dans la Corne de l'Afrique, Le Caire (Égypte), 9-10 juin 2013

Réunion interpays sur la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique – Phase I, Le Caire (Égypte) 10-12 juin 2013

Réunion de consultation pour une orientation stratégique sur la lutte contre les maladies infectieuses émergentes d'origine zoonotique, Le Caire (Égypte), 11-13 juin 2013

Programme conjoint OMS-GAVI pour le renforcement des capacités pour l'examen par les pairs des demandes de soutien concernant le renforcement des systèmes de santé, Le Caire (Égypte), 17-20 juin 2013

Séminaire-atelier infrarégional sur le renforcement des systèmes de santé, Islamabad (Pakistan), 19-22 juin 2013

Réunion interpays sur l'infection par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyent-Orient (MERS-CoV) dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 20-22 juin 2013

Séminaire-atelier de formation sur l'analyse coût-efficacité des nouveaux vaccins, Charm El Cheikh (Égypte), 22-24 juin 2013

Séminaire-atelier de présentation infrarégional pour la mise en réseau en vue de renforcer la surveillance de la santé maternelle et néonatale, Le Caire (Égypte), 23-24 juin 2013

Réunion de consultation technique régionale sur la normalisation de la cybersanté en vue de l'échange et de l'interopérabilité des données, Le Caire (Égypte), 24-26 juin 2013

Formation infrarégionale sur l'utilisation de la technique de la PCR en temps réel (RT-PCR) pour le diagnostic et la détection du nouveau coronavirus, Le Caire (Égypte), 24-26 juin 2013

Formation infrarégionale sur l'utilisation de la technique de la PCR en temps réel (RT-PCR) pour le diagnostic et la détection du nouveau coronavirus, Mascate (Oman), 24-26 juin 2013

Réunion d'experts régionaux sur la surveillance et l'information stratégique pour la Région de l'OMS pour la Méditerranée orientale et la Région du Moyent-Orient et de l'Afrique du Nord de l'ONUSIDA, Le Caire (Égypte), 24-26 juin 2013

Sixième Réunion du Comité consultatif scientifique et technique régional, dans le cadre du Projet soutenu par l'OMS, le PNUF et le FEM, Khartoum (Soudan), 25-27 juin 2013

Évaluation annuelle de l'état de l'assainissement et de l'eau potable dans le monde (GLAAS 2013) : équipe de projet et réunion de mise en œuvre, Amman (Jordanie), 2-4 juillet 2013

Deuxième réunion régionale sur le renforcement de la pharmacovigilance vaccinale dans la Région de la Méditerranée orientale : renforcer les capacités de communication en matière de sécurité vaccinale, Tunis (Tunisie), 2-4 juillet 2013

Réunion de consultation régionale sur les estimations de la mortalité de la mère et de l'enfant, Tunis (Tunisie), 22-23 juillet 2013

### Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013 (suite)

#### Titre de la réunion, lieu et date

Réunion de consultation technique avec les organisations et les réseaux de la société civile pour mettre fin à la crise en matière de traitement du VIH dans la Région de la Méditerranée orientale, Beyrouth (Liban), 19-20 août 2013

Formation régionale et séminaire-atelier d'analyse sur le système mondial de surveillance du tabagisme, Beyrouth (Liban), 20-22 août 2013

Réunion infrarégionale sur l'amélioration de la préparation en matière de santé publique pour la grippe épidémique, Amman (Jordanie), 20-22 août 2013

Réunion d'experts pour le développement d'un programme de promotion de la santé pour les médias professionnels, Charm El Cheikh (Égypte), 3-5 septembre 2013

Séminaire-atelier régional pour la diffusion des nouvelles lignes directrices consolidées de l'OMS sur le traitement et les soins du VIH, Casablanca (Maroc), 9-10 septembre 2013

Séminaire-atelier technique sur la réduction de l'apport en sel et en graisses, Amman (Jordanie), 10-12 septembre 2013

Vingt et unième réunion interpays des administrateurs nationaux des programmes de lutte contre le sida, Casablanca (Maroc), 11-13 septembre 2013

Formation infrarégionale sur l'utilisation de la technique de la PCR en temps réel (RT-PCR) pour le diagnostic et la détection du nouveau coronavirus, Amman (Jordanie), 16-18 septembre 2013

Réunion de consultation sur la mise au point d'un système d'information concernant l'utilisation de substances psychoactives, Amman (Jordanie), 16-19 septembre 2013

Réunion de consultation d'experts sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées pour les enfants dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 18-19 septembre 2013

Séminaire-atelier régional sur la promotion de la santé et le leadership (ProLead), Manama (Bahreïn), 22-23 septembre 2013

Neuvième réunion du Groupe consultatif régional sur les soins infirmiers et Consultation sur la formation en soins infirmiers dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie) 29 septembre-1<sup>er</sup> octobre 2013

Séminaire-atelier interpays sur le développement des capacités en vue du renforcement des systèmes de santé, Charm El Cheikh (Égypte), 1<sup>er</sup>-4 octobre 2013

Réunion du groupe d'experts sur le développement d'un programme post-élémentaire en soins infirmiers psychiatriques dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 2-3 octobre 2013

Réunion de consultation sur l'élaboration d'un cadre d'action stratégique pour la lutte contre le choléra et la prévention de cette maladie dans la Région de la Méditerranée orientale, Charm El Cheikh (Égypte), 5-6 octobre 2013

Réunion de consultation régionale sur l'évaluation des capacités et de la performance en santé publique dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, Dubaï (Émirats arabes unis), 5-7 octobre 2013

Séminaire-atelier de formation de consultants sur l'évaluation de la gestion efficace des entrepôts de vaccins, Louxor (Égypte), 5-10 octobre 2013

Réunion régionale sur la surveillance des décès maternels et les mesures de lutte pour prévenir ces décès, Rabat (Maroc), 7-9 octobre 2013

Réunion régionale sur la lutte contre le cancer et les priorités en matière de recherche dans ce domaine, Doha (Qatar), 20-22 octobre 2013

Réunion de consultation sur la mise au point d'un document régional des lignes directrices pour les lois en matière de sécurité alimentaire, Amman (Jordanie), 21-23 octobre 2013

### Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013 (suite)

#### Titre de la réunion, lieu et date

Soixantième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, Mascate (Oman), 27-30 octobre 2013

Première réunion de consultation d'experts sur les législations de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 6 novembre 2013

Séminaire-atelier de formation sur l'inspection des navires et la délivrance des certificats sanitaires de navire conformément aux exigences du Règlement sanitaire international-2005, Doha (Qatar), 10-14 novembre 2013

Première réunion interpays sur l'évaluation des technologies de la santé : un outil pour une prise de décision éclairée en matière de santé en s'appuyant sur des données probantes, Hammamat (Tunisie), 11-13 novembre 2013

Réunion de consultation sur la résistance aux antimicrobiens dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : des politiques à l'action, Charm El Cheikh (Égypte), 12-14 novembre 2013

Séminaire-atelier régional pour les points focaux de la décennie d'action en matière de sécurité routière dans la Région de la Méditerranée, Le Caire (Égypte), 13-14 novembre 2013

Réunion de suivi de la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Méditerranée orientale, Tunis (Tunisie), 13-14 novembre 2013

Séminaire-atelier de formation sur l'Étude mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire, Charm El Cheikh (Égypte), 17-19 novembre 2013

Séminaire atelier régional de formation sur l'enquête d'évaluation du secteur pharmaceutique – Niveau II, Charm El Cheikh (Égypte), 17-20 novembre 2013

Réunion du Groupe consultatif technique régional sur la vaccination, Amman (Jordanie), 17-21 novembre 2013

Séminaire-atelier régional sur le renforcement et l'intégration du programme pour les soins de l'oreille et des troubles de l'audition dans les soins de santé primaires et les systèmes de santé, Doha (Qatar), 18-20 novembre 2013

Séminaire-atelier infrarégional pour les pays du G5 sur le renforcement des systèmes de santé, Islamabad (Pakistan), 18-20 novembre 2013

Seizième réunion interpays des directeurs des laboratoires de la poliomyélite dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, Mascate (Oman), 18-21 novembre 2013

Deuxième réunion interpays du Réseau de surveillance des infections respiratoires aiguës dans la Méditerranée orientale, Charm-El-Cheikh (Égypte), 24-27 novembre 2013

Réunion de consultation sur le développement d'un cadre pour les programmes d'enseignement sur la gestion des risques de santé publique, Amman (Jordanie), 25-28 novembre 2013

Réunion interpays sur la certification des décès, le système de codage de la classification internationale des maladies (CIM) et l'analyse des causes de décès, Koweït (Koweït), 25-28 novembre 2013

Séminaire-atelier régional de renforcement des capacités sur la mise en place, la promotion et la coordination des soins, ainsi que la prise en charge des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives, Abou Dhabi (Émirats arabes unis), 25-29 novembre 2013

Réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite au Pakistan, Islamabad (Pakistan), 27-28 novembre 2013

Réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, Kaboul (Afghanistan), 30 novembre-1<sup>er</sup> décembre 2013

.....

### Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013 (suite et fin)

#### Titre de la réunion, lieu et date

Réunion de consultation régionale sur les services de soins de santé adaptés aux personnes âgées, Le Caire (Égypte), 2-3 décembre 2013

Réunion régionale sur l'accélération des progrès en vue de la couverture sanitaire universelle : application des expériences et enseignements tirés au niveau mondial dans la Région de la Méditerranée orientale, Dubaï (Émirats arabes unis), 5-7 décembre 2013

Réunion de consultation pour développer un plan stratégique pour les laboratoires de santé publique, Amman (décembre), 9-11 décembre 2013

Séminaire-atelier sur le renforcement des capacités des systèmes de santé : soutenir les efforts déployés par les États Membres vers la couverture sanitaire universelle, Charm El Cheikh (Égypte), 9-13 décembre 2013

Réunion des administrateurs de programme sur l'élimination de la lèpre dans la Région de la Méditerranée orientale, Islamabad (Pakistan), 10-12 décembre 2013

Réunion régionale des parties prenantes pour examiner la mise en œuvre du Règlement sanitaire international, Amman (Jordanie), 12-14 décembre 2013

Réunion de consultation pour finaliser un programme de formation en vue d'intégrer la promotion de la santé dans l'action des médias, Tunis (Tunisie), 12-15 décembre 2013

Réunion de consultation sur l'élaboration d'un programme de leadership de santé publique et sur le renforcement du réseau des institutions universitaires dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 13-14 décembre 2013

Réunion de consultation en vue de déterminer un programme d'action en matière de recherche en santé publique sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), Le Caire (Égypte), 15-16 décembre 2013

Séminaire-atelier de formation pour les pays affectés par la crise syrienne, Le Caire (Égypte), 15-19 décembre 2013

Réunion régionale du projet de l'Évaluation annuelle de l'état de l'assainissement et de l'eau potable dans le monde (GLAAS 2013) pour la validation et le contrôle des données, Amman (Jordanie), 17-19 décembre 2014

Séminaire-atelier de formation infrarégional pour la mise en place d'un système national d'assurance qualité externe basé sur un laboratoire central de santé publique, Mascate (Oman), 22 décembre 2013-2 janvier 2014

---

## Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2013

Titre	Origine
<b>Publications</b>	
Accélérer le traitement contre le VIH dans la Région de la Méditerranée orientale (OMS) et du Moyen-Orient/Afrique du Nord (ONUSIDA) Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Évaluation et prise en charge des affections spécifiquement liées au stress : Guide d'intervention mhGAP (version 1.0) Langue : arabe	Siège
Atlas: substance use in the Eastern Mediterranean Region 2012 Langue : anglais	Bureau régional
Recueil de cas sur des questions d'éthique en matière de recherche en santé internationale Langue : arabe	Siège
Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean 2013 Langue : anglais	Bureau régional
Ending the HIV treatment crisis: A regional initiative for increasing access to antiretroviral therapy in the Eastern Mediterranean Region Langue : anglais	Bureau régional
Food and nutrition surveillance systems: technical guide for the development of a food and nutrition surveillance system for countries in the Eastern Mediterranean Region Langue : anglais	Bureau régional
Le traitement contre le VIH est efficace : traiter plus, traiter mieux Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Je me prépare aux situations d'urgence Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Increasing access to health care services in Afghanistan with gender sensitive health service delivery Langue : anglais	Bureau régional
Directives éthiques internationales pour les études épidémiologiques Langue : arabe	Siège
List of basic sources Langue : anglais	Bureau régional
Mental health atlas 2011:resources for mental health in the Eastern Mediterranean Region Langue : anglais	Bureau régional
Guide d'intervention mhGAP pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées : Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale Langue : arabe	Siège
Promouvoir les soins de l'oreille et de l'audition par la RBC Langues : arabe/français	Siège
Comités d'éthique de la recherche : concepts de base pour le renforcement des capacités Langue : arabe	Siège
Sécurité routière dans la Région de la Méditerranée orientale : Faits tirés du rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013 Langues : anglais/arabe/français	Siège

## Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2013 (suite et fin)

Titre	Origine
<b>Publications</b>	
Sécurité routière dans la Région de la Méditerranée orientale : Points essentiels du Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2013 Langues : anglais/arabe/français	Siège
Standards and operational guidance for ethics review of health-related research Langue : anglais	Siège
T3 : améliorer l'accès au diagnostic et au traitement du paludisme et intensifier la surveillance épidémiologique Langue : arabe	Bureau régional
L'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale. Rapport annuel du Directeur régional 2012 Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Publicité en faveur du tabac, promotion et parrainage Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
<b>Aide-mémoire</b>	
Global Adult Tobacco Survey: Qatar 2013 Langue : Anglais	Bureau régional / Gouvernement du Qatar/CDC
<b>Périodiques</b>	
La Revue de Santé de la Méditerranée orientale; Vol.19 No 1 –No 12 Suppléments 1-3 Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
IMEMR current contents Vol. 11 No 1-No 3 Langue : anglais	Bureau régional
<b>Publications en ligne</b>	
Health-promoting schools initiative in Oman: a WHO case study in intersectoral action Langue : anglais	Bureau régional
HIV Surveillance in the WHO Eastern Mediterranean Region: regional update 2012 Langue : anglais	Bureau régional
Introduction to HIV/AIDS and sexually transmitted infection surveillance: module 4: introduction to respondent-driven sampling Langue : anglais	Bureau régional

## Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2013

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Approvisionnement en eau	Centre collaborateur de l'OMS en matière de Formation et de Recherche dans le domaine de l'Eau potable et de l'Assainissement	Maroc	Office National de l'Électricité et de l'Eau Potable
Assurance qualité	WHO Collaborating Centre for Quality Control and Clinical Chemistry	Iran (République islamique d')	Reference Laboratories of Iran, Ministry of Health and Medical Education
Cécité	WHO Collaborating Centre for Eye Health and Prevention of blindness	Iran (République islamique d')	Shahid Beheshti Medical University
Cécité	WHO Collaborating Centre for Prevention of blindness	Pakistan	Al-Shifa Trust Eye Hospital
Cécité	WHO Collaborating Centre for Prevention of blindness	Arabie saoudite	King Khaled Eye Specialist Hospital
Cancer	WHO Collaborating Centre for Research on Gastrointestinal Cancer	Iran (République islamique d')	Digestive Diseases Research Centre
Cancer	WHO Collaborating Centre for Cancer Education, Training and Research	Jordanie	King Hussein Cancer Centre
Cancer	WHO Collaborating Centre for Metabolic Bone Disorders	Liban	American University of Beirut
Cybersanté	WHO Collaborating Centre on E-Health	Arabie saoudite	King Faisal Specialist Hospital and Research Centre
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Educational Development	Bahreïn	Arabian Gulf University
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Research and Development in Medical Education and Health Services	Égypte	Suez Canal University
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Educational Development	Iran (République islamique d')	Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Training in Research and Educational Development of Health Personnel	Pakistan	College of Physicians and Surgeons
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Educational Development	Soudan	University of Gezira
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Education Development for Health Professions	Soudan	University of Khartoum
Diabète	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Management of Osteoporosis and Diabetes	Iran (République islamique d')	Teheran University of Medical Sciences

## Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2013 (suite)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Diabète	WHO Collaborating Centre for Diabetes Research, Education and Primary Health Care	Jordanie	National Centre for Diabetes, Endocrine and Inherited Diseases
Diabète	WHO Collaborating Centre for Treatment, Education and Research in Diabetes and Diabetic Pregnancies	Pakistan	Diabetic Association of Pakistan
Gestion sanitaire	WHO Collaborating Centre for training and research on Health Management	Iran (République islamique d')	Tabriz University of Medical Sciences
Leishmaniose	WHO Collaborating Centre for Leishmaniasis Control	République arabe syrienne	Leishmaniasis Control Center
Lutte contre les infections	WHO Collaborating Centre for Infection Prevention and Control	Arabie saoudite	King Abdulaziz Medical City, King Fahad National Guard Hospital
Maladies cardio-vasculaires	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Cardiovascular Diseases Control, Prevention, and Rehabilitation for Cardiac Patients	Iran (République islamique d')	Isfahan Cardiovascular Research Centre
Maladies infectieuses émergentes et réémergentes	WHO Collaborating Centre for Emerging and Re-emerging Infectious Diseases	Égypte	US Naval Medical Research Unit No. 3
Matériel biomédical	WHO Collaborating Centre for Biomedical Equipment Services, Maintenance, Training and Research	Jordanie	Ministry of Health
Médecine traditionnelle	WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine	Émirats arabes unis	Zayed Complex for Herbal Research and Traditional Medicine (ZCHRTM)
Médecine transfusionnelle	WHO Collaborating Centre for Research & Training on Blood Safety	Iran (République islamique d')	Iranian Blood Transfusion Organization (IBTO)
Médecine transfusionnelle	WHO Collaborating Centre for Training and Research in Blood Transfusion	Émirats arabes unis	Sharjah Blood Transfusion and Research Centre
Médecine transfusionnelle	WHO Collaborating Centre for Transfusion Medicine	Jordanie	National Blood Bank, Ministry of Health
Médecine transfusionnelle	Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine transfusionnelle	Tunisie	Centre national de la transfusion sanguine, Tunis, Ministère de la Santé

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2013 (suite)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Nutrition	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Nutrition	Iran (République islamique d')	National Nutrition and Food Technology Research Institute, Ministry of Health and Medical Education
Nutrition	WHO Collaborating Centre for Research, Training and Outreach in Food and Nutrition	Liban	American University of Beirut
Nutrition	WHO Collaborating Centre for Nutrition	Émirats arabes unis	College of Food and Agriculture-United Arab Emirates University
Perte d'audition	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Hearing Loss	Iran (République islamique d')	Iran University of Medical Sciences
Produits pharmaceutiques	Centre collaborateur de l'OMS pour la pharmacovigilance	Maroc	Centre Anti Poison et de Pharmacovigilance du Maroc
Produits pharmaceutiques	Centre collaborateur de l'OMS pour l'enregistrement et la réglementation pharmaceutique	Tunisie	Direction des Médicaments et de la Pharmacie, Ministère de la Santé
Promotion de la santé	WHO Collaborating Centre on Health Promotion and Behavioural Science	Liban	American University of Beirut
Promotion de la santé	WHO Collaborating Centre for Emergency Medicine and Trauma Care	Pakistan	Aga Khan University
Rage	WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Rabies	Iran (République islamique d')	Pasteur Institute of Iran
Rassemblements de masse	WHO Collaborating Centre for Mass Gatherings Medicine	Arabie saoudite	Ministry of Health, Arabie saoudite
Santé bucco-dentaire	WHO Collaborating Centre for Training and Research in Dental Public Health	Iran (République islamique d')	School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU)
Santé bucco-dentaire	WHO Collaborating Centre for Primary Oral Health Care	Koweït	University of Kuwait
Santé génésique	Centre de collaborateur de l'OMS pour la formation et la recherche en santé génésique	Tunisie	Centre de formation international de recherche en santé de la reproduction et population

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2013 (suite et fin)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Santé mentale	WHO Collaborating Centre for Mental Health	Iran (République islamique d')	Teheran University of Medical Sciences
Santé mentale	Centre collaborateur de l'OMS pour la santé mentale	Maroc	Université Ibn Rushd
Santé mentale	WHO Collaborating Centre for Mental Health Research, Training and Substance Abuse	Pakistan	Rawalpindi Medical College
Schistosomiase	WHO Collaborating Centre for Schistosomiasis Control	Égypte	Theodor Bilharz Research Institute
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Bahreïn	College of Health Sciences, Ministry of Health
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Jordanie	Jordanie University of Science and Technology (JUST)
Tabac	WHO Collaborating Centre on Tobacco Control	Iran (République islamique d')	National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease (NRITLD)
Tuberculose	WHO Collaborating Centre for Tuberculosis Education	Iran (République islamique d')	Shahid Beheshti University of Medical Sciences & Health Services
VIH/sida	WHO Collaborating Centre for HIV surveillance	Iran (République islamique d')	Kerman University of Medical Sciences
VIH/sida	WHO Collaborating Centre for Acquired Immunodeficiency Syndrome	Koweït	University of Kuwait
VIH/sida et tuberculose	WHO collaborating centre for research on HIV/AIDS, tuberculosis and lung diseases	Soudan	The Epidemiological Laboratory (Epi-Lab)

