

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

Rapport annuel du
Directeur régional pour 2014

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

Rapport annuel du
Directeur régional pour 2014

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 2014 / Bureau régional de la Méditerranée orientale

P.

Édition anglaise au Caire (ISBN 978-92-9022-068-8)
(ISBN 978-92-9022-069-5) (en ligne)
(ISSN 1020-9166)

Édition arabe au Caire (ISBN 978-92-9022-111-1)
(ISBN 978-92-9022-112-8) (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 978-92-9022-114-2)

(Classification NLM : WA 541)

(ISBN 978-92-9022-113-5) (en ligne)

(ISSN 1816-2061)

© Organisation mondiale de la Santé 2015

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	15
Promouvoir la santé tout au long de la vie	24
Maladies non transmissibles	35
Maladies transmissibles.....	42
Préparation et riposte aux situations d'urgence	53
Mettre en œuvre les réformes gestionnaires de l'OMS	60
Conclusion.....	64
Annexe 1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, septembre 2015.....	68
Annexe 2. Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale, 31 décembre 2014	70
Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2014	72
Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2014	78
Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2014	81



Introduction et points saillants du rapport

J'ai le plaisir de présenter mon rapport annuel sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale qui couvre l'année 2014 et le début de 2015. Comme les deux dernières années, le rapport est centré sur les priorités stratégiques approuvées par le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale lors de ma prise de fonctions en 2012¹. Les priorités stratégiques sont les suivantes : renforcement des systèmes de santé sur la voie de la couverture sanitaire universelle ; santé de la mère et de l'enfant ; prévention et maîtrise des maladies non transmissibles ; sécurité sanitaire et lutte contre les maladies transmissibles ; et préparation et riposte aux situations d'urgence. En même temps que les cinq priorités stratégiques qui représentent les principaux défis auxquels la Région est confrontée en matière de développement sanitaire, une attention particulière a été accordée à la réforme

¹ Cinq annexes présentant la structure du Bureau régional, le personnel, les réunions, les publications et les centres collaborateurs peuvent être consultées sur le site Web du Bureau régional à l'adresse suivante <http://www.emro.who.int/fr/about-who/annual-reports/>

gestionnaire, l'amélioration des procédures administratives, et au renforcement de la conformité et de la transparence.

Au cours de l'année écoulée, les activités de l'OMS ont continué d'être dominées par la recrudescence des situations d'urgence et humanitaires dans plusieurs pays. L'ampleur des crises dans la Région est sans précédent. On estime à 58 millions le nombre de personnes qui sont désormais touchées par ces différentes crises, dont 16 millions de réfugiés et de personnes déplacées dans leur propre pays. L'OMS a soutenu des actions humanitaires aiguës en Iraq, en Jordanie, au Liban, en Libye, en Palestine, en République arabe syrienne et au Yémen, tout en maintenant ses efforts, avec les partenaires, en vue de renforcer la résilience des systèmes de santé dans les pays se trouvant dans des situations d'urgence prolongées et complexes. La destruction des établissements de santé, le manque d'accès à de nombreuses zones pour maintenir une quantité suffisante de fournitures médicales afin de fournir des soins aux patients atteints de maladies aiguës ou chroniques, et la fuite des personnels médicaux et de leur famille ont eu un impact majeur sur la capacité de certains pays à maintenir ces services. Si certains donateurs ont poursuivi leur engagement humanitaire et leur généreux soutien, le manque de financement durable constitue un obstacle majeur à notre capacité, ainsi qu'à celle de nos partenaires, à maintenir une riposte adéquate. En 2015, cette situation a entraîné l'arrêt des programmes et des activités de santé en Iraq et menace également la suspension des services et des programmes de santé dans d'autres pays.

Nous avons néanmoins continué d'intensifier notre appui à mesure que les crises prenaient de l'ampleur. L'OMS a facilité la livraison de médicaments et de fournitures médicales à des hôpitaux et établissements de santé à Gaza,



Photo: ©Autorité nationale palestinienne/Bureau du Président

↑ Après s'être rendu à Gaza, le Directeur régional a rencontré SE le Président Mahmoud Abbas

pendant et après le conflit de 2014 et a dirigé le groupe santé dans le cadre de l'évaluation conjointe du secteur de la santé avec les partenaires. En Iraq, le bureau OMS de pays a été renforcé par l'affectation de membres du personnel international supplémentaires dans tous les domaines d'expertise et des centres d'activités et/ou points focaux sont désormais établis dans 19 provinces. Dix cliniques mobiles ont été établies dans le nord de l'Iraq et, depuis mai 2015, 3,5 millions de personnes ont bénéficié d'un accès direct à des médicaments et matériels médicaux essentiels, et plus de cinq millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite. En République arabe syrienne, l'OMS a adopté une approche novatrice en faveur d'une collaboration avec divers partenaires pour garantir l'accès aux zones difficiles d'accès. Plus de 13,8 millions de traitements médicaux ont été distribués, dont un tiers sont allés aux zones difficiles d'accès et, l'OMS a également mobilisé plus de 17 000 agents de santé pour mener des campagnes de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole. Au Yémen, suite à l'escalade du conflit, l'OMS a distribué 181 tonnes de médicaments et de fournitures médicales et plus de 500 000 litres de carburant entre mars et fin juillet 2015 et a fourni des kits pour l'eau potable et l'assainissement en vue de maintenir le fonctionnement des infrastructures

et établissements de santé pour les communautés et les personnes déplacées.

Le Comité régional a approuvé la nécessité de renforcer la préparation aux situations d'urgence ainsi que l'action de riposte par le biais d'une approche prenant en compte tous les risques. Fin 2014, 19 pays avaient reçu un soutien pour réviser leurs plans nationaux, en vue d'adopter l'approche complète, et deux pays ont à présent finalisé ces plans. En collaboration étroite avec la Cité humanitaire internationale de Dubaï, l'OMS a désormais conclu un accord avec les Émirats arabes unis afin d'établir un centre spécialisé pour la logistique et les opérations humanitaires de l'OMS, qui permettra l'approvisionnement et la mise à disposition de fournitures médicales et de matériel aux pays connaissant des situations d'urgence dans la Région et ailleurs. Le fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence a été mis en place. Il sera financé à hauteur de 4,9 millions de dollars US pour l'exercice 2016-2017, soit 1 % du budget de pays de l'OMS, et sera ouvert à d'autres contributions volontaires. Un soutien a été fourni au développement des capacités des points focaux pour l'action d'urgence et se poursuivra chaque année à mesure que nous continuerons d'accroître la liste régionale d'experts

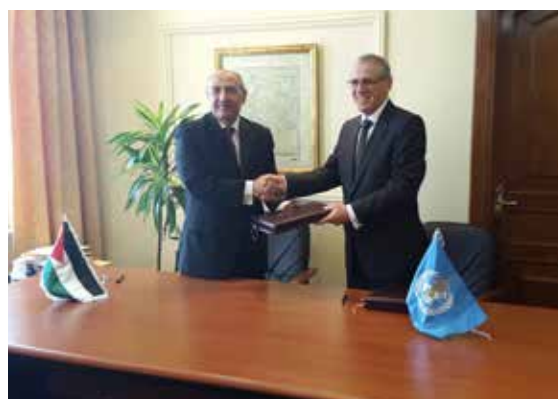


Photo: ©OMS

↑ Le Gouvernement jordanien et l'OMS ont signé un accord établissant le Centre régional de l'OMS pour les urgences sanitaires et l'éradication de poliomyélite

formés pouvant être mobilisés rapidement dans les situations d'urgence.

Suite aux discussions et résolutions lors de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015, dans le sillage de la flambée de maladie à virus Ebola en 2014, et eu égard à la réforme et au renforcement des capacités de l'OMS en matière de préparation et d'intervention en cas d'urgence, nous avons effectué un examen étroit de nos capacités dans ces domaines. En conséquence, nous avons désormais entrepris d'autres réformes en restructurant et en renforçant les capacités techniques et gestionnaires dans ce domaine en vue de garantir la préparation et l'action aux niveaux national et régional ainsi qu'une coordination efficace. Grâce au soutien du gouvernement jordanien, nous avons établi à Amman un centre régional pour les situations d'urgence et l'éradication de la poliomyélite. Une unité chargée de la préparation institutionnelle est mise en place actuellement au centre à Amman pour renforcer les capacités et veiller à la préparation de l'OMS à répondre aux situations d'urgence de santé publique dans la Région. Une deuxième entité basée au Caire et composée de deux unités, action d'urgence et coordination, assurera le leadership et la coordination et veillera à la mise au point d'un mécanisme efficace de riposte et à la fourniture d'un soutien rapide aux pays en crise.

Depuis 1990, la Région a réussi à réduire considérablement la mortalité de la mère et de l'enfant, comme démontré par les dernières données de surveillance pour les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Néanmoins, ces taux de réduction se situent nettement en deçà des cibles des OMD 4 et 5 d'ici à 2015. Au niveau régional, le taux de mortalité des moins de 5 ans a chuté de 46 % entre 1990 et 2013 (en deçà de la réduction mondiale de



Photo : ©OMS

↑ La mortalité des moins de 5 ans dans la Région a diminué de 46 % entre 1990 et 2013

49 %), avec un taux moyen de réduction annuelle de 2,6 %. Ce taux est toutefois inférieur au taux de réduction de 67 % nécessaire pour atteindre la cible de l'OMD 4 d'ici à 2015. Le taux de mortalité maternelle a baissé de 50 % entre 1990 et 2013 (supérieur à la réduction mondiale de 45 %), avec un taux moyen de réduction annuel de 3 %. Ces taux sont également inférieurs à la réduction de 75 % nécessaire pour atteindre l'OMD 5 d'ici à 2015. Les neuf pays affichant les taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés ont progressé dans la mise en œuvre de leurs plans d'accélération visant à réduire davantage cette charge. Cependant, la plupart de ces pays risquent fort de ne pas atteindre les cibles des OMD d'ici 2015. Si la faiblesse des systèmes de santé et le déficit de financement constituent des obstacles majeurs auxquels il faudra s'attaquer de manière efficace, ces pays doivent également accorder une attention accrue ainsi qu'un engagement et un soutien politiques de plus haut niveau à la réduction de la mortalité de la mère et de l'enfant. De plus, un soutien plus efficace est nécessaire de la part des parties prenantes internationales et régionales. Si l'OMS continue à appuyer la mise en œuvre de mesures offrant un bon rapport coût-efficacité et un impact élevé au cours du prochain exercice, une plus grande attention sera accordée au soutien fourni aux États Membres pour s'attaquer aux difficultés

des systèmes de santé et mettre en œuvre les interventions à base communautaire.

La situation concernant la malnutrition dans la Région s'est quelque peu améliorée ; toutefois les progrès sont insuffisants et des efforts supplémentaires sont nécessaires pour veiller à ce que toutes les mères et tous les enfants dans l'ensemble des pays soient suffisamment bien nourris pour maintenir la santé et le développement. Selon les *Statistiques sanitaires mondiales 2014*, la Région a connu en moyenne une baisse de la prévalence de la dénutrition – de 22,6 % en 1991 à 13,6 % en 2012. Depuis 1990, 13 pays de la Région, soit plus de la moitié, ont atteint la cible de l'OMD 1 consistant à réduire de moitié la proportion de population qui souffre de la faim. Cependant, seuls deux de ces pays (le Koweït et Oman) ont également atteint la cible fixée lors du Sommet mondial de l'alimentation de 1996, mais la Tunisie est également très proche de cette cible et devrait l'atteindre bientôt. Les taux d'anémie, en particulier chez les femmes en âge de procréer et les enfants sont toujours élevés, tout comme les taux de retard de croissance et de faible poids à la naissance. Également crucial pour les enfants et pour la santé à long terme, la proportion de femmes pratiquant l'allaitement exclusif au sein pendant au moins six mois continue d'être très faible. L'OMS, en coordination avec les partenaires des Nations Unies, apporte un soutien aux États Membres sur la meilleure façon de mettre en œuvre les cibles mondiales de l'OMS pour la nutrition ainsi que les recommandations de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2) qui s'est tenue en 2014. Un cadre d'action régional est en préparation et comprendra un ensemble d'options de politique générale et d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité pour intensifier la nutrition dans la Région.

Pour l'OMD 6, si des progrès sensibles ont été réalisés dans la Région en matière de lutte contre le VIH, le paludisme et la tuberculose, ils n'ont pas suffi pour atteindre les cibles. Les problèmes touchant la capacité des systèmes de santé auxquels la Région est confrontée en général, notamment dans les pays à forte charge de maladies transmissibles, et l'impact des situations d'urgence complexes dans la Région sont les principaux facteurs entravant des progrès futurs.

Même si la prévalence globale du VIH demeure faible par rapport à d'autres régions, il importe de reconnaître que le nombre de nouvelles infections à VIH continue d'augmenter dans les groupes de populations clés présentant un risque accru de VIH. Le nombre de personnes sous traitement antirétroviral, qui est crucial pour conserver une qualité de vie et prévenir de nouvelles infections, demeure bien en deçà des cibles mondiales. Nous avons continué d'aider les pays en 2014 à mettre en œuvre l'initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière de traitement contre le VIH et les États Membres devraient continuer à mettre l'accent sur ce point.

La charge palustre régionale a sensiblement baissé, avec une réduction de moitié des décès et du nombre de pays touchés depuis 2000. Sept pays ont atteint la cible relative au paludisme de l'OMD 6 ; dans cinq pays, une évaluation fiable des tendances n'est pas réalisable du fait d'incohérences dans la notification des informations sur le paludisme. Un plan d'action régional a été élaboré pour mettre en œuvre la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030, l'objectif étant d'interrompre la transmission du paludisme dans les zones où ceci est faisable et de réduire la charge de plus de 90 % dans les zones où l'élimination n'est pas possible immédiatement.

Si la Région a atteint les cibles des OMD – à savoir, avoir maîtrisé la tuberculose et inversé la courbe de l'incidence, elle n'a toutefois pas encore atteint les cibles du Partenariat Halte à la tuberculose consistant à réduire de moitié la prévalence et la mortalité. Cinq pays contribuent à hauteur de 84,5 % à la charge régionale de la tuberculose. Surtout, on estime que 40 % des cas ne sont pas détectés ou notifiés, ce qui a de graves conséquences sur la lutte globale contre la maladie. En 2014, l'OMS a élaboré des orientations sur la lutte contre la tuberculose dans les situations d'urgence complexes ainsi qu'un ensemble de services pour la lutte transfrontalière. Nous espérons que les pays à forte charge progresseront dans la mise en œuvre de ces importantes mesures en 2015.

Eu égard à l'éradication de la poliomyélite, la situation est restée préoccupante en 2014 ; en effet, la Région demeure endémique et représente 99 % de l'ensemble des cas notifiés dans le monde durant la seconde moitié de 2014. Néanmoins, en 2014, le terrain a été préparé pour des progrès futurs pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région en 2015. Fin 2014, l'Afghanistan et le Pakistan avaient élaboré et mis en œuvre des plans d'accélération pour la saison de faible transmission. La riposte de la Région à la flambée au Moyen-Orient en 2013 a été rapide et de qualité ; en effet, 25 millions d'enfants ont été vaccinés lors de nombreuses campagnes menées dans huit pays. La flambée a été endiguée en 36 semaines, en dépit de la situation d'urgence complexe dans la Région, et le dernier cas a été signalé en avril 2014 ; ainsi, plus d'une année s'est écoulée sans l'apparition d'autres cas confirmés. Dans l'intervalle, la riposte à la flambée dans le Corne de l'Afrique avait permis de réduire la transmission à une petite poche fin 2014.



↑ Journée mondiale de la Santé 2014

Les programmes nationaux en Afghanistan et au Pakistan ont maintenu leur engagement en faveur de l'éradication de la maladie, et les agents de santé et volontaires ont continué de faire preuve d'un grand courage dans le cadre des activités de vaccination menées dans des situations difficiles. Au 19 août 2015, l'Afghanistan et le Pakistan avaient signalé ensemble 36 cas dus au poliovirus sauvage contre 123 cas confirmés à la même date en 2014, soit une réduction globale de plus de 70 %. Le poliovirus sauvage étant désormais restreint à l'Afghanistan et au Pakistan, les progrès demeureront fragiles jusqu'à ce que tous les enfants dans ces derniers foyers de circulation soient atteints et vaccinés. La mise en œuvre complète des plans d'accélération demeure essentielle pour effectuer des progrès vers l'éradication en 2015. Les pays de la Région sont engagés en faveur du plan pour l'éradication de la poliomyélite dans la phase finale. Par ailleurs, tous les pays qui utilisent actuellement uniquement le

vaccin antipoliomyélique oral sont sur la bonne voie pour introduire le vaccin antipoliomyélique inactivé en 2015.

La sécurité sanitaire est restée en tête des priorités durant l'année écoulée et les gouvernements et le public ont pu de nouveau réaliser son importance tandis que la flambée de maladie à virus Ebola se propageait dans trois pays d'Afrique de l'Ouest. La possibilité d'une importation dans la Région représentait pour nous une grande préoccupation. En réponse à une recommandation du Comité régional, l'OMS a procédé en urgence à une évaluation des capacités des États Membres à prendre en charge une éventuelle importation de maladie à virus Ebola. Entre novembre 2014 et février 2015, des évaluations rapides des mesures de préparation et de disponibilité opérationnelle ont été menées par les équipes techniques de l'OMS dans 20 pays.

Les évaluations ont permis d'identifier des lacunes critiques dans les domaines de la prévention, de la détection précoce et de la riposte ; et un plan d'action de 90 jours a par conséquent été mis en œuvre dans la Région, à partir de mai 2015, afin d'aider les pays à combler les lacunes urgentes. Plusieurs des lacunes identifiées au cours de l'évaluation avaient trait à la capacité générale des pays à mettre en œuvre les principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (RSI 2005). L'ultime délai pour assurer que les principales capacités requises sont en place en vue d'appliquer le RSI est juin 2016. Des faiblesses majeures demeurent. À la lumière de ces évaluations, tous les pays doivent redoubler d'efforts afin de combler ces lacunes. L'orientation stratégique de l'OMS pour l'appui aux pays comprend un accent sur la coordination multisectorielle qui sera cruciale pour combler ces lacunes. La quatrième réunion annuelle



Photo: ©OMS

↑ Une équipe de l'OMS déployée en Arabie saoudite pendant le pèlerinage (hajj) a supervisé la mise en œuvre des mesures de santé publique adéquates

des parties prenantes pour le RSI qui aura lieu fin 2015 examinera la mise en œuvre des plans nationaux et régionaux pour le renforcement de l'application du RSI dans le contexte d'Ebola.

Tandis qu'Ebola représentait une menace saisissante et réelle pour la santé provenant de l'extérieur de la Région, il existe d'autres menaces plus immédiates pour la santé au sein de la Région. Le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et le virus de la grippe aviaire A(H5N1) sont des menaces émergentes pour la santé auxquelles les pays doivent se préparer car les deux virus peuvent donner lieu à une pandémie. Une augmentation des cas de MERS-CoV dans deux pays de la Région en 2014, du fait principalement de transmissions secondaires et nosocomiales dans des établissements de soins de santé, a mis en exergue la nécessité de garantir la sécurité des patients et des agents de santé, et d'améliorer la lutte contre les infections dans les hôpitaux et autres établissements, ainsi que la nécessité de développer les capacités pour la prise en charge des patients souffrant d'infections à haut risque.

.....

Au regard de ces deux menaces émergentes pour la santé, l'OMS a organisé des missions techniques dans plusieurs pays en 2014 et début 2015 pour évaluer les risques et apporter un soutien pour l'endiguement des flambées en milieu hospitalier. Plusieurs activités de renforcement des capacités ont également été menées et ont abouti à la mise au point et l'application rapide des plans de préparation en vue d'accroître la surveillance pour la détection rapide et d'améliorer les pratiques de lutte contre les infections pour le MERS-CoV et d'autres nouvelles maladies respiratoires dans tous les milieux de soins dans la Région. Des plans de communication sur les risques ont été élaborés et rapidement renforcés afin de sensibiliser les pèlerins, les agents de santé et le public en général et de prévenir une propagation internationale, en particulier pendant le *hajj*. Nous poursuivons les efforts pour combler les lacunes en matière de connaissances concernant le MERS-CoV afin que le secteur de la santé publique ait une meilleure compréhension de l'épidémiologie et des schémas de transmission du virus et que l'efficacité de la riposte de santé mondiale puisse être améliorée. En mai 2015, nous avons organisé la quatrième réunion d'une série de réunions scientifiques internationales sur le sujet depuis 2013. Cela a permis à la communauté

scientifique internationale d'identifier les lacunes auxquels nous sommes confrontés en matière de connaissances et d'informations sur le mode et les facteurs de risque de transmission de cette infection virale émergente chez l'homme et d'identifier les mesures de santé publique les plus essentielles pour mettre fin de manière efficace à la transmission et à la propagation du virus.

La résistance aux antimicrobiens est un risque pour la sécurité sanitaire en augmentation rapide dans le monde que les États Membres de la Région commencent à peine à reconnaître. C'est un problème qui a de graves conséquences dans la Région et qui appelle une action urgente. Dans la continuité des activités menées sur la résistance aux antimicrobiens en 2013, une évaluation rapide de la situation dans les pays dans la Région a été menée en 2014 à laquelle seuls 12 pays ont participé. Les résultats ont montré les lacunes importantes des systèmes et les actions requises au niveau des pays pour faire face à la menace. Le rapport mondial qui en a résulté met en lumière le manque d'informations sur la situation dans les pays de la Région. Alors que les travaux visant à produire une analyse détaillée de la situation dans les pays, couvrant la santé humaine et animale se poursuivent, nous avons également commencé à



Photo : © OMS

↑ Des ministres et des représentants des États Membres issus de secteurs très divers ont participé à un forum régional de haut niveau sur l'approche de la promotion de l'activité physique couvrant toute l'existence

.....

préparer un cadre opérationnel pour aider les pays à élaborer des plans d'action en vue d'un examen lors d'une réunion ministérielle multisectorielle de haut niveau que nous prévoyons d'organiser en 2016.

Les États Membres, lors du Comité régional, ont reconnu la grave ampleur des maladies cardiovasculaires, du cancer, du diabète et des affections respiratoires chroniques et ont approuvé un cadre d'action régional fondé sur la Déclaration politique des Nations Unies de 2011. Toutefois, malgré la nécessité urgente de lancer une action énergique et exhaustive, la mise en œuvre des principaux engagements du cadre d'action régional demeure globalement insuffisante et n'est pas proportionnelle à la gravité du problème dans la Région. L'OMS collabore avec les États Membres sur plusieurs initiatives importantes pour mettre en œuvre les principaux engagements inclus dans les quatre domaines du cadre d'action régional, à savoir gouvernance, surveillance, la prévention et soins de santé.

En 2014, les activités de l'OMS ont abouti à l'élaboration de lignes directrices techniques pour la mise en œuvre des mesures les plus économiques ou « options les plus rentables » en matière de prévention et de nombreux pays ont bénéficié d'un soutien technique. Des déclarations de politiques ainsi que des orientations sur la réduction de l'apport en sel et en graisses ont été élaborées et orientent désormais les pays pour prendre les mesures appropriées fondées sur les meilleures pratiques. Un système de surveillance a été lancé pour suivre les progrès accomplis par les pays de la Région. L'expérience internationale en matière d'intégration des maladies courantes dans les soins de santé primaires a été examinée lors d'une réunion interpays. L'action se poursuivra en 2015 et l'accent sera mis sur l'élaboration d'orientations techniques fondées sur des bases factuelles et les

meilleures pratiques dans le domaine des soins de santé. Nous collaborons également avec des experts internationaux, notamment l'Université de Georgetown, afin de soutenir les pays dans le domaine de la mise à jour des interventions fiscales et juridiques pour aider à maîtriser les facteurs de risque et à promouvoir de meilleurs soins.

Suite à l'approbation en 2012 et 2013 par le Comité régional des stratégies et actions pour le renforcement des systèmes de santé, les pays ont été invités en 2014 à mettre en œuvre le cadre d'action en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle. Plusieurs pays ont pris des mesures importantes à cet égard et tous les pays ont désormais une idée plus précise des actions nécessaires pour relever ces défis. Ces connaissances ont été augmentées suite à l'élaboration de profils pharmaceutiques des pays qui ont permis de mettre en évidence des lacunes dans des domaines essentiels concernant la réglementation des médicaments, l'accès aux médicaments, la sélection, les achats, la délivrance et l'utilisation rationnelle des médicaments.

Une enquête approfondie sur l'éducation médicale offre également un aperçu précieux sur la marche à suivre pour que les pays améliorent la planification pour les besoins futurs dans le secteur de la santé. Le domaine de la pénurie aiguë de médecins de famille dans la plupart des pays de la Région et de la nécessité d'en intensifier la production pose un défi particulier. Des efforts sont actuellement déployés pour identifier des interventions à court et à long terme fondées sur des données factuelles afin de surmonter la pénurie concernant ces prestataires de soins. L'OMS a mené un examen complet de la situation des soins infirmiers et obstétricaux dans les pays de la Région en 2015 afin de fournir des orientations stratégiques claires pour renforcer ce domaine d'activité. Un cadre comprenant une liste d'actions prioritaires sera

recommandé, en tenant compte des divers défis rencontrés par les différents groupes de pays. Le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux demeurera une priorité pour l'OMS en 2015 et lors du prochain exercice biennal.

Deux avancées majeures ont été réalisées dans le domaine de l'information sanitaire qui est absolument essentielle à la planification sanitaire et à l'élaboration et à l'application de politiques. Le Comité régional a franchi une étape importante en 2014 avec l'approbation du cadre pour les systèmes d'information sanitaire et les indicateurs de base. Ces derniers sont le résultat des travaux approfondis effectués ces deux dernières années avec les différents secteurs dans les États Membres et avec des experts internationaux. Tous les pays doivent renforcer leurs systèmes d'information sanitaire et le défi pour eux est de mettre en œuvre le cadre et de s'attaquer aux lacunes en créant et en utilisant des données pour les 68 indicateurs de base. La principale tâche de l'OMS lors du prochain exercice sera de fournir un soutien aux pays en ce sens.

La seconde avancée concerne les travaux effectués jusqu'à présent en matière de renforcement des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, avec un accent particulier sur l'amélioration de la notification de la mortalité par cause spécifique. Des évaluations rapides ont été menées dans tous les pays et des évaluations exhaustives dans 17 pays. Notre Région dispose actuellement des informations les plus complètes sur la situation de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil dans les États Membres. Les pays ont été informés des lacunes existantes et priés de prendre des mesures à cet égard sur la base de la stratégie régionale approuvée par la soixantième session du Comité régional. Alors que nous développons notre capacité régionale, en collaboration avec d'autres

institutions des Nations Unies, la production de données sur la mortalité et les causes de décès doit faire l'objet d'une attention plus importante au sein des systèmes de santé.

L'année 2014 a également été importante pour la réforme gestionnaire de l'OMS ; nous avons en effet continué de mettre en œuvre notre engagement en faveur d'une plus grande efficacité, responsabilisation et transparence. La préparation rapide du budget programme pour 2016-2017 et l'implication précoce des partenaires par le biais de l'approche ascendante a abouti à l'amélioration de la planification conjointe, un nombre mieux défini de priorités identifiées et une allocation budgétaire conforme aux priorités des pays. Une amélioration des compétences en matière d'établissement de priorités et de planification a manifestement pu être observée.

Nous avons poursuivi notre appui à l'augmentation de la participation des États Membres à la gouvernance de l'OMS, en organisant des séances d'information de haut niveau pour les représentants des États Membres et des missions permanentes à Genève et ce, avant chacune des grandes réunions des organes directeurs de l'OMS (Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif). Ces séances se sont révélées précieuses sur le plan de la contribution des États Membres de la Région aux discussions mondiales sur la santé et le travail des organes directeurs.

Les efforts visant à renforcer la présence de l'OMS dans les pays se sont également poursuivis, une attention particulière étant accordée à l'amélioration de l'expertise technique et de la gestion globale. Les capacités des bureaux de pays ont été évaluées par rapport aux six catégories d'activités afin de garantir la présence de capacités stratégiques et techniques en matière de leadership.

On a constaté en 2014 un élargissement majeur des capacités techniques dans plusieurs bureaux de pays tandis qu'en 2015, l'action s'est concentrée sur le renforcement de l'administration générale et de la capacité administrative sur le terrain. Une stratégie spécifique a été élaborée pour augmenter le respect de la conformité dans plusieurs domaines de nos activités, dans tous nos bureaux, notamment la gestion de la performance et le respect du Statut et du Règlement du Personnel. L'amélioration de la conformité demeurera la première des priorités au cours des prochaines années.

La complexité des questions liées aux opérations et à la sécurité dans la Région continue de constituer des défis et des obstacles aux opérations de l'OMS, tant sur le plan technique que gestionnaire. La situation dans la Région globalement a également eu des conséquences regrettables sur notre capacité à attirer des effectifs expérimentés pour gérer le volume de travail croissant et les besoins en matière d'action dans tous les domaines d'activités avec les États Membres. Tandis que nous prenons des mesures pour trouver une solution à cet égard, nous déployons également des efforts pour soutenir les besoins futurs des pays dans plusieurs domaines clés.

Le renforcement des capacités de santé publique dans les États Membres continue d'être privilégié. Suite au lancement en 2013 d'une initiative régionale visant à évaluer les capacités de santé publique dans les pays, deux évaluations de pays ont été menées avec succès, avec le soutien de l'OMS et d'une équipe d'experts en santé publique internationale. L'outil d'évaluation a été examiné début 2015 et sera davantage précisé avant d'élargir davantage l'initiative. Un nombre croissant d'États Membres demandent à l'OMS

de mener l'évaluation et de les aider à mettre en œuvre ses recommandations.

Un Programme de leadership pour la santé a aussi été lancé début 2015, visant à former les futurs hauts responsables de la santé publique qui pourront s'attaquer de manière proactive aux questions de santé à l'échelle nationale et locale qui ont des répercussions directes sur la santé de la population et jouer un rôle actif dans le contexte de la santé publique mondiale. La première partie d'une durée de quatre semaines, réalisée en deux temps à Genève et à Mascate, a connu un grand succès et a été très appréciée par les participants. La deuxième partie débutera fin 2015.

Nous avons également continué d'accueillir le séminaire régional annuel sur la diplomatie sanitaire qui s'est avérée hautement utile pour rassembler les représentants des ministères de la Santé et des Affaires étrangères, des parlementaires et des universitaires dans des discussions autour de la convergence entre le secteur de la santé et les autres secteurs. Des séminaires-ateliers successifs ont montré l'importance continue de ce type de dialogue pour sensibiliser et faire comprendre les questions sanitaires essentielles auxquelles notre monde est confronté et le rôle de l'ensemble des secteurs dans la diplomatie sanitaire aux niveaux mondial, régional et national. Nous continuerons à aider les pays dans leurs efforts pour le renforcement des capacités et l'amélioration de la santé des populations de la Région.



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 2014, l’OMS s’est attachée à fournir aux États Membres un appui technique pour la mise en œuvre des engagements souscrits dans les résolutions EM/RC59/R.3 (2012) et EM/RC60/R.2 (2013) du Comité régional. Un cadre d’action pour progresser vers la couverture sanitaire universelle et faire le lien entre les divers engagements pris a reçu un soutien lors de la soixante et unième session du Comité régional en octobre 2014.

Financement de la santé

Des stratégies de financement de la santé fondées sur des données probantes et propres au contexte sont essentielles pour atteindre l’objectif de la couverture sanitaire universelle. Le manque d’informations sur les dispositions d’ordre institutionnel et organisationnel des systèmes de financement de la santé ainsi que sur l’apport de fonds dans plusieurs pays de la Région sape les efforts visant à élaborer des stratégies de financement reposant sur des bases factuelles. Par ailleurs, l’expertise nationale limitée en matière de financement de la santé en général, et en ce qui concerne les dispositions spécifiques du financement de la santé en particulier, telles que le régime de protection sociale, est absolument essentielle pour aller de l’avant.

L’appui de l’OMS à l’élaboration de stratégies de financement de la santé comprenait le renforcement des capacités nationales en matière de production d’informations quantitatives et qualitatives, en suivant respectivement les comptes nationaux de la santé ainsi que l’analyse organisationnelle en vue de l’amélioration et du renforcement du financement de la santé (OASIS). L’orientation de l’assistance technique est passée du plaidoyer en faveur du financement de la santé au développement des compétences dans des domaines tels que la mise en place des systèmes de sécurité sociale, les achats stratégiques et la participation de différents secteurs ainsi que la couverture sanitaire universelle, et ce, par l’organisation de consultations régionales et l’élaboration des documents de politiques. On observe actuellement le développement des compétences d’un groupe d’experts et de chercheurs dans les domaines de la mesure de la protection contre les risques financiers, dans le cadre du suivi des progrès vers la couverture sanitaire universelle, ainsi que dans la réalisation des études d’évaluation économique.

Un appui technique au niveau national a été fourni à plusieurs pays pour formuler une vision, une stratégie et une feuille de routes nationales en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle. Plusieurs études diagnostiques concernant les différentes fonctions du financement de la santé ont été réalisées au préalable.

En 2015, les activités continueront d’être axées sur les interventions clés en vue de progresser vers la couverture sanitaire universelle, qui incluront notamment une vision, une stratégie et une feuille de route nationales pour la couverture sanitaire universelle pleinement intégrées au cadre politique national ; le développement des systèmes d’assurance maladie et l’élargissement de

la protection financière aux groupes informels et vulnérables de la population et la réduction des paiements directs.

Gouvernance de l'action sanitaire et droits de l'homme

Des politiques, des stratégies et des plans fondés sur des bases factuelles constituent les éléments essentiels pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. La plupart des pays ne disposent pas des capacités suffisantes au sein de leur ministère de la Santé pour formuler ce type de politiques et de plans stratégiques et ont un accès limité aux données de qualité permettant d'éclairer l'élaboration de politiques et de stratégies. Par ailleurs, leur utilisation de ces données est également limitée. L'instabilité politique actuelle et les crises sociales auxquelles on assiste dans une grande partie de la Région ainsi que l'alignement et l'harmonisation limités entre les partenaires de développement en appui à un plan sanitaire national unique, constituent certains des défis supplémentaires auxquels sont confrontés de nombreux pays des groupes 2 et 3².

Les efforts en cours pour évaluer la situation concernant la planification sanitaire dans les pays ont permis d'avoir une idée plus précise de l'ensemble des atouts et des faiblesses qui caractérisent les ministères de la Santé et des difficultés que ces derniers rencontrent en matière

² Les pays de la Région sont répartis en trois 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'Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Maroc, Palestine, République arabe syrienne et Tunisie. Groupe 3 : Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen.

de politiques et de planification sanitaires. Dans un effort visant à renforcer les capacités des bureaux de pays de l'OMS pour aider les pays dans leurs processus de formulation et de planification des politiques de santé nationales, de hauts responsables de l'OMS ont participé à des séminaires-ateliers sur la planification sanitaire stratégique, organisés en collaboration avec la *Nuffield School of Public Health* et le *Centre for International Development* de l'Université de Leeds au Royaume-Uni. Il est prévu de renforcer les capacités nationales en matière de planification sanitaire stratégique et de réglementation du secteur de la santé, ainsi que d'examiner, dans certains pays, la situation relative aux efforts de coordination entre les partenaires de développement et l'efficacité de l'aide extérieure.

La Région est depuis longtemps confrontée à des défis en ce qui concerne l'égalité entre les sexes, l'équité et les droits humains en santé. Les conflits prolongés, les niveaux croissants de pauvreté, les degrés variables d'inégalité et l'existence de groupes vulnérables et marginalisés constituent des facteurs sous-jacents importants. Il manque toujours des données ventilées ainsi qu'une évaluation de la vulnérabilité permettant d'éclairer les politiques de santé publique et de guider les actions dans une optique de droits de l'homme.

Un examen des données factuelles et des lacunes existantes ainsi que les efforts de plaidoyer continus ont permis une meilleure intégration des questions d'égalité entre les sexes, d'équité et de droits humains dans l'ensemble des activités de l'Organisation. Un cours sur la santé et les droits de l'homme a été mis au point et testé en Égypte, en collaboration avec l'Université américaine du Caire. Ce cours a fait l'objet d'une évaluation externe, et il est actuellement réalisé au Pakistan. Il sera proposé à d'autres pays en 2015.

La législation de santé publique doit être révisée et il est également nécessaire de développer les capacités des ministères en matière de formulation, de mise en œuvre et de suivi de la législation. Un examen de la situation et des capacités pour la réglementation du secteur privé de la santé a été réalisé dans quatre pays et un manuel est en préparation en collaboration avec le Siège de l'OMS.

Au cours de 2015, une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités des ministères de la Santé en matière de planification stratégique par la formation du personnel national et la fourniture de conseils faciles à suivre en vue de l'élaboration de plans stratégiques efficaces. On s'intéressera au renforcement des capacités en matière de législation sanitaire, de réglementations, d'établissement des normes et de surveillance de l'application en mettant l'accent sur le secteur privé. L'efficacité de l'aide extérieure et de l'état des flux d'aides dans les pays, notamment ceux qui font face à des situations de conflit, sera évaluée.

Suite à la demande des États Membres, l'OMS a lancé une initiative régionale en 2013 en vue d'évaluer les capacités de santé publique dans les pays, par l'identification des fonctions de santé publique essentielles adaptées au contexte de la Région. En 2014, deux évaluations de pays ont été menées, au Qatar et au Maroc, avec le soutien de l'OMS et d'une équipe d'experts dans le domaine de la santé publique internationale. Grâce à cette évaluation, les pays, sous la houlette de leurs ministères de la Santé, sont maintenant capables d'identifier les points forts dans leurs systèmes de santé publique ainsi que les domaines qui nécessitent davantage de renforcement. En mai 2015, l'OMS a mobilisé un petit groupe d'experts de la santé publique internationale et

des représentants des deux pays qui ont mené cette évaluation en vue d'analyser l'expérience, d'examiner l'outil et d'améliorer le processus d'évaluation et de suivi. Actuellement, les outils d'évaluation sont révisés en vue de les rendre plus faciles à utiliser ; l'initiative sera ensuite étendue à d'autres pays.

Développement des personnels de santé

La situation des personnels de santé continue de refléter les tendances mondiales eu égard aux pénuries d'effectifs, à la répartition inéquitable, à la fidélisation et aux performances des personnels. La densité globale des personnels de santé est sous-optimale et la mauvaise répartition, la fidélisation et la migration de ces personnels ainsi que la dépendance excessive par rapport aux personnels de santé expatriés représentent d'importants défis qui entravent les progrès vers la couverture sanitaire universelle dans de nombreux pays. Le manque de capacités institutionnelles pour la planification des personnels de santé nationaux représente un autre obstacle et les sources d'informations sont insuffisantes.



↑ Le Directeur régional a participé à la neuvième réunion annuelle de l'Association internationale des instituts nationaux de santé publique au Maroc et a saisi l'occasion pour encourager la mise en réseau et l'élaboration de programmes de collaboration dans la Région

Photo : ©OMS



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS

↑ Le programme OMS de leadership pour la santé, ayant pour but de former les futurs dirigeants dans le domaine de la santé publique dans la Région et ayant été élaboré en partenariat avec l'école de santé publique de Harvard, s'est déroulé à Genève et à Oman

Alors que les lacunes en matière de développement des personnels de santé sont manifestes, les solutions pour y remédier ne le sont pas toujours. Afin de relever ce défi, un cadre stratégique régional pour les personnels de santé a été élaboré, suite à un examen critique réalisé par un groupe d'experts internationaux ainsi que l'organisation d'une réunion de consultation régionale visant à faire avancer le programme d'action pour les personnels de santé. Le cadre sera aligné sur la stratégie mondiale sur les personnels de santé actuellement en cours d'élaboration par le Siège de l'OMS et l'Alliance mondiale pour les personnels de santé.

Après une pause de près de 20 ans, le domaine de l'éducation médicale a été réexaminé et une enquête en ligne complète a été menée et ciblait plus de 300 écoles de médecine. Entre autres, l'enquête a confirmé la progression vers la privatisation de l'enseignement médical tout en

faisant apparaître une réglementation insuffisante, le manque de systèmes d'accréditation, des programmes centrés sur l'enseignant et l'utilisation de méthodes d'évaluation traditionnelles qui ne sont liées ni aux acquis d'apprentissage ni aux compétences. Les résultats ont été présentés lors d'une réunion des responsables de l'éducation médicale régionaux et internationaux. Une feuille de route a été élaborée pour aider les écoles de médecine à augmenter leur responsabilité sociale, à adopter une orientation davantage communautaire et à accroître l'accréditation, dans le cadre de l'appui à la couverture sanitaire universelle. Le thème de l'éducation médicale sera examiné par le Comité régional lors de sa soixante-deuxième session, suite à quoi les pays devront adapter le cadre d'action régional sur la base des priorités nationales.

Il est actuellement prévu de mener un examen complet de la situation des soins infirmiers et

obstétricaux dans les pays de la Région. Cet examen vise à fournir des orientations stratégiques claires fondées sur des mesures pratiques, réalisables et sur des données probantes, et reposant sur des informations fiables et les bonnes pratiques.

Un appui technique a été apporté à l'Organisation arabe pour le développement administratif de la Ligue des États arabes dans le cadre de la conférence sur la migration des personnels de santé. Le Bureau régional a participé à la neuvième réunion annuelle de l'Association internationale des instituts nationaux de santé publique, qui s'est tenue pour la première fois dans la Région de la Méditerranée orientale. Une réunion spéciale des instituts régionaux de santé publique a été organisée dans le but d'encourager la mise en réseau et l'élaboration de programmes de collaboration pour renforcer la santé publique dans la Région.

Le programme de bourse d'études a continué à aider les pays à renforcer les capacités nationales dans les cinq domaines prioritaires régionaux ; 74 bourses d'études ont en effet été attribuées dans la Région. Le programme a été fortement impliqué, en collaboration avec la *Harvard School of Public Health*, dans l'organisation du Programme de leadership pour la santé. Ce dernier sera lancé début 2015 avec pour objectif de former les futurs hauts responsables de la santé publique qui seront en mesure de s'attaquer de manière proactive aux questions de santé à l'échelle nationale et locale qui ont des répercussions directes sur la santé de la population et de jouer un rôle actif dans le contexte de la santé publique mondiale. Le programme a été réalisé en deux parties, à Genève et à Mascate, et les deux parties ont été hautement appréciées par les participants et les animateurs. Compte tenu du succès initial

et de la forte demande, la deuxième édition du programme commencera en novembre 2015.

En 2015, une importance particulière sera accordée à l'aide apportée aux pays pour élaborer des plans d'action et des stratégies pour les personnels de santé au niveau national, et pour mettre en œuvre les stratégies en vue de développer l'enseignement de la médecine ainsi que des soins infirmiers et obstétricaux. Parmi les nouvelles initiatives, on compte une évaluation de la formation professionnelle continue des médecins et l'amélioration de la notification des pays concernant l'application du Code pratique mondial de l'OMS pour le recrutement international des personnels de santé.

Technologies et médicaments essentiels

Les profils de pays pour le secteur pharmaceutique établis au cours de 2014 ont mis en évidence des lacunes dans des domaines essentiels concernant les autorités de réglementation pharmaceutique. Ces lacunes concernaient notamment les structures organisationnelles et les capacités techniques, les politiques pharmaceutiques nationales, la transparence et la redevabilité en



Photo: ©OMS

↑ L'OMS a apporté son soutien à la formation aux bonnes pratiques de fabrication pour des inspecteurs adjoints des établissements pharmaceutiques en Arabie saoudite

.....

matière de réglementation et d'approvisionnement des produits médicaux, les mécanismes visant à endiguer la résistance aux antimicrobiens, la promotion/publicité en faveur des produits médicaux ainsi que l'accès aux médicaments sous contrôle, y compris les médicaments destinés à prendre en charge la douleur.

Des approches permettant de renforcer les moyens réglementaires relatifs aux médicaments et aux dispositifs médicaux ont fait l'objet de discussions lors de la Conférence des autorités de réglementation pharmaceutique de la Méditerranée orientale qui s'est tenue en mai 2014. Avant la conférence, une enquête menée auprès de 17 autorités de réglementation nationales a révélé que la majorité des autorités (80 %) avaient en place les principales fonctions de réglementation et que toutes étaient chargées de l'enregistrement des produits médicaux. Seules 40 % des autorités de réglementation nationales procèdent à l'enregistrement accéléré des médicaments présélectionnés par l'OMS tandis que 80 % procèdent à l'enregistrement accéléré des vaccins.

L'action a progressé en matière de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique dans 16 pays. Lors d'une réunion régionale, l'accent a été mis sur la gestion des conflits d'intérêts en tant que question prioritaire des politiques de gouvernance. Le programme de bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique dans la Région est le plus développé de toutes les régions de l'OMS. En effet, six pays se trouvent actuellement en phase I de ce programme ; sept sont passés à la phase II et trois à la phase III. Les profils du secteur pharmaceutique actualisés de chaque pays ont révélé que l'accès aux médicaments sous contrôle pour la prise en charge de la douleur et le traitement des troubles

mentaux demeure très limité et par conséquent, les patients souffrent alors qu'ils ne devraient pas.

Des progrès ont été réalisés en matière d'évaluation, de réglementation et de gestion des technologies de la santé avec la création du Réseau d'évaluation des technologies de la santé de la Région de la Méditerranée orientale en vue de l'échange d'informations et du partage des connaissances. Il s'agit d'un des résultats de la deuxième réunion interpays sur le développement de l'évaluation des technologies de la santé au niveau national. Une enquête régionale a été réalisée pour cartographier les ressources d'évaluation des technologies de la santé. Cette enquête qui ciblait les responsables et les défenseurs des technologies de la santé dans 15 pays a montré que 52 % des entités régionales réalisent des activités assimilées à l'évaluation ayant trait principalement à la mesure de l'efficacité clinique et l'évaluation économique des dispositifs médicaux et des médicaments. L'enquête a indiqué la nécessité de réorganiser et/ou d'initier des activités d'évaluation dans la Région afin d'effectuer des investissements rationnels dans des technologies de la santé qui sont accessibles à la majorité de la population.

En 2014, l'OMS a présélectionné les deux premiers produits médicaux fabriqués par une entreprise pharmaceutique locale en Égypte et le premier laboratoire de contrôle de la qualité des médicaments dans le secteur privé au Pakistan. Des laboratoires nationaux de contrôle de la qualité des médicaments dans deux autres pays sont en voie d'être présélectionnés par l'OMS. En 2015, l'accent portera sur la mise en œuvre des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé consacrées au renforcement des systèmes de réglementation des produits médicaux, y compris le renforcement de la pharmacovigilance. La notification des produits médicaux contrefaits

sera renforcée. Conformément au plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens, un appui sera apporté aux pays pour l'élaboration de plans nationaux visant à renforcer la surveillance de la résistance aux antimicrobiens et leur usage responsable.

Prestation de services intégrés

La plupart des pays de la Région sont engagés en faveur du renforcement de la médecine familiale. Toutefois, le niveau de mise en œuvre est inégal et incohérent. Une évaluation de la situation de la médecine familiale a révélé des lacunes importantes ayant trait à l'engagement politique, à l'enregistrement des patients, aux dispositifs de services de santé essentiels, aux listes de médicaments essentiels, aux systèmes d'orientation-recours et aux personnels. Le nombre insuffisant de médecins de famille formés ainsi que l'incapacité des programmes actuels à répondre aux besoins considérables constituent un autre défi important à relever.

Un manque de soins de santé primaires de qualité ainsi que l'expansion anarchique du secteur privé de la santé dans la plupart des pays des groupes 2 et 3 constituent des défis supplémentaires. Les hôpitaux du secteur public consomment une proportion significative des budgets de la santé, ne satisfont pas aux normes de qualité et de sécurité dans plusieurs pays ; et dans d'autres pays, on note qu'ils dépendent de plus en plus des paiements des usagers. De manière générale, les hôpitaux ne sont pas intégrés au système de santé et n'offrent pas d'appui en termes d'orientation-recours.

La médecine familiale a été encouragée en tant qu'approche principale pour parvenir à des services intégrés centrés sur la personne. Une analyse de la situation visant à faire un état des



Photo : ©OMS

↑ Une mission de l'OMS en République islamique d'Iran pour évaluer la prestation de services en milieu hospitalier et au niveau des soins de santé primaires

lieux des programmes de médecine familiale et de formation des médecins de famille a été présentée lors de la consultation régionale organisée en collaboration avec l'Organisation mondiale des Médecins de Famille. Les résultats de cette analyse de la situation ont révélé que la majorité des pays ont développé un ensemble de services essentiels, et qu'un peu plus de la moitié des pays le mettent en œuvre actuellement ; un système d'enregistrement des patients et de classification par famille/individu est pratiqué dans la moitié des pays, et le système d'orientation-recours est partiellement ou complètement opérationnel dans cinq pays. Cependant, plus de 90 % des médecins travaillant dans des établissements de soins primaires ne sont pas formés à la médecine familiale. Des services de médecine familiale sont disponibles dans 13 pays et le nombre des médecins de famille formés annuellement est de 700, dont la majorité font partie des pays du groupe 1.

Une feuille de route a été élaborée pour renforcer la prestation de services et celle-ci est alignée sur le cadre d'action pour progresser vers la couverture sanitaire universelle. Durant 2015, l'action menée pour développer la médecine familiale en tant qu'approche principale des soins de

.....

santé intégrés centrés sur la personne continuera à être encouragée. Une tâche particulière consistera à partager les données disponibles sur l'intensification de la production de médecins de famille à court et moyen termes.

Plusieurs études ont également été menées afin de mieux comprendre le secteur privé de la santé, notamment une évaluation de la qualité et du coût des soins dans le secteur privé de la santé dans six pays et de la situation concernant la réglementation du secteur privé dans deux pays ainsi qu'un bilan des enseignements tirés du partenariat public-privé. Ces études ont été présentées lors d'une consultation régionale qui a abouti à l'identification d'un certain nombre de priorités ayant trait à la collaboration avec le secteur privé.

Une consultation régionale sur la qualité et la sécurité des soins dans les pays de la Région, a été organisée en collaboration avec le *Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions* [Office central d'accréditation des institutions de soins de santé] en Arabie saoudite. Le manuel d'évaluation de la sécurité des patients, publié en 2011, a été mis à jour et testé sur le terrain dans deux pays. De plus, un manuel pour la sécurité des patients a été mis au point. Un cadre d'évaluation et d'amélioration de la qualité au niveau des soins de santé primaires est actuellement à l'essai. Le renforcement des capacités sera intensifié dans les domaines de la sécurité des patients et de la qualité, de l'évaluation, de la réglementation et des partenariats avec le secteur privé de la santé et de la gestion et des soins hospitaliers.

La gestion et les soins hospitaliers représentent un nouveau domaine qui fait l'objet d'une attention accrue. L'accent a été mis sur la mise au point d'une analyse complète de la situation des hôpitaux du secteur public dans la Région.

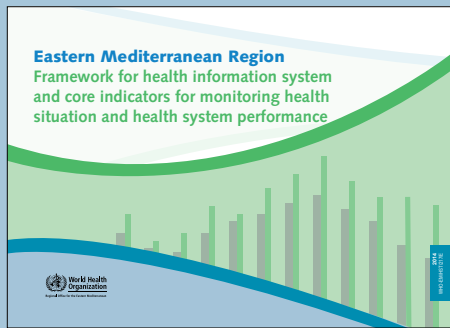
Un cours sur la gestion hospitalière a été proposé aux pays qui font face à des situations de conflit, en collaboration avec l'Université Aga Khan de Karachi. Le cours est en train d'être actualisé et sera ensuite lancé dans la Région.

Un appui technique a été fourni aux pays éligibles pour soumettre des nouvelles candidatures en vue d'obtenir un financement de GAVI, l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination ; le montant de ce soutien s'élèvera à USD 85 millions. Parallèlement, des séminaires-ateliers sur le renforcement des capacités des systèmes de santé ont été menés en vue de développer les compétences des responsables des programmes dans ces pays.

Systèmes d'information sanitaire

Des travaux approfondis ont eu lieu dans le cadre de l'examen des systèmes d'information sanitaire de la Région, par le biais de consultations d'experts, de réunions interpays ainsi que d'évaluations rapides et exhaustives. Ceci a permis d'identifier des lacunes et des défis, et de mettre au point une approche pour renforcer les systèmes d'information sanitaire nationaux. Le cadre régional pour les systèmes d'information sanitaire ainsi que les indicateurs de base qui en ont résulté et qui ont été approuvés par le Comité régional (EM/RC61/R.1) fourniront des orientations claires aux pays. Le cadre régional pour les systèmes d'information sanitaire et les indicateurs de base couvre trois domaines : les risques sanitaires et les déterminants de la santé, la situation sanitaire et la performance des systèmes de santé.

L'accent mis sur le renforcement des statistiques par cause spécifique de mortalité, tel que recommandé dans la stratégie régionale visant



↑ **Cadre pour les systèmes d'information et les indicateurs de base**

à renforcer les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil approuvée par le Comité régional en 2013, s'est traduit par une augmentation du nombre de pays notifiant des statistiques de mortalité, passant de sept pays (Bahreïn, Égypte, Jordanie, Koweït, Maroc, Oman et Qatar) à 12 pays (en y ajoutant l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, la Palestine et la Tunisie). La qualité des informations notifiées s'est quelque peu améliorée ; toutefois il reste des progrès à faire pour parvenir à une qualité optimale. Un centre collaborateur de l'OMS a été instauré au Koweït pour soutenir la poursuite de l'amélioration des statistiques de mortalité ainsi qu'une meilleure utilisation de l'ensemble des classifications internationales de l'OMS.



Photo : ©OMS

↑ **Réunion du Directeur régional avec le Premier Ministre, SE le Dr Rami Hamdallah, pour passer en revue les orientations stratégiques et la collaboration future pour l'Institut national palestinien de santé publique, un projet mené par l'OMS**

Dans les deux prochaines années, l'OMS est attachée à apporter un soutien aux États Membres dans leurs efforts visant à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire, sur la base du nouveau cadre d'action, et à fournir des informations fiables qui leur permettront d'effectuer un suivi des déterminants de la santé et des risques sanitaires, de la situation sanitaire, et d'évaluer la réponse du système de santé, qui en retour guidera l'élaboration des politiques et la prise de décisions en vue de l'amélioration de la prestation de soins de santé. L'OMS continuera par ailleurs à fournir un appui aux États Membres pour combler les lacunes existantes dans leurs systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil, qui ont été mis à jour par les évaluations rapides et complètes réalisées ces deux dernières années.

Recherche, développement et innovation

Une réunion régionale a été organisée pour les États Membres du Comité consultatif de la recherche en santé de la Méditerranée orientale et pour des experts en recherche afin de discuter de l'intégration de la recherche dans les travaux réalisés dans les domaines prioritaires identifiés afin de concevoir l'avenir de la santé dans la Région. La réunion a porté principalement sur l'identification des priorités de recherche liées aux cinq priorités stratégiques régionales. Cet exercice devrait se conclure en janvier 2016 et les résultats orienteront les activités de recherche pour la période 2016–2017. L'appel à propositions pour la subvention spéciale de recherche dans les domaines prioritaires de santé publique pour 2014 était également centré sur ces priorités stratégiques. Douze subventions allant de 10 000 dollars US à 20 000 dollars US ont été attribuées début 2015.

Promouvoir la santé tout au long de la vie

L'approche fondée sur les étapes de la vie

La santé est une résultante des politiques menées dans tous les domaines, notamment celles ayant trait aux déterminants sociaux de la santé. En 2014, l'OMS a poursuivi son action pour fournir un appui aux pays afin de protéger et promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de la population de la Région, tout au long de l'existence. À cet égard, une attention particulière a été accordée à la santé de la mère et de l'enfant en tant que priorité stratégique.

Santé maternelle, génésique et infanto-juvénile

Entre 1990 et 2013, le taux de mortalité maternelle a chuté de 50 % et le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans de 46 % dans la Région (voir Figures 1 et 2). Le taux de mortalité maternelle est passé du deuxième au troisième taux le plus élevé parmi les régions de l'OMS, après les régions de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est. En dépit de ces réalisations, ces taux de réduction se situent nettement en deçà des cibles des objectifs du Millénaire pour le développement 4 (réduction de 67 % du taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans) et 5 (diminution de 75 % du ratio de mortalité maternelle) d'ici à 2015. De plus, 26 000 mères et 845 000 enfants de moins de cinq ans meurent toujours chaque année dans la Région. Près de 95 % de ces décès

surviennent dans neuf États Membres qui ont une charge élevée de mortalité maternelle et infantile.

Plusieurs facteurs contribuent au niveau élevé de mortalité maternelle et infantile. La faiblesse des systèmes de santé, avec le manque de ressources humaines bien formées et en effectifs suffisants, l'incapacité à maintenir la disponibilité des produits nécessaires, et le mauvais fonctionnement des systèmes d'orientation-recours, représentent un défi majeur dans les pays fortement touchés. Cette situation est aggravée par l'instabilité politique, les troubles sociaux, et les crises aiguës et chroniques prolongées qui affectent ces pays.

En 2014, le Bureau régional a maintenu son appui à la santé génésique, maternelle, néonatale, infantile et de l'adolescent, l'accent étant mis en particulier sur la santé de la mère et de l'enfant dans les neuf pays prioritaires, en collaboration étroite avec l'UNFPA et l'UNICEF. Les fonds que l'OMS a alloués en 2013 pour lancer la mise en œuvre des plans d'accélération nationaux avaient été absorbés fin septembre 2014. Ces fonds ont été utilisés pour faciliter la mise en œuvre des activités prioritaires, notamment le renforcement des capacités des prestataires de santé ; l'achat de



↑ Le Directeur régional félicite le Premier Ministre, SE Abdiweli Sheikh Ahmed, pour le lancement du plan d'accélération national pour la santé de la mère et de l'enfant en Somalie

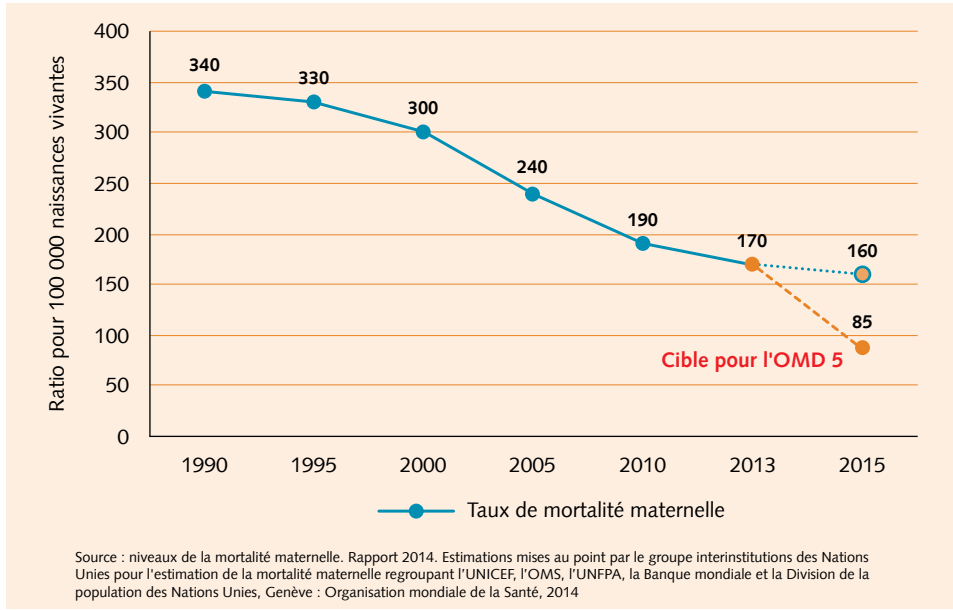


Fig. 1
Tendance de la mortalité maternelle pour la période 1990-2013 et extrapolation pour 2015

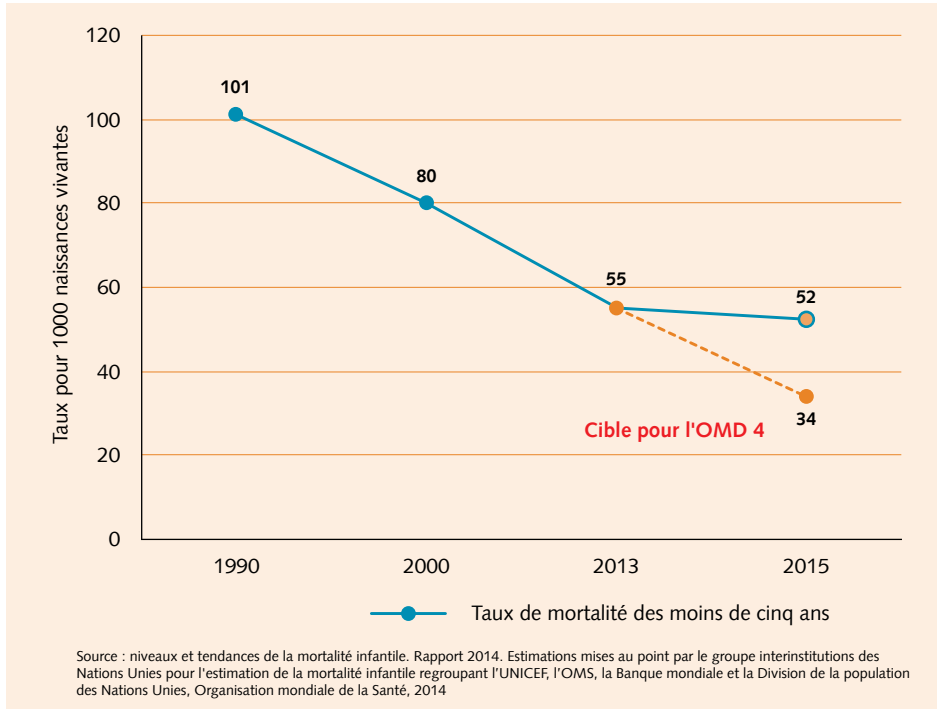


Fig. 2
Tendance de la mortalité des moins de cinq ans pour la période 1990-2013 et extrapolation pour 2015

produits d'importance vitale et le renforcement des interventions à base communautaire. Les neuf pays ont tous identifié la santé de la mère et de l'enfant comme programme prioritaire pour l'exercice 2014-2015 et par conséquent, 7 millions de dollars US supplémentaires ont été fournis pour les activités de mise en œuvre, par le biais du programme de collaboration de l'OMS. En outre, deux montants de sept et dix millions de dollars ont été mis à disposition à partir des ressources des fonds fiduciaires en vue de soutenir des activités prioritaires pertinentes en Afghanistan et au Pakistan respectivement.

La situation actuelle et les défis auxquels font face les pays dans les domaines de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant, y compris les principales causes de la mortalité maternelle, néonatale et infantile dans la Région, ont été examinés au cours d'une réunion interpays destinée aux administrateurs des programmes nationaux, qui a été organisée conjointement avec l'UNFPA et l'UNICEF en juin 2015. Suite à cette réunion, des actions prioritaires visant à faciliter la mise en œuvre des plans d'accélération en 2015, ainsi que des orientations stratégiques pour les programmes de santé génésique, maternelle, néonatale et infantile pour l'après-2015 ont été identifiées. L'OMS a maintenu un suivi étroit, a continué de fournir un soutien pour la mise en œuvre des plans et a apporté une assistance technique afin de combler les lacunes identifiées lors des missions réalisées dans les pays. Une attention particulière est accordée au renforcement des éléments associés aux systèmes de santé. Il s'agissait notamment de l'analyse de la disponibilité des ressources humaines pour les services de santé de la mère et de l'enfant, de l'évaluation des services en termes de qualité et de lutte contre les infections, et de la promotion des activités de recherche opérationnelle afin de



Photo : ©OMS/Rada Akbar

↑ L'OMS soutient les services médicaux mobiles dans plusieurs pays, comme ici en Afghanistan où les soins de santé prénatals ne sont pas accessibles pour les populations des zones reculées

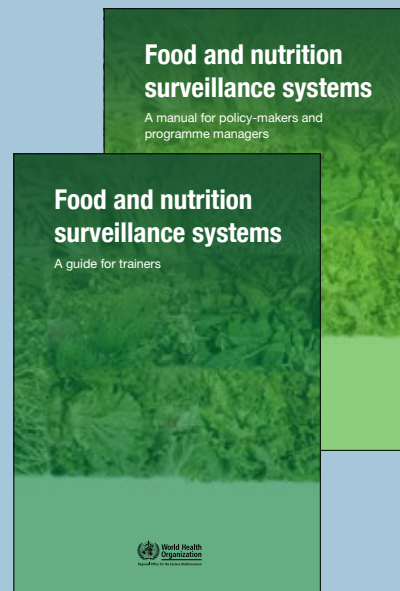
combler les lacunes du système de prestation de soins de santé.

L'appui fourni aux pays dans la mise en place et le renforcement des soins préconceptionnels constitue une autre priorité pour les activités de l'OMS dans la Région. L'objectif est d'améliorer davantage les résultats en matière de santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans les États Membres. Une réunion organisée avec les États Membres et des experts régionaux et internationaux a permis de parvenir à un consensus sur un ensemble d'interventions de base et des modes de prestation de services pour les soins préconceptionnels. Des activités supplémentaires sont planifiées pour 2015 afin d'examiner plus en détail les bases factuelles concernant ces interventions et d'élaborer un cadre opérationnel régional.

L'OMS, en collaboration avec des partenaires, a entrepris une analyse des réalisations dans les pays eu égard aux OMD 4 et 5. L'analyse indique que sept pays ont atteint de faibles taux de mortalité maternelle et infantile, et que six de ces pays ont réalisé l'ODD 4 et deux pays l'ODD 5. Compte tenu de ce qui précède, cinq pays, en

plus des neuf pays prioritaires, devraient faire l'objet d'une attention plus importante pour les activités relatives à la santé de la mère et de l'enfant, et ce jusqu'à la fin 2015. Les crises qui se déroulent dans plusieurs pays ont eu de graves conséquences sur les réalisations antérieures. Il est nécessaire d'adopter des approches novatrices afin de répondre aux besoins sanitaires des mères et des enfants dans cette situation. Même dans les pays qui ont de faibles taux de mortalité maternelle et infantile, des plans stratégiques sont requis pour soutenir les réalisations existantes et mettre en œuvre des interventions ciblées afin de réduire davantage ces taux de mortalité, et plus particulièrement la mortalité néonatale.

Il ne reste désormais que quelques mois pour rendre compte de la situation concernant la réalisation des OMD. Sur les neuf pays prioritaires, plusieurs auront encore des taux de mortalité élevés mais auront démontré des progrès significatifs, grâce aux efforts conjoints et intensifiés. Il sera crucial de poursuivre ces efforts et d'élaborer des plans appropriés, sur la base du programme de développement pour l'après-2015. L'engagement et la participation des États Membres seront indispensables pour dynamiser le débat sur le programme pour l'après 2015 et pour s'attaquer aux priorités relatives à l'Initiative Sauver les vies des mères et des enfants. La stratégie mondiale actualisée pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, qui sera lancée à l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015, s'appuie sur la stratégie 2010-2015, en tirant les enseignements des objectifs du Millénaire pour le développement et en mettant l'accent sur l'action et l'investissement efficaces. Elle aura pour cible la réalisation de l'équité, des droits de l'homme et des déterminants sociaux de la santé. Les États Membres devront aligner leurs orientations stratégiques sur cette stratégie et la



↑ Publications récentes sur la nutrition

mise en œuvre quinquennale du plan qui sera proposé pour adoption formelle à l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016.

Nutrition

Dans la Région, les indicateurs relatifs à la nutrition continuent d'être alarmants. En effet, les pays luttent contre des taux élevés de malnutrition, les mauvaises pratiques en matière d'alimentation, les carences en micronutriments et l'obésité. La malnutrition contribue considérablement à la mortalité de l'enfant. Elle est la principale cause sous-jacente des décès des enfants de moins de cinq ans, étant ainsi à l'origine de 45 % des décès d'enfants dans le monde, ainsi que dans la Région, en 2013. L'anémie, qui nuit à la santé et au bien-être des femmes et augmente les conséquences négatives pour la santé de la mère et du nouveau-né, touche près de 40 % des femmes en âge de procréer dans la Région. L'OMS collabore avec les États Membres en vue de la mise en œuvre complète du plan concernant la nutrition chez

la mère, le nourrisson et le jeune enfant et de ses cibles mondiales qui ont été adoptées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012.

En ce qui concerne la dénutrition chez l'enfant de moins de cinq ans, la moyenne régionale pondérée pour le retard de croissance est de 28 % ; elle est de 8,71 % pour l'émaciation et de 18 % pour le déficit pondéral. Les pays de la Région ayant la charge la plus élevée de retard de croissance et de déficit pondéral sont l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, le Soudan et le Yémen, où la prévalence du retard de croissance est comprise entre 33,5 % et 46,5 % et celle du déficit pondéral entre 25 % et 39 %. Le taux de modification annuel pour la prévalence du retard de croissance indique que plusieurs pays (Égypte, Liban, Maroc, Palestine) sont en voie d'atteindre la cible fixée pour 2025 concernant ce problème de santé.

Malgré les engagements mondiaux en faveur de la promotion de l'allaitement au sein exclusif, le niveau de pratique dans la Région reste toujours faible, soit 34 %. Le taux d'application du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans la Région demeure en-deçà de la cible mondiale (50 %). Une évaluation régionale menée en 2014 a montré que seuls cinq pays appliquent intégralement ce Code ; 10 pays l'appliquent partiellement et six ne l'appliquent pas du tout. Une consultation régionale a été organisée afin de discuter des moyens d'accélérer l'application du Code. Ces discussions se sont conclues par une déclaration de politique régionale et un plan d'action sur le besoin urgent de mise en œuvre complète du Code et des résolutions y afférentes de l'Assemblée mondiale de la Santé, qui ont été diffusés à l'ensemble des ministères de la Santé en vue de leur application. L'OMS collabore avec les pays afin de surveiller la mise en œuvre du plan.

Au niveau régional, le surpoids et l'obésité chez les enfants de moins de cinq ans ont augmenté, passant de 5,8 % à 8,1 % entre 1990 et 2012, ce qui est supérieur à la moyenne mondiale de 6,7 %. La prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents (13-15 ans) est très forte, en particulier dans les pays du groupe 1 et certains pays du groupe 2. La plupart des pays de ces groupes ont des taux de surpoids et d'obésité supérieurs à la valeur médiane mondiale de 21,7 %. Des données ne sont actuellement disponibles dans la Région que pour deux groupes d'âge, à savoir les moins de cinq ans et les 13-15 ans.

Les défis auxquels font face les programmes de nutrition dans la Région, notamment dans les pays appartenant au groupe 3, sont énormes. La nécessité d'augmenter l'engagement et la priorité accordée à la nutrition dans l'ensemble des pays est urgente. Une réunion interpays sur la nutrition a été organisée en juin 2015 en vue de guider les États Membres pour la mise en œuvre des recommandations de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2). Un ensemble de sept initiatives prioritaires ont été identifiées au cours de la réunion. Un cadre régional sera préparé en 2015 afin de traduire ces priorités en actions concrètes pour leur mise en œuvre durant la prochaine période biennale et au-delà.

Vieillesse et santé des groupes spéciaux

Malgré les priorités concurrentes, plusieurs pays ont pris des mesures pour renforcer les efforts dans les domaines du vieillissement actif et en bonne santé et de la santé des groupes spéciaux. Les pays accordent actuellement une attention particulière au renforcement des programmes concernant le vieillissement actif et en bonne santé et à la mise

en œuvre du plan d'action mondial pour la santé des travailleurs. L'initiative sur les soins de santé primaires accessibles à la population âgée a été mise en œuvre dans certains pays et les résultats sont utilisés en vue d'améliorer la performance du programme.

Le Bureau régional a fourni un appui technique aux pays du Conseil de Coopération du Golfe afin de les aider à mettre au point des mécanismes leur permettant d'appliquer les normes en matière de santé au travail et de salubrité de l'environnement pour l'accréditation des hôpitaux et d'autres établissements de soins de santé, avec des rôles clairement identifiés pour les parties prenantes concernées. Un plan d'action détaillé comprenant des indicateurs de processus et un calendrier a été élaboré pour développer les services concernant la santé des travailleurs dans ces pays. La collaboration avec le programme de santé mentale s'est poursuivie avec pour objectif de renforcer les services psychosociaux dans le contexte de la santé scolaire et d'institutionnaliser la promotion de la santé mentale et les services dans ce domaine. La situation d'urgence complexe qui prévaut dans 16 pays de la Région met en évidence le besoin d'intégrer une composante de santé mentale dans les programmes de santé scolaire. Un module de formation destiné aux enseignants a été finalisé et a fait l'objet d'un examen par des pairs et par des examinateurs extérieurs lors d'une Consultation régionale qui s'est tenue au Caire ; il sera testé dans cinq pays. Compte tenu de l'importance des écoles en tant que point d'accès à plusieurs interventions de santé publique, le besoin d'élaborer des critères intégrés pour des écoles-santé est en augmentation. L'action dans cette direction est continue et une nouvelle initiative sera lancée au cours de la seconde moitié de 2015.

Violence, traumatismes et handicaps

La Région vient en deuxième place parmi les régions de l'OMS pour le taux de mortalité imputable aux accidents de la circulation (21,3 pour 100 000 personnes par rapport au taux mondial de 18,3 pour 100 000 personnes). Bien que la majorité des décès surviennent dans les pays à revenu intermédiaire, les pays à revenu élevé ont le taux de mortalité le plus élevé parmi les pays similaires dans le monde. Les accidents de la circulation représentent évidemment une sérieuse préoccupation pour tous les pays de la Région indépendamment de leur niveau de revenu. De graves lacunes sont persistantes dans la mise en œuvre exhaustive d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité et ayant fait leur preuve. Bien que la majorité des pays aient appliqué certains des aspects de ces interventions, ces dernières n'ont pas été mises en œuvre en tant qu'ensemble englobant tous les éléments essentiels, ce qui a un impact sérieux sur l'efficacité de ces interventions.

L'inadaptation de l'engagement politique, l'insuffisance de la coordination et de l'action multisectorielle, la faiblesse de l'application, de la mise en œuvre et de l'évaluation des cadres



Photo : ©OMS/Sim Ramo

↑ Le Gouvernement d'Afghanistan a lancé son premier protocole de traitement pour les prestataires de services de santé en vue de renforcer la réponse du secteur de la santé à la violence à l'encontre des femmes

législatifs et politiques, la sous-notification et la fragmentation de multiples systèmes de données ainsi que les graves lacunes dans les soins post-traumatiques et les services de réadaptation font partie des défis dans ce domaine. Le secteur de la santé a encore besoin d'assumer pleinement son rôle en vue de lutter contre les traumatismes et de les prévenir.

Une réunion régionale de planification pour la prévention des accidents destinée aux points focaux du ministère de la Santé a été organisée. Au cours de cette réunion, les pays ont identifié les activités prioritaires en vue de les intégrer au sein de leurs plans nationaux. Un cadre régional pour la sécurité routière a été élaboré en consultation avec les pays et des experts externes. Les pays ont achevé l'exercice de notification pour le rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2015 qui suivra les progrès accomplis durant la Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020. Une méthodologie normalisée pour l'estimation du coût des traumatismes dus aux accidents de la route a été mise au point et fera l'objet d'essais en 2015. Un instrument régional permettant d'établir le profil des systèmes de soins traumatologiques a été testé dans trois pays, préparant ainsi le terrain pour un élargissement à d'autres pays.

Une réunion de haut niveau sur la sécurité routière est prévue pour le début de l'année 2016 afin d'augmenter l'engagement politique et de convenir d'actions concrètes pour des progrès accélérés durant la deuxième moitié de la décennie d'action. En préparation de cette réunion, une consultation d'experts sera organisée pour finaliser le cadre d'action spécifique afin d'examiner le document de référence pour la réunion qui est en préparation par l'OMS avec la *Johns Hopkins Bloomberg School of Public*

Health. Ce document présentera la plupart des informations sur la charge des traumatismes dus aux accidents de la circulation dans la Région ainsi que les recommandations pragmatiques pour les trois groupes de pays, s'appuyant sur des travaux connexes de l'OMS, y compris le rapport de situation mondial 2015, et prenant en compte les développements survenus récemment au niveau mondial tels que les nouveaux objectifs de développement durable.

Dans le domaine de la prévention de la violence, le *Rapport de situation mondial sur la prévention de la violence 2014* comprend pour la première fois des informations sur différents aspects du problème de la violence dans seize pays de la Région, soit 63 % de la population. Le rapport montre que les pays à revenu faible et intermédiaire de la Région occupent la troisième place (7 pour 100 000 personnes) pour les taux d'homicide, parmi les pays similaires dans l'ensemble des régions de l'OMS. Plusieurs stratégies de prévention ayant fait l'objet d'un examen se sont avérées être disponibles. Cependant, la mise en œuvre de ces stratégies doit être évaluée. En 2015, des dialogues de politiques au niveau national seront menés dans trois pays sur les résultats du rapport mondial, en vue d'élaborer des plans d'action bien précis afin de combler les lacunes identifiées.

Le projet de plan d'action mondial visant à renforcer le rôle des systèmes de santé dans la lutte contre les violences interpersonnelles, notamment à l'encontre des femmes et des jeunes filles ainsi que des enfants, a été examiné lors d'une consultation régionale. En préparation de la mise en œuvre, une analyse des parties prenantes, ainsi qu'une évaluation de la situation actuelle et des efforts en vue de faire face aux violences à l'encontre des femmes et des jeunes filles et des enfants seront menées.



↑ Publications récentes sur les soins oculaires et auditifs primaires

Depuis le lancement de l'initiative mondiale de l'OMS Vision 2020 : le droit à la vue, des progrès ont été réalisés dans certains pays en matière de développement et de renforcement des services de soins oculaires, y compris l'augmentation de la prise en conscience à ce sujet et de l'utilisation effective de ces services, l'intégration des soins de santé primaires et d'indicateurs pertinents au sein des systèmes d'information sanitaire. Cependant, il n'y avait pas de preuves systématiques de l'impact des actions menées par les pays sur la prévalence de la cécité évitable. Plus de la moitié des pays (Arabie saoudite, Afghanistan, Bahreïn, Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Libye, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, Soudan) ont élaboré ou préparent des plans de santé oculaire conformément au plan d'action mondial de l'OMS vers la santé oculaire

universelle, suivant le renforcement des capacités régionales mené en collaboration avec la branche de l'Organisation mondiale de lutte contre la cécité pour la Région de la Méditerranée orientale. En général, le secteur public dans les États Membres n'investit pas suffisamment en vue de lutter contre la cécité et les déficiences visuelles et de prévenir ces affections.

La réalisation de l'objectif d'élimination de la cécité évitable d'ici 2020 dépend de la capacité des systèmes de santé à renforcer leurs efforts. Ceci nécessite l'élaboration et l'intégration des soins de santé oculaire au sein du système de santé général conformément au plan d'action mondial 2014-2019 concernant la santé oculaire universelle.

Éducation sanitaire et promotion de la santé

La Région a la prévalence la plus élevée au monde pour la sédentarité chez les adultes. Selon les recommandations de l'Assemblée mondiale de la Santé et du Comité régional, un forum régional multisectoriel de haut niveau sur une approche de promotion de l'activité physique à toutes les étapes de la vie a été organisé à Dubaï (Émirats arabes unis). Ce forum s'est conclu par un appel régional à l'action en matière d'activité physique, avec un ensemble d'interventions destinées à des secteurs spécifiques. Un Comité consultatif régional a été établi en vue de soutenir la mise en œuvre de cette action.

Une enquête sur l'évaluation des capacités nationales en matière de développement et de mise en œuvre des politiques et des programmes concernant l'activité physique a été étendue de 12 à 16 pays. En 2015, l'OMS a accordé son attention au renforcement des capacités nationales en vue d'élaborer des plans d'action



↑ Publications récentes sur la promotion de l'activité physique

régionaux multisectoriels pour l'activité physique et des plans de marketing social ainsi que des campagnes d'information de masse. En outre, en partenariat avec le Centre collaborateur de l'OMS pour l'activité physique, la nutrition et l'obésité de Sydney (Australie), un module de formation a été mis au point sur l'information de masse et le marketing social en matière d'activité physique et d'alimentation saine, en vue de soutenir les pays dans la mise en œuvre des options les plus rentables dans ce domaine.

Déterminants sociaux de la santé et égalité entre les sexes

Au cours de la période biennale actuelle (2014-2015), 14 pays ont les déterminants sociaux de la santé dans leurs plans de travail, mettant principalement l'accent sur la mise en œuvre de la déclaration politique de Rio sur les déterminants

sociaux de la santé ; sur une intégration efficace des déterminants sociaux de la santé dans les programmes de santé ; sur le renforcement des capacités des pays en matière de prise en compte de la santé dans toutes les politiques, l'action intersectorielle et l'engagement social en vue de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé.

Une analyse préliminaire a été préparée par l'OMS et *The Institute of Health Equity* [Institut d'équité sanitaire] liant les déterminants sociaux et environnementaux de la santé aux inégalités en matière de santé. L'examen de l'analyse a révélé de graves inégalités dans les pays. Les défis identifiés comprenaient un engagement politique insuffisant, des données inadéquates sur l'inégalité et une faible collaboration intersectorielle.

.....

Au cours d'une réunion technique sur les déterminants sociaux de la santé et les inégalités en matière de santé qui s'est tenue juste avant la soixante et unième session du Comité régional, les États Membres ont conclu que les cinq priorités essentielles concernant la santé dans la Région ne pouvaient pas être traitées efficacement sans s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé. Ils ont demandé à l'OMS de fournir des orientations stratégiques précises en vue de renforcer l'action intersectorielle et les politiques pangouvernementales et de faire face aux inégalités en matière de santé. Suite à une consultation régionale tenue en République islamique d'Iran au début de l'année 2015, quatre pays participent actuellement à un projet pilote en vue de mener une analyse approfondie des déterminants sociaux de la santé en tant que point de départ.

Santé et environnement

En 2013, le Comité régional a approuvé une stratégie régionale pour la santé et l'environnement et un cadre d'action dans ce domaine pour la période 2014–2019. Seuls neuf pays ont indiqué que la salubrité de l'environnement constituait une priorité pour 2014-2015 ; néanmoins, la plupart des pays ont mené des activités ayant trait à la protection de la santé publique contre les risques environnementaux. L'approche d'évaluation et de gestion basée sur le risque présentée dans les lignes directrices sur la qualité de l'eau de boisson et la réutilisation des eaux usées de l'OMS a été encouragée et adaptée pour servir les besoins régionaux et nationaux spécifiques. Jusqu'à présent, 15 pays ont mis à jour leurs normes nationales pour la qualité de l'eau de boisson, conformément aux lignes directrices, et un projet pilote sur l'utilisation des eaux usées pour l'agriculture a été lancé en Jordanie. Huit pays ont adopté des plans de prévention de la

sécurité sanitaire de l'eau et 11 pays ont renforcé leur secteur national de surveillance de l'eau et de l'assainissement, dans le cadre de l'Analyse et de l'évaluation mondiales de l'ONU-Eau sur l'assainissement et l'eau potable (GLAAS). Tous les pays ont participé au Programme commun OMS/UNICEF de suivi de l'approvisionnement en eau et de l'assainissement, dont l'issue a montré que la grande majorité des pays ont atteint ou sont en bonne voie pour atteindre les cibles de l'ODD 7 concernant l'eau et l'assainissement.

La réponse de santé publique au changement climatique et à la pollution atmosphérique a fait l'objet de discussions lors des réunions techniques qui ont précédé la soixante et unième session du Comité régional ainsi que lors d'une consultation régionale d'experts. Les États Membres sont engagés à lutter contre les risques pour la santé liés à l'environnement dans le contexte du système de santé publique, en partenariat avec d'autres parties prenantes. Plusieurs pays de la Région ont contribué avec enthousiasme et efficacité à la Conférence de l'OMS sur la santé et le climat qui s'est tenue à Genève. Les pays du Conseil de coopération du Golfe ont élaboré et adopté des normes sanitaires liées à l'environnement et au



Photo: ©OMS

↑ Plus de 200 inspecteurs de santé publique ont été formés au Liban à l'échantillonnage standard des aliments et l'inspection fondée sur les bonnes pratiques de fabrication et les listes de contrôle standard de l'OMS



Photo : © Centre régional OMS pour les activités d'hygiène de l'environnement

↑ Lors d'un cours sur l'exposition à des substances chimiques et les soins traumatologiques organisé par le Centre régional OMS pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA), des participants de la Région ont été formés en tant que premiers intervenants face aux incidents chimiques

travail pour l'accréditation des établissements de soins de santé.

Des lignes directrices pour la législation relative à la sécurité sanitaire des aliments ont été élaborées et on a encouragé le recours au *Codex Alimentarius* dans la Région en 2014. Plusieurs pays ont renforcé leurs capacités dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments, et notamment de l'échantillonnage, de l'inspection et du contrôle. Une initiative régionale d'évaluation de la sécurité sanitaire des aliments a été lancée, visant à établir un profil dans ce domaine pour au maximum 16 pays d'ici la fin du mois de septembre 2015. Le but est d'évaluer les forces et les faiblesses

des systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments et d'identifier les actions prioritaires requises pour combler les lacunes identifiées. Cette initiative « De la ferme au consommateur » permettra d'augmenter les capacités des pays pour prévenir, détecter et gérer les risques et les flambées épidémiques associés aux maladies transmises par des aliments.

Afin de soutenir la préparation et la riposte aux situations d'urgence dans la Région, des stocks renouvelables régionaux de fournitures utilisées dans le domaine de la salubrité de l'environnement ont été établis au Pakistan et aux Émirats arabes unis. Par ailleurs, beaucoup de pays utilisent désormais le système de surveillance des maladies et d'alerte précoce afin de pouvoir surveiller et prévoir les maladies liées à l'environnement. Dans huit pays, les prestataires de services de santé ont vu leurs capacités renforcées en matière de riposte aux accidents chimiques et de soins traumatologiques suite à une exposition à des agents chimiques nocifs. Des ressources scientifiques et des matériels de formation ont été mis à la disposition des pays dans plusieurs langues. Les capacités nationales en matière de préparation et de riposte aux événements d'origine chimique, radionucléaire et de sécurité sanitaire des aliments ont été renforcées, conformément au Règlement sanitaire international (2005).

Maladies non transmissibles

Cadre d'action régional

Sur la base du cadre d'action régional, on a continué de mettre l'accent sur l'intensification de 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. Depuis son adoption par le Comité régional en 2012, le cadre d'action a été mis à jour chaque année et un ensemble d'indicateurs de processus destinés à guider les États Membres dans l'évaluation des progrès concernant la mise en œuvre des interventions stratégiques a été mis au point.

La Région a fait preuve d'un très fort engagement et a pris d'importantes initiatives pour le suivi de la stratégie mondiale et de la Déclaration politique de 2011. En 2014, la seconde réunion régionale annuelle a été l'occasion pour les États Membres non seulement d'examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre du cadre d'action régional mais aussi d'apporter une importante contribution aux discussions des États Membres à New York en vue de préparer le document final de la réunion de haut niveau de l'Assemblée générale consacrée à un examen et à une évaluation approfondis des progrès accomplis dans la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. La plupart des recommandations que les États Membres de la Région ont soumises aux modérateurs et aux États Membres à New York ont été prises en compte dans le document final approuvé par la réunion de haut niveau en juillet 2014. La seule exception concerne la recommandation



↑ Un groupe d'experts aborde la prévention des maladies non transmissibles au cours de la soixante et unième session du Comité régional à Tunis (Tunisie)

demandant la création d'un mécanisme de suivi fondé sur un ensemble d'indicateurs spécifiques en vue d'évaluer les progrès accomplis par les pays entre 2014 et la prochaine réunion d'examen de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2018.

L'importance critique que représente la mise en place d'un tel mécanisme de suivi a ensuite été évoquée de nouveau par les États Membres durant la soixante et unième session du Comité régional en octobre de la même année. Une résolution a été votée, invitant le Directeur général à publier, avant la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, une note technique sur la manière dont l'OMS rendra compte des progrès accomplis par les pays pour être soumis à la prochaine réunion de haut niveau à New York en 2018. Les indicateurs de processus fixés dans le cadre d'action régional ont contribué à la note technique finale publiée par le Directeur général en mai 2015.

Entretemps, l'OMS a collaboré très étroitement avec les États Membres sur plusieurs initiatives importantes pour mettre en œuvre les principaux engagements inclus dans les quatre domaines du cadre d'action régional, à savoir la gouvernance, la surveillance, la prévention et les soins de santé.

Gouvernance

Si 38 % des pays ont une stratégie et/ou un plan d'action opérationnel(le)(s) multisectorielle(s) pour les maladies non transmissibles, seuls un cinquième d'entre eux ont fixé des cibles pour 2025 s'appuyant sur les orientations de l'OMS pour tenir les engagements assortis d'échéances décrits dans le document final de 2014. L'OMS collabore étroitement avec un certain nombre de pays (République islamique d'Iran, Liban, Maroc, Oman, Soudan, Tunisie et Yémen) pour intensifier l'élaboration de plans d'action multisectoriels, comprenant l'établissement de cibles nationales pour 2025.

L'OMS a mis au point des profils de pays décrivant la situation relative à chaque pays eu égard à la mise en œuvre des engagements, sur la base des indicateurs de processus figurant dans le cadre d'action régional. Ces profils ont été revus par les États Membres durant la session du Comité régional en octobre 2014, et continueront à faire l'objet d'examen réguliers durant les réunions des ministres qui se tiendront préalablement à l'Assemblée mondiale de la Santé et aux prochaines sessions du Comité régional.

Afin de renforcer les interventions fiscales et de soutenir les pays dans le domaine de la législation, l'OMS, en collaboration avec le Centre collaborateur de l'OMS de l'Université de Georgetown, a mis au point un tableau de bord des interventions juridiques clés permettant d'aborder les questions de la gouvernance, des régimes alimentaires, de la sédentarité et de la lutte antitabac. L'action se poursuivra en 2015 pour élaborer des orientations à l'intention des États Membres afin de mettre en œuvre chacune des interventions clés, sur la base de l'expérience internationale et des meilleures pratiques.

Prévention et maîtrise des facteurs de risque

L'action politique sur les facteurs de risque communs des principales maladies non transmissibles a été accélérée, visant en particulier à intensifier l'application des interventions d'un bon rapport coût-efficacité de manière avérée (« meilleures options ») en matière de prévention.

La lutte antitabac continue de faire face à d'importants défis, plus particulièrement ceux posés par la transition sociopolitique, l'influence de l'industrie du tabac et l'émergence de nouveaux produits. Il n'y a toujours que huit pays signataires du premier Protocole à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Un appui politique et technique en vue de la ratification de la Convention-cadre de l'OMS et du Protocole doit être maintenu par l'ensemble des pays. Le Bureau régional a aidé les États Membres à rédiger deux décisions de la Conférence des Parties à la Convention-cadre de l'OMS. L'une concerne la lutte contre les produits du tabac pour pipe à eau et l'autre a trait à la cible mondiale pour la réduction du tabagisme. Cette dernière permettra aux États Membres de faire rapport à la Conférence sur les progrès accomplis dans la réalisation de la cible de réduction de 30 % d'ici à 2025. Suite à une consultation régionale, la mise en place d'observatoires nationaux pour tracer la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage dans les œuvres de fiction est prévue pour 2015 dans trois pays. Plusieurs pays ont bénéficié d'un soutien pour le renforcement des capacités en matière de taxes sur le tabac. Une liste de contrôle est en cours de mise au point afin d'aider les pays à élaborer une législation nationale conforme aux obligations internationales. Un ensemble de documents régionaux ont été produits pour

la Journée mondiale sans tabac et ils portent essentiellement sur les taxes, la lutte antitabac, les mesures MPOWER et l'industrie du tabac.

On accorde une attention soutenue à la nutrition. L'apport en sel actuel dans la Région est en moyenne de plus de 10 g par personne par jour, soit le double du niveau recommandé par l'OMS (5 g par personne par jour). Des orientations techniques, basées sur l'examen approfondi des bases factuelles et de l'expérience internationale, ont été mises au point sous la forme de déclarations de politiques sur la réduction des apports en graisses et en sel dans les pays. Le Koweït et le Qatar ont réduit de 20 % la teneur en sel du pain en une année. La République islamique d'Iran a instauré une teneur en sel maximale pour certains produits alimentaires. Cette dernière a par ailleurs publié un décret pour réduire le teneur en graisses trans à moins de 2 % dans les produits industriels à base d'huile. Cette mesure a permis de réduire les importations d'huile de palme à hauteur de 30 % des importations totales d'huile en 2014 et permettra de réduire de nouveau ce niveau de 15 % en 2015. Les pays du Conseil de coopération du Golfe élaborent une législation afin d'éliminer les graisses trans dans toutes les denrées alimentaires produites localement ou importées. Cinq pays disposent désormais de recommandations diététiques fondées sur l'approche alimentaire, et sept pays ont mis au point et testent un modèle de profils nutritionnels afin de pouvoir améliorer l'étiquetage des denrées alimentaires et promouvoir des aliments sains.

Les priorités stratégiques pour l'OMS durant la prochaine période biennale sont de se concentrer principalement sur l'aide à apporter aux pays pour mettre en œuvre les déclarations de politiques, préparer des plans d'action nationaux, revoir la législation et les normes pour les produits

↑ Aide-mémoire sur la lutte antitabac

alimentaires qui ont une forte teneur en graisses et en sel, promouvoir la recherche concernant la réduction des apports en graisses et en sel et établir des orientations régionales pour la définition de profils nutritionnels. Une formation est en préparation, en collaboration avec l'Université de Liverpool, sur la réduction de la commercialisation des aliments ayant une forte teneur en sels, sucres et graisses. L'objectif est de renforcer les capacités des États Membres en vue de la mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées auprès des enfants.

Une initiative visant à contrecarrer la commercialisation libre de produits nocifs, en particulier auprès des enfants, a été annoncée durant la session du Comité régional; elle sera lancée en 2015. Toujours en collaboration

avec l'Université de Liverpool, l'OMS recense maintenant les progrès réalisés par 15 pays dans la mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinées aux enfants. Un cours d'une durée de trois jours pour renforcer les capacités légales et faire avancer l'action sur les recommandations a aussi été élaboré et sera mis en œuvre en 2015. L'OMS travaille avec des experts mondiaux pour préparer un projet de feuille de route pour contrecarrer la commercialisation déréglementée, et sans entraves, de produits malsains.

Comme indiqué dans la section qui précède, un comité consultatif régional a été créé afin de soutenir la mise en œuvre de l'appel régional à l'action en matière d'activité physique et un module de formation sur les moyens de communication de masse et le marketing social dans le domaine de l'activité physique et de l'alimentation saine est en préparation.

Surveillance, suivi et évaluation

La priorité stratégique est de renforcer les capacités des pays à mettre en œuvre et développer davantage le cadre de surveillance de l'OMS. Les principaux indicateurs au titre des trois composantes du cadre – suivi des risques sanitaires et des déterminants de la santé, surveillance des résultats (morbidity et mortalité spécifique par cause) et capacité et réponse des systèmes de santé – ont été intégrés dans le cadre d'information sanitaire national approuvé par le Comité régional lors de sa soixante et unième session. La création d'un réseau d'experts internationaux pour soutenir les pays dans la mise en œuvre du cadre en tant que partie intégrante de leurs systèmes nationaux d'information sanitaire représente une priorité dans le domaine de la surveillance. En

collaboration avec le Réseau de santé publique de la Méditerranée orientale, un séminaire-atelier de formation sur la surveillance des maladies non transmissibles a été organisé pour des experts régionaux potentiels, suite à l'élaboration d'un module de formation régional. Cette activité fera l'objet d'un suivi et sera renforcée en 2015.

En 2014, deux pays (le Koweït et le Pakistan) ont complété l'enquête STEPwise (surveillance par étapes) et six pays s'apprêtaient à réaliser leur enquête (Djibouti, Jordanie, Maroc, Somalie, Soudan et Tunisie). L'enquête mondiale sur le tabagisme chez l'adulte a été menée à terme au Pakistan et au Qatar, alors que l'Arabie saoudite et Oman sont actuellement en train de la réaliser. Cinq pays (Égypte, Iraq, Jordanie, Soudan et Yémen) ont achevé les cycles répétés de l'enquête mondiale sur le tabagisme chez les jeunes.

Des analyses (SIMSMOKE) ont été réalisées dans 14 pays et les résultats permettront de prédire l'impact sur la santé d'une mise en œuvre intégrale des mesures MPOWER pour ce qui est de réduire le tabagisme et d'atteindre la cible du cadre global mondial de suivi des maladies non transmissibles.

En collaboration avec le Centre international de la recherche sur le cancer (CIRC), le registre du cancer a été évalué dans quatre pays, et les capacités nationales pour mettre en place des registres du cancer ont été renforcées.

Soins de santé

La stratégie principale permettant d'améliorer les soins de santé pour les personnes atteintes par les quatre principaux groupes de maladies non transmissibles (maladies cardio-vasculaires, diabète sucré, maladie respiratoire chronique et cancer) est d'intégrer leur prise en charge

.....

dans les soins de santé primaires. Une attention particulière a été accordée à la réalisation de la cible mondiale 8 fixée pour 2025, à savoir au moins 50 % des personnes remplissant les conditions bénéficiant d'une chimiothérapie et de conseils (y compris pour le contrôle de la glycémie) pour prévenir les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux, et la cible mondiale 9, à savoir disponibilité et accessibilité financière d'au moins 80 % pour les technologies de base et les médicaments essentiels requis.

Sur la base d'une enquête en ligne réalisée en 2014/2015, seuls huit pays utilisaient une approche recommandée par l'OMS pour identifier les patients à risque élevé d'infarctus du myocarde et d'accident vasculaire cérébral ; seuls 60 % des pays avaient inclus un ensemble minimal défini par l'OMS de sept médicaments destinés à réduire le risque d'infarctus du myocarde et d'accidents vasculaires cérébraux dans leur ensemble de soins de santé primaires. Le Bureau régional a préparé un cadre d'action pour le renforcement de l'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles courantes, avec une attention particulière pour l'hypertension et le diabète, dans les soins de santé primaires et est en train de préparer un ensemble d'outils à l'appui de la mise en œuvre de ce cadre d'action, y compris des approches faisables pour s'attaquer aux contraintes des systèmes de santé.

L'accès à des traitements anticancéreux de qualité est une priorité pour la Région. Suite à une consultation d'experts sur l'amélioration des soins du cancer, un programme de travail conjoint entre l'OMS et le CIRC a été mis en route en 2014. Une action est en cours pour élaborer des options politiques régionales concernant des approches pratiques du renforcement des soins du cancer, avec une attention particulière pour l'organisation

des soins, les médicaments et la technologie essentiels, le financement, le suivi et l'évaluation, et les domaines de recherche prioritaires.

La prise en charge des maladies non transmissibles représente un défi majeur durant les situations d'urgence et les crises qui touchent malheureusement plus de la moitié des pays de la Région. Une analyse de la situation régionale a été menée pour analyser les problèmes que rencontre la prestation de soins essentiels, en mettant l'accent sur les pays touchés par la crise syrienne. Outre les contraintes qui caractérisent les systèmes de santé, lesquelles sont exacerbées durant les crises, le manque d'orientations claires et d'outils pour l'amélioration de l'accès aux interventions permettant de sauver des vies, y compris les médicaments et les technologies, fait actuellement l'objet du plus haut niveau d'attention dans l'action de l'OMS en 2015 et dans les années qui suivront.

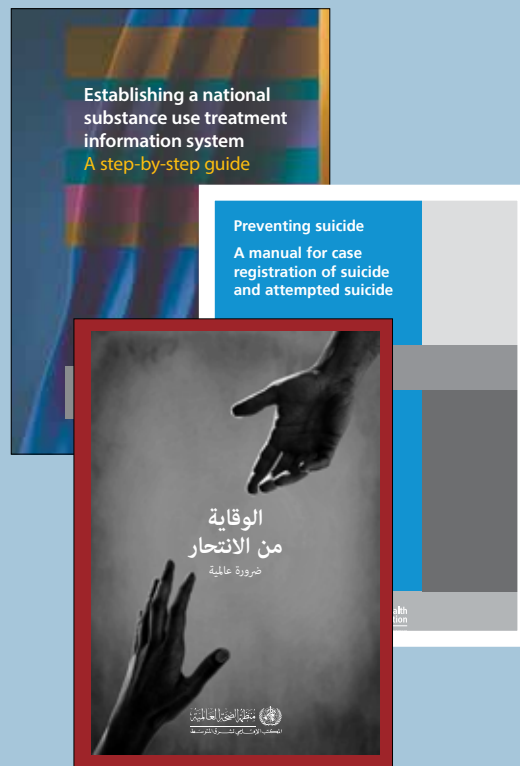
Santé mentale et abus de substances psychoactives

L'ampleur considérable des troubles de santé mentale et des troubles dus à l'abus de substances psychoactives fait l'objet de plus en plus d'attention en tant que problème de santé publique, suite à l'adoption par l'Assemblée mondiale de la Santé du Plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020. Certains pays de la Région qui connaissent des situations d'urgence complexes ont donné une impulsion majeure pour faire une plus large place aux programmes de santé mentale et de lutte contre les abus de substances psychoactives, augmentant ainsi les besoins et la demande en services de santé mentale et de soutien psychosocial. L'ensemble des pays de la Région ont réalisé des avancées sur la voie de l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires.

Néanmoins, quel que soit le groupe auquel appartiennent les pays, on continue d'observer un important déficit en matière de traitement, compris entre 76 % et 85 %. L'enquête ATLAS, achevée en 2014 pour évaluer les capacités et les ressources disponibles pour la santé mentale et les l'abus de substances psychoactives, a contribué à identifier les lacunes dans les domaines de la politique et de la législation, la prestation de service, la promotion de la santé et la prévention des maladies, et l'information, les bases factuelles et la recherche.

Dans le domaine des politiques et de la législation, seuls 55 % des pays ont des politiques qui ont été mises au point ou actualisées au cours des cinq dernières années alors que seulement cinq pays ont une législation qui a été mise à jour ces cinq dernières années. Un soutien technique a donc été apporté aux pays pour développer ou mettre à jour les politiques, stratégies et la législation nationaux en matière de santé publique, conformément au plan d'action mondial et à la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées.

L'action de l'OMS est guidée par le plan d'action mondial. Ce plan est complet et couvre les différentes dimensions du problème que représente la santé mentale. Pour que le plan prenne en compte les priorités régionales, il a été décidé de se concentrer, dans notre action auprès des États Membres et des partenaires, sur l'élaboration d'un cadre d'action régional contenant un ensemble de stratégies et d'interventions à fort impact et s'appuyant sur des bases factuelles qui sont particulièrement pertinentes et qu'il est possible de mettre en œuvre dans les trois groupes de pays. Ce cadre d'action a été mis au point dans le cadre d'un travail intensif avec des experts régionaux et internationaux. Il englobe un ensemble



↑ Publications récentes sur la santé mentale

d'interventions à fort impact et s'appuyant sur des bases factuelles dans chacune des quatre composantes clés : gouvernance, prévention et promotion de la santé, soins de santé et surveillance. Le cadre d'action sera présenté au Comité régional pour examen en octobre 2015.

Comme mentionné ci-dessus, une proportion significative des pays connaissent des situations d'urgence humanitaire, ce qui a entraîné une augmentation des taux de troubles mentaux et de détresse d'une part et a provoqué une détérioration des services disponibles d'autre part. L'appui au renforcement des capacités des personnels chargés de la riposte aux situations d'urgence afin de fournir des services de santé mentale et de soutien psychosocial été apporté en coordination avec d'autres institutions des Nations

Unies et organisations non gouvernementales, notamment dans les pays touchés par les crises syrienne et iraquienne. Du personnel a été recruté pour fournir ce type de soutien en Iraq et en République arabe syrienne. Toutefois, une action est aussi requise pour renforcer ce soutien dans d'autres pays, y compris en Libye et au Yémen.

L'abus de substances psychoactives est un sujet de préoccupation majeur dans un nombre croissant

de pays. Afin de mettre au point une réponse cohérente face à ce problème dans la Région, un cadre d'action pour renforcer la réponse de santé publique a été mis au point en collaboration avec d'autres institutions des Nations Unies et d'autres parties prenantes régionales. Ce cadre d'action est soutenu par des examens de politiques qui peuvent aider les pays à présenter en détail leur position à la session spéciale sur les drogues de l'Assemblée générale des Nations Unies en avril 2016.

Maladies transmissibles

Éradication de la poliomyélite

En 2014, des progrès considérables ont été accomplis au plan mondial sur la voie de l'éradication de la poliomyélite. La maladie reste toutefois endémique dans la Région. Sur les 215 cas de poliomyélite notifiés dans le monde durant la seconde moitié de l'année 2014, 213 (99 %) sont survenus dans la Région de la Méditerranée orientale (Pakistan 192 cas, Afghanistan 20 cas et Somalie 1 cas). L'Iraq et la République arabe syrienne ont également signalé des cas de poliomyélite durant les six premiers mois de 2014 (deux cas et un cas respectivement).

Le Pakistan a connu le taux le plus élevé de transmission du poliovirus sauvage depuis plus de dix ans. Le pays a été confronté à des difficultés importantes et uniques, notamment l'interdiction de la vaccination par des groupes armés dans certaines parties des zones tribales sous administration fédérale (FATA) qui a limité l'accès aux enfants, et de multiples attaques mortelles perpétrées à l'encontre d'agents de première ligne durant des campagnes de vaccination antipoliomyélique dans plusieurs parties du pays. Les agents de santé communautaires et les volontaires ont continué de faire preuve d'un grand courage dans leurs activités de vaccination. Outre les problèmes d'accès et de sécurité, des questions relatives à la gouvernance, aux opérations et à la communication ont entravé les efforts d'éradication dans les zones endémiques du pays.



↑ La riposte multipays à la flambée au Moyen-Orient fin 2013 a permis d'éviter une épidémie majeure, grâce à des campagnes de vaccination en République arabe syrienne et dans les pays voisins

L'Afghanistan a été marqué par une transmission endémique et l'importation du poliovirus sauvage à partir du Pakistan, les obstacles entravant l'accès et la mauvaise qualité de certaines campagnes ont rendu difficile de vacciner chaque enfant, en particulier dans les régions orientale et méridionale. Néanmoins, le programme national a poursuivi la mise en œuvre de ses activités avec une grande détermination.

En 2015, si cette tendance se poursuit, il est fort probable que l'Afghanistan et le Pakistan soient les deux seuls pays du monde connaissant une transmission active du poliovirus sauvage. Ce type de transmission représente actuellement la plus grande menace à la réalisation de l'éradication mondiale de la maladie. La propagation du virus à partir de ces réservoirs constitue un risque tangible pour les pays de la Région qui sont libérés ou exempts de la maladie.

Le Pakistan est en train de mettre en œuvre un plan d'action détaillé pour la saison de faible transmission du poliovirus (décembre 2014 à mai 2015), en se concentrant sur des stratégies novatrices et sur les zones de transmission endémique dans le pays. L'Afghanistan dispose

également d'un plan d'action d'urgence visant à garantir un niveau d'immunité élevé pour l'ensemble de la population, tout en interrompant la transmission dans les zones infectées restantes. La mise en œuvre intégrale de ces plans sera essentielle pour effectuer des progrès vers l'éradication en 2015. L'examen de l'épidémiologie durant la première moitié de 2015 démontre déjà une tendance positive, s'accompagnant d'une importante réduction du nombre de cas par rapport à 2014.

Le défi que constitue la propagation de la poliomyélite dans la Région a entraîné une intervention sans précédent de la part des États Membres. La riposte engagée par plusieurs pays contre la flambée de cas au Moyen-Orient, qui a commencé fin 2013, a été rapide, coordonnée et de haute qualité. Par ailleurs, en dépit des conflits et des déplacements de populations dans les pays touchés ainsi que dans les pays voisins, cette riposte a permis d'éviter une épidémie majeure. La République arabe syrienne n'a pas signalé de cas confirmé de poliomyélite depuis janvier 2014 et l'Iraq depuis avril 2014. Dans la Corne de l'Afrique, suite à une riposte soutenue menée par plusieurs pays contre la flambée de cas, les données indiquent que la transmission en Somalie commence à être maîtrisée avec seulement cinq cas signalés en 2014, dont le dernier est apparu en août 2014.

Le partenariat pour la poliomyélite renforce son soutien aux deux pays endémiques au moyen d'interventions multiples, dont les suivantes : déploiement des meilleurs professionnels disponibles ; mobilisation des ressources pour mettre en œuvre complètement toutes les activités prévues ; élaboration de mécanismes de coordination solides sous la tutelle des centres opérationnels d'urgence aux niveaux fédéral et



Photo : ©OMS

↑ Visite du Directeur régional dans un camp de personnes déplacées à Mogadiscio en Somalie pour observer la campagne de vaccination antipoliomyélitique

provincial ; suivi étroit des progrès au moyen de l'élaboration d'un cadre de suivi global et de l'examen régulier du programme par le groupe consultatif technique ; et mise en œuvre d'un cadre de redevabilité strict pour garantir un haut niveau de performance du personnel.

En 2015, l'OMS intensifiera son soutien aux gouvernements d'Afghanistan et du Pakistan pour stopper la transmission endémique du poliovirus. L'OMS continuera à soutenir d'autres pays de la Région pour renforcer la sensibilité des systèmes de surveillance et améliorer la capacité à détecter rapidement toute importation de poliovirus et à y riposter efficacement. Les mécanismes du Règlement sanitaire international (RSI 2005) sont utilisés afin de réduire le risque de propagation internationale du poliovirus et de permettre une riposte énergique face aux nouvelles flambées de poliomyélite dans les pays libérés de la maladie. Un appui sera fourni aux États Membres pour l'élaboration de plans d'action en vue du retrait progressif du vaccin antipoliomyélitique oral et de l'endiguement des poliovirus sauvages et dérivés de souches vaccinales.

Le Groupe consultatif islamique créé au niveau régional et un groupe consultatif national au Pakistan encouragent les efforts d'éradication de

la poliomyélite ainsi que la vaccination contre la maladie en général. Le champ d'action de ce Groupe sera élargi pour aider à prendre en compte d'autres questions de santé prioritaires dans la Région.

VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

L'épidémie de VIH est toujours en augmentation bien que la prévalence globale demeure faible. Au niveau régional, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'un traitement antirétroviral a augmenté, passant de 32 000 en 2013 à 38 000 en 2014. Malgré ces progrès, la couverture par le traitement antirétroviral n'a pas augmenté de manière significative et demeure, à 10 %, toujours loin des cibles mondiales.

Dans le cadre de l'initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière de traitement

contre le VIH, l'OMS a fourni un soutien technique et financier aux pays prioritaires pour réviser leurs directives thérapeutiques et former les prestataires de soins de santé. Treize pays ont désormais des directives nationales conformes aux recommandations actuelles de l'OMS. Cinq pays ont bénéficié d'un soutien pour mener l'analyse en cascade « dépister-traiter-fidéliser », afin de fixer des objectifs en matière de dépistage et de traitement du VIH fondés sur des bases factuelles et d'élaborer des plans d'accélération du traitement. Six pays ont élaboré des plans stratégiques et opérationnels nationaux.

Un plan régional contre l'hépatite virale pour 2014-2015 a été élaboré et une recherche de fonds est en cours pour sa mise en œuvre. Les activités sont centrées essentiellement sur les deux pays fortement touchés qui ont par ailleurs mis au point des stratégies contre l'hépatite au niveau national.



↑ Publications récentes sur les maladies tropicales négligées

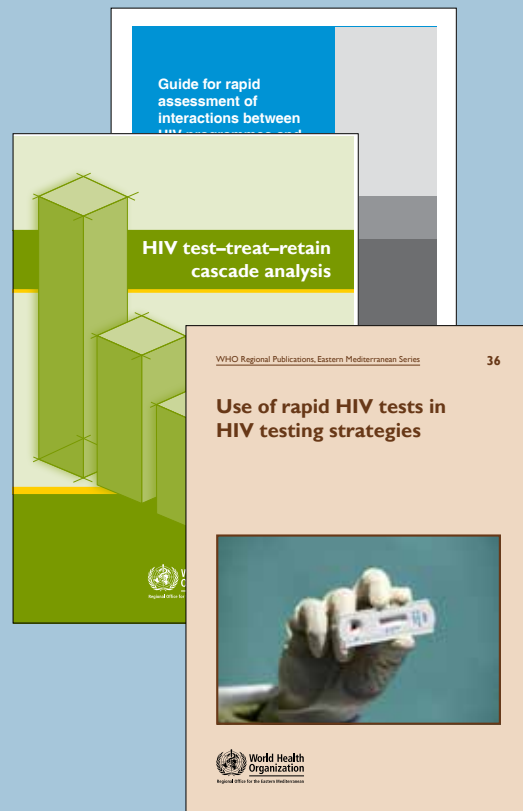
L'OMS prépare actuellement trois stratégies connexes du secteur de la santé pour le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. Deux consultations régionales seront organisées durant la première moitié de l'année 2015 pour fournir des contributions régionales aux stratégies sur le VIH et l'hépatite virale.

En 2013³, plus de 448 000 cas de toutes les formes de tuberculose ont été notifiés dans la Région. Près de la moitié de ces cas sont survenus dans deux pays à forte charge de tuberculose, l'Afghanistan et le Pakistan. Cependant, 40 % des cas estimés ne sont pas identifiés ou ne sont pas signalés dans la Région. Le taux de guérison était de 87 %, légèrement supérieur à la cible mondiale de 85 %, réalisation qui a été maintenue depuis deux ans.

Dix pays ont atteint ou dépassé la cible de 70 % de détection des cas et neuf pays ont atteint ou dépassé la cible mondiale de 85 % de taux de guérison. On a assisté à une amélioration lente mais régulière pour ce qui concerne la prise en charge des cas de tuberculose multirésistante. Sur les 17 000 cas estimés, seuls environ 3687 cas ont été dépistés en 2013 et ont entamé un traitement. À cet égard, le taux de guérison a atteint 64 %.

Les crises actuelles ont eu un impact sur la lutte contre la tuberculose. Les énormes mouvements de population, la destruction de nombreux établissements de santé, notamment des établissements consacrés à la prise en charge de la tuberculose, ainsi que la détérioration de la situation économique ont non seulement touché les patients mais aussi les ressources humaines. La

³ Pour la détection des cas de tuberculose, l'OMS reçoit les données un an plus tard ; par conséquent, les données sur la détection des cas concernent 2013 tandis que les données relatives à l'issue thérapeutique concernent 2014.



↑ Publications récentes sur le VIH

diminution du taux de détection des cas (58 % contre 63 % en 2012) est l'une des implications de la situation actuelle. Par ailleurs, l'intensification du traitement contre la tuberculose multirésistante est entravée par le manque d'infrastructures adéquates et les contraintes financières.

En réponse aux défis régionaux, l'OMS a élaboré des orientations sur la lutte contre la tuberculose dans les situations d'urgence complexes ainsi qu'un ensemble de services pour la lutte transfrontalière contre la tuberculose et pour les patients souffrant de tuberculose multirésistante. Le Comité Feu vert a aidé les pays à améliorer les capacités diagnostiques et à intensifier le traitement contre la tuberculose multirésistante. Des missions de suivi menées dans sept pays ont examiné la

situation de la prise en charge de la tuberculose multirésistante et ont fourni des conseils sur les défis à relever. L'accès aux nouveaux diagnostics continue d'augmenter dans la Région ; en effet, 4 % des laboratoires de la tuberculose utilisent désormais la microscopie LED (à éclairage à diode électroluminescente). Cependant, le financement national pour la lutte contre la tuberculose est toujours à un niveau inférieur à 30 %.

Dans le cadre de l'orientation stratégique visant à intensifier la planification de la lutte contre la tuberculose, des missions d'examen ont été menées dans plusieurs pays en 2014. Les pays ont reçu une assistance technique pour garantir l'accès sans problème à un meilleur financement du Fonds mondial.

En 2014, six pays avaient des zones de forte transmission du paludisme (Voir Tableau 1), tandis que la transmission se limitait à des foyers en Arabie saoudite et en République islamique d'Iran. Le nombre de décès dus au paludisme dans la Région a baissé de plus de moitié depuis 2000 (2166 décès contre 1027 décès en 2013). En 2014, le Pakistan et le Soudan représentaient plus

de 90 % des décès (67 % et 24 % respectivement). Le nombre de cas confirmés de paludisme signalés dans la Région a baissé, passant de deux millions en 2000 à un million en 2013. Une fois de plus, le Pakistan et le Soudan comptent pour plus de 84 % des cas (27 % et 57 % respectivement).

Sept pays (Afghanistan, Arabie saoudite, Iraq, République islamique d'Iran, Maroc, Oman et République arabe syrienne) ont atteint l'ODD 6 ainsi que les cibles fixées dans la résolution WHA58.2 sur le paludisme. Des programmes d'élimination ont été mis en œuvre avec succès en Arabie saoudite et en République islamique d'Iran, 51 et 370 cas seulement ayant été signalés en 2014 au niveau local respectivement (voir Tableau 2). L'Iraq n'a pas signalé de cas autochtones depuis 2009. Il a cependant été difficile de mesurer les progrès sur la voie de la réalisation de l'ODD 6 dans cinq des pays à forte charge de paludisme et ce, en raison des insuffisances des systèmes de diagnostic et de surveillance. Le manque de capacités de l'OMS au niveau des pays pour garantir un appui technique durable, l'allocation insuffisante de fonds provenant des ressources nationales dans les pays d'endémie prioritaires

Tableau 1
Cas de paludisme notifiés dans les pays fortement touchés

Nom du pays	2012		2013		2014	
	Total des cas notifiés	Total des cas confirmés	Total des cas notifiés	Total des cas confirmés	Total des cas notifiés	Total des cas confirmés
Afghanistan	391 365	54 840	319 742	46 114	290 079	83 920
Djibouti	25	25	1684	1684	ND	ND
Pakistan	4 285 449	290 781	3 472 727	281 755	3 666 257	270 156
Somalie	59 709	18 842	60 199	43 317	ND	ND
Soudan	1 001 571	526 931	989 946	592 383	1 207 771	ND
Yémen*	165 678	109 908	149 451	102 778	70 679	49 336

ND : Données non disponibles

* L'exhaustivité de la notification, selon les estimations, est de 30 % en 2014 du fait de la situation qui prévaut au Yémen

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

Nom du pays	2012		2013		2014	
	Nombre total de cas notifiés	Autochtones	Nombre total de cas notifiés	Autochtones	Nombre total de cas notifiés	Autochtones
Arabie saoudite	3406	82	2513	34	2305	51
Bahreïn	232	0	ND	ND	ND	ND
Égypte	206	0	262	0	313	22
Émirats arabes unis	5165	0	4380	0	4575	0
République islamique d'Iran	1629	787	1373	519	1238	370
Iraq	8	0	8	0	2	0
Jordanie	117	0	56	0	102	0
Koweït	358	0	219	0	268	0
Liban	115	0	133	0	119	0
Libye	88	0	ND	ND	ND	ND
Maroc	364	0	314	0	493	0
Palestine	0	0	0	0	ND	ND
Oman	2051	22	1451	11	1001	15
Qatar	708	0	728	0	643	0
République arabe syrienne	42	0	22	0	21	0
Tunisie	70	0	68	4	98	0

ND : Données non disponibles

ainsi que la dépendance à l'égard des fonds extérieurs ont également eu un impact négatif sur les progrès dans ce domaine.

En 2014, différents pays ont bénéficié d'un soutien pour des examens programmatiques approfondis, la mise à jour des plans stratégiques nationaux et l'élaboration des stratégies de gestion de la résistance aux insecticides. La stratégie technique mondiale 2016–2030 a été mise au point dans le cadre d'un processus de consultation global avec

tous les pays ; sept consultations régionales ont été organisées en 2014. Un plan d'action régional pour mettre en œuvre la stratégie sera présenté au Comité régional en 2015. Le but de ce plan est d'interrompre la transmission du paludisme dans les zones où ceci est faisable et de réduire la charge de plus de 90 % dans les zones où l'élimination n'est pas possible immédiatement, de sorte à ce que le paludisme ne représente plus un problème de santé publique ou un obstacle au développement socio-économique.

Des avancées prometteuses ont été réalisées en matière de lutte contre la schistosomiase et d'élimination de cette maladie ; le Yémen est à cet égard un excellent exemple de la manière dont un partenariat solide entre les institutions nationales et internationales peut contribuer à surmonter les obstacles les plus difficiles. En 2014, le Yémen a traité au praziquantel et à l'albendazole plus de 7,2 millions d'adultes et d'enfants, malgré la situation difficile en matière de sécurité. Des enquêtes nationales ont montré une nette baisse des indicateurs concernant l'infection et ont indiqué que la schistosomiase pouvait être éliminée en tant que problème de santé publique. Au Soudan, 2,4 millions de personnes ont été traitées au praziquantel suite à l'augmentation de l'engagement financier pris par le gouvernement ainsi que grâce à de nouveaux partenariats.

Vaccins et vaccination

Quatorze pays ont continué d'atteindre la cible de 90 % pour la couverture par la vaccination systématique par le DTC3 (troisième dose du Vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux DTC) ; toutefois, environ trois millions d'enfants n'ont pas reçu la troisième dose de ce vaccin, dont 90 % dans quatre pays (Afghanistan, Pakistan, République arabe syrienne et Somalie). Treize pays ont atteint un taux de couverture supérieur à 95 % pour la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1) au niveau national et dans la plupart des districts ; tandis que 21 pays ont fourni une deuxième dose du vaccin antirougeoleux (MCV2) dans le cadre de la vaccination systématique, avec des niveaux variables de couverture. Afin de renforcer l'immunité de la population, des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole aux niveaux national ou local ont été menées en Afghanistan, en Iraq, au Pakistan et en République

arabe syrienne. Tous les pays ont mis en place une surveillance de la rougeole en laboratoire basée sur les cas, 20 pays effectuent une surveillance au niveau national et deux pays mènent une surveillance sentinelle. Par conséquent, l'incidence de la rougeole était considérablement plus faible qu'en 2013. Huit pays ont signalé une très faible incidence de la rougeole (moins de cinq cas pour un million d'habitants) dont deux pays continuent d'atteindre une incidence zéro et ont prévu de procéder à la vérification de l'élimination de la maladie en 2015.

L'année 2014 a marqué la réalisation de l'introduction du vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) dans tous les pays. Le vaccin contre le rotavirus a été introduit aux Émirats arabes unis et le vaccin contre la rubéole au Yémen, dans le cadre de la campagne de vaccination contre ces deux maladies. Le Yémen devrait introduire le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux dans la vaccination systématique en 2015. Le Soudan a mis en œuvre la première phase d'une campagne de vaccination contre la fièvre jaune. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit en Libye et en Tunisie ; par ailleurs, tous les pays qui utilisent uniquement le vaccin antipoliomyélitique oral sont sur la bonne voie pour une introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé en 2015. Actuellement, le vaccin antipneumococcique est utilisé dans 14 pays, le vaccin antirotavirus dans neuf pays et le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans 12 pays de la Région.

La réalisation des différentes cibles du programme a été freinée par plusieurs obstacles, notamment la situation actuelle en matière de sécurité qui a entravé l'accès ; le manque de visibilité des cibles de vaccination dans de nombreux pays ; l'insuffisance des capacités gestionnaires et de l'engagement

en faveur de la vaccination systématique ; et le manque de ressources financières. Afin de surmonter ces obstacles, l'OMS a intensifié son soutien aux pays grâce à des examens exhaustifs des programmes de vaccination et une évaluation de la gestion efficace des vaccins qui ont été menés dans plusieurs pays. Un appui a également été fourni pour l'élaboration et la mise à jour de plans pluriannuels, la mobilisation des ressources, les campagnes de vaccination contre la rougeole, la surveillance des maladies évitables par la vaccination, la qualité des données, le suivi, et l'évaluation et l'introduction de nouveaux vaccins. Une attention spéciale a été accordée à la création et au renforcement des groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination (GTCV) qui sont désormais présents dans 21 pays. Le Bureau régional a continué de prêter un concours technique et financier aux réseaux de surveillance régionaux pour l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que la surveillance de la rougeole et de la rubéole dans la plupart des pays.

L'OMS continuera à assurer le soutien technique nécessaire et la mobilisation de ressources pour le renforcement des programmes de vaccination et la réalisation des cibles. Les activités prioritaires pour 2015 comprendront les suivantes :

assurer l'accès à des vaccins sûrs et de qualité en améliorant les systèmes d'achat, fournir un soutien aux examens complets du PEV et à la mise à jour des plans pluriannuels complets dans plusieurs pays, fournir un appui à la planification et la mise en œuvre adéquates de l'approche Atteindre chaque district dans tous les districts ayant une couverture vaccinale inférieure à 80 % dans les pays à faible couverture, introduire le VPI dans les 10 pays restants, réaliser des activités de surveillance de la rougeole, et des enquêtes sérologiques pour l'hépatite B afin de documenter les progrès sur la voie de la réalisation de la cible régionale ; et renforcer le suivi et l'évaluation du PEV. Le plaidoyer pour augmenter la visibilité des cibles du PEV, notamment en ce qui concerne l'élimination de la rougeole, et la mobilisation d'un soutien gouvernemental à haut niveau en faveur de la vaccination systématique, occupera une place centrale.

Sécurité sanitaire et réglementation

L'incidence des maladies infectieuses émergentes et réémergentes continue d'augmenter en flèche dans la Région, comme le prouve le fait que la moitié des pays de la Région ont signalé



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS

↑ L'OMS a soutenu le développement des capacités en matière de préparation et de riposte aux flambées épidémiques dans un certain nombre de pays, dont l'Arabie saoudite et le Qatar



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS

↑ Des équipes de l'OMS ont fourni un appui aux autorités sanitaires nationales en Arabie saoudite pour enquêter sur une recrudescence des cas de MERS-CoV

une forte incidence des maladies infectieuses émergentes l'année dernière, parfois sous forme de flambées épidémiques explosives. Parmi ces maladies, il y avait la grippe aviaire A(H5N1) en Égypte, la fièvre hémorragique Crimée-Congo en Afghanistan, à Oman et au Pakistan, la dengue à Oman, au Pakistan et au Soudan, l'hépatite A et E aiguë en Jordanie, au Liban et au Soudan, et des infections respiratoires aiguës sévères causées par le virus pdm09 de la grippe A(H1N1) en Égypte et au Pakistan. Outre les très importantes pertes en vies humaines qu'ils ont causées, ces événements ont affaibli les systèmes de santé publique de manière considérable. Les infections causées par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), qui est apparu dans la Région en 2012, ont continué de se propager géographiquement, avec une persistance de la transmission, et des cas ont maintenant été signalés dans 10 pays de la Région. Le nombre de cas a fortement augmenté dans deux pays l'année dernière du fait principalement de transmissions secondaires et nosocomiales dans des établissements de soins de santé ; ils ont été à l'origine d'une préoccupation renforcée au niveau international vis-à-vis de l'émergence d'une situation d'urgence de santé publique mondiale.

La crise humanitaire qui perdure dans un certain nombre de pays a également affaibli leurs systèmes de santé publique, tout en causant le déplacement d'un grand nombre de populations et en les exposant à de mauvaises conditions d'hygiène du milieu et à un accès limité aux services de soins de santé. Ces conditions représentent un terrain idéal pour la prolifération de maladies et des flambées à répétition de maladies à tendance épidémique ont été notifiées par ces pays en crise.

Vers la fin de l'année dernière, la menace d'une introduction de la maladie à virus Ebola a augmenté de manière significative du fait de la connexion entre la Région et des pays d'Afrique de l'Ouest. La menace d'une importation de cas de maladie à virus Ebola dans les systèmes de santé déjà affaiblis et fragiles de pays touchés par des crises humanitaires ou des épidémies à répétition, et les implications qui en résultent pour la santé publique, nécessitent d'intensifier les mesures de préparation de santé publique et de disponibilité opérationnelle dans tous les pays afin de prévenir toute introduction de la maladie et sa propagation dans la Région.

Suite à de telles menaces fréquentes en matière de sécurité sanitaire, l'OMS a poursuivi sa

collaboration avec les pays en vue de développer, de renforcer et d'élargir un système de santé publique durable qui constitue une exigence au titre du Règlement sanitaire international 2005 afin de suivre, de détecter, d'évaluer et d'endiguer les menaces aiguës et émergentes pour la santé dans la Région.

En réponse à une résolution du Comité régional (EM/RC/61/R.2), des évaluations rapides ont été conduites dans 20 des 22 pays de la Région afin d'apprécier les capacités de prise en charge d'une éventuelle importation de maladie à virus Ebola. Les évaluations ont permis d'examiner le niveau de préparation et de disponibilité opérationnelle, d'identifier les lacunes ou les domaines de préoccupation, et de recommander des mesures urgentes d'atténuation des risques d'importation et de propagation. Suite à ces évaluations, un plan d'action régional de 90 jours a été élaboré et mis en œuvre durant la première partie de l'année 2015 afin d'aider les pays à combler les lacunes critiques qui ont été identifiées dans les domaines de la surveillance et de la riposte, afin d'être en mesure de prévenir et de détecter les menaces de maladie à virus Ebola et de prendre des mesures d'endiguement efficaces pour lutter contre ces menaces.

Du fait de la rapide expansion de la menace due au MERS-CoV, les efforts déployés se sont poursuivis pour aider les pays à améliorer les mesures de préparation de santé publique, notamment la prévention et la lutte contre les infections en milieu de soins. Étant donné les lacunes en matière de connaissances concernant le mode de transmission du MERS-CoV, l'OMS a apporté un soutien à la mise au point et la réalisation d'un protocole de recherche de santé publique pour comprendre les facteurs de risque qui résultent de l'infection chez l'homme. Les résultats de cette initiative de recherche devraient permettre



Photo: ©WHO

↑ Le Liban figurait parmi les pays de la Région ayant organisé une formation à la préparation face à l'introduction de la maladie à virus Ebola, y compris l'utilisation de l'équipement de protection individuelle

non seulement de lever le voile sur le mystère de l'origine de ce virus mais aussi de préparer le terrain pour la prévention de l'infection chez l'homme qui, selon les présomptions actuelles, aurait son origine chez l'animal.

Compte tenu de la nécessité de détecter rapidement les menaces pour la santé dues aux épidémies dans les pays qui sont touchés par la crise, l'appui fourni a été poursuivi pour développer et renforcer les systèmes d'alerte précoce pour les maladies et améliorer les mesures de disponibilité opérationnelle en vue de fournir une riposte rapide et en temps voulu afin de maîtriser les épidémies. Les activités de l'OMS dans le domaine de la sécurité sanitaire ont contribué de manière significative à l'accélération des progrès dans la mise en œuvre des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (RSI 2005). Toutefois, des préoccupations demeurent pour les pays qui doivent encore respecter le délai fixé ou se mettre en conformité avec les exigences établies. En juin 2014, qui a marqué la date à laquelle ont expiré les deux premières prolongations de deux années pour l'application du RSI (2005), seuls huit États Parties dans la Région ont déclaré qu'ils appliquaient les exigences fixées alors que

les 14 pays restants ont demandé et se sont vus accorder une deuxième prolongation. Avec l'expiration de cette seconde prolongation en juin 2016, et du fait des menaces récurrentes pour la sécurité sanitaire dans la Région, la pérennité, la fonctionnalité et la qualité des principales capacités atteintes par les pays au titre du RSI (2005) acquièrent une importance croissante.

Par ailleurs, en réponse à une résolution du Comité régional (EM/RC61/R.2) ainsi qu'aux recommandations des comités d'urgence et d'examen du RSI, un ensemble de priorités stratégiques au niveau régional, et un plan de mise en œuvre correspondant, sont en préparation afin de combler les importantes lacunes identifiées dans le cadre des mesures d'évaluation de la préparation et de la disponibilité opérationnelle face à la maladie à virus Ebola et de renforcer les capacités requises. La troisième réunion des parties prenantes pour le RSI a procédé à un examen critique des lacunes enregistrées et des progrès réalisés jusqu'alors et a formulé des recommandations pragmatiques et ciblées dans une perspective stratégique pour faire avancer le RSI et le programme d'action mondial en matière de sécurité sanitaire. L'orientation stratégique pour l'appui aux pays dans le cadre du RSI cible maintenant la coordination multisectorielle, la suffisance en matière de législation, la surveillance, la riposte, la lutte contre les infections, les zoonoses et la sécurité sanitaire des aliments, domaines qui représentent tous des déficits essentiels pour les principales capacités qui sont communs à tous les États Parties.

Des mesures importantes ont été prises en 2014 pour contenir la menace que représente la résistance aux antimicrobiens. Une évaluation rapide dans les pays lancée en 2013 a été finalisée, et les conclusions de cette évaluation devraient

être publiées dans le rapport mondial de l'OMS à ce sujet en 2015. Un Comité d'orientation régional a été créé afin de donner des conseils en matière de politiques et de stratégies au Directeur régional sur l'endiguement de la menace que constitue la résistance aux antimicrobiens, ainsi que pour préparer un cadre régional d'action conformément au principe « Un monde, une santé » de l'OMS, de la FAO et de l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE). Un appui aux pays sera maintenant fourni pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux pour maîtriser les menaces que pose la résistance aux antimicrobiens, axées sur les systèmes de santé des pays, en appui au plan d'action mondial et au cadre régional d'action.

Des progrès ont aussi été réalisés en matière de renforcement des moyens des laboratoires nationaux afin d'appuyer des programmes spécifiques à certaines maladies. Néanmoins, d'importants défis demeurent, dont le principal est la nécessité d'élaborer une politique nationale complète pour les laboratoires qui englobera des problèmes tels que le financement, les ressources humaines, l'assurance qualité et la gestion du risque biologique. Les évaluations réalisées pour la maladie à virus Ebola ont mis en évidence des lacunes dans le domaine de la sécurité biologique et de la gestion de la qualité, et des efforts intenses ont donc été déployés pour un certain nombre de pays eu égard à l'expédition des matériels biologiques ainsi qu'aux procédures de sécurité biologique efficaces pour la manipulation d'agents pathogènes dangereux. Des stratégies régionales pour les services de laboratoire et la sécurité hématologique ont été préparées dans le cadre d'un processus de consultation, en collaboration avec des experts dans les domaines concernés originaires des États Membres, d'instituts et de ministères de la Région ainsi que du Siège et des autres régions de l'OMS.

Préparation et riposte aux situations d'urgence

Aperçu

On a assisté en 2014 à une recrudescence des situations d'urgence et à une augmentation des besoins sanitaires, qui y sont associés, pour les populations affectées dans de nombreux pays de la Région. Au total, 58 millions de personnes sont touchées par des situations d'urgence dans la Région, dont 16 millions de réfugiés ou de personnes déplacées dans leur propre pays. Plus de la moitié des réfugiés du monde entier sont originaires de trois pays de la Région de la Méditerranée orientale (Afghanistan, République arabe syrienne et Somalie) et trouvent un accueil dans quatre pays seulement (République islamique d'Iran, Jordanie, Liban et Pakistan). Du fait de la crise syrienne, la population de réfugiés syriens en 2014 a été multipliée par deux en Jordanie et a triplé au Liban. À l'heure actuelle, près de 25 % de la population totale du Liban est constituée de réfugiés. La Région accueille par ailleurs le plus grand nombre de personnes déplacées du fait d'un conflit, l'Iraq, la République arabe syrienne et le Soudan comptant parmi les cinq principaux pays au niveau mondial à héberger des personnes déplacées.

En Iraq, près de 5,2 millions de personnes dans l'ensemble du pays avaient besoin d'aide humanitaire à la date de mai 2015, dont 2,1 millions sont des personnes déplacées. Il



Photo: ©OMS

↑ Le Directeur régional a visité un camp de personnes déplacées dans le Nord de l'Iraq et a exhorté les donateurs à contribuer aux services de santé qui permettent de sauver des vies

s'agit d'une des plus importantes populations de personnes déplacées dans le monde. Dans les zones touchées par l'insécurité, on estime que 80 % des établissements de santé étaient partiellement opérationnels et 4 % n'étaient pas opérationnels en décembre 2014. Le départ de près de la moitié de l'ensemble des professionnels de santé a créé un vide dans la prestation de soins de santé primaires, de chirurgie traumatologique et de soins obstétricaux dans les zones où la violence prévalait. La fourniture de médicaments et de matériel était irrégulière en raison de l'inaccessibilité des routes et des pénuries d'électricité et d'essence. Dans les trois gouvernorats formant la région du Kurdistan, l'afflux rapide et massif de personnes déplacées a submergé le système de santé, provoquant des pénuries de médicaments critiques et surchargeant les établissements de santé. En raison de l'ampleur, du degré d'urgence et de la complexité sans précédent du conflit, en août 2014, le Comité permanent interorganisations a déclaré que la crise en Iraq constituait un niveau 3 d'urgence, soit le plus haut niveau d'urgence, et le second dans la Région après la classification de la crise en République arabe syrienne au niveau 3 en 2012.

En République arabe syrienne, en décembre 2014, près de 12,2 millions de personnes ont été touchées à l'intérieur du pays, y compris 7,6 millions de personnes déplacées et 4,8 millions de personnes vivant dans des zones difficiles d'accès ou assiégées. Quatre millions de personnes supplémentaires sont des réfugiés trouvant un abri en Égypte, en Iraq, en Jordanie, au Liban et en Turquie. Selon les informations fournies, sur les 113 hôpitaux publics évalués dans le pays fin mars 2015, 44 % étaient pleinement opérationnels, 36 % partiellement opérationnels et 20 % pas opérationnels. Les populations avaient un accès de plus en plus limité aux services de base, notamment aux soins de santé d'importance vitale, et les établissements de santé en fonctionnement se trouvaient dans l'impossibilité de faire face aux besoins croissants des populations touchées dans les zones de conflit. En raison des conditions de vie dans des lieux surpeuplés ainsi que de la baisse significative de la couverture vaccinale globale, les populations étaient de plus en plus vulnérables aux maladies transmissibles telles que la rougeole, la typhoïde et la coqueluche.

En mars 2015, le conflit au Yémen s'est intensifié, la violence concernant 19 des 22 gouvernorats du pays. En juin, plus de 20 millions de personnes étaient touchées, près de 15 millions de personnes nécessitant des services de soins de santé. Le nombre des personnes déplacées avait presque doublé en mai, atteignant plus d'un million de personnes au total. Des pénuries graves de médicaments et de fournitures médicales, et le manque de carburant pour faire fonctionner les générateurs des hôpitaux et garantir la chaîne du froid pour les vaccins, ont entraîné l'effondrement progressif du système de santé. Les pénuries de carburant ont également eu pour conséquence que 9,4 millions de personnes, selon les estimations, ont un accès limité – ou pas d'accès du tout –

à l'eau potable. Des augmentations soudaines de cas suspects de paludisme et de dengue ont été signalées, avec 3000 cas suspects et un certain nombre de décès. Le manque d'accès a empêché l'OMS et les partenaires d'évaluer la situation et de fournir des mesures de lutte antivectorielle. Une incidence non négligeable des maladies diarrhéiques et de la pneumonie a aussi continué d'être notifiée. Les retards et des annulations de campagnes de vaccination ont accru le risque de flambées de rougeole et fait augmenter le risque de réintroduction de la poliomyélite dans le pays, bien que, à la date de juin, aucun cas de poliomyélite n'ait été notifié. Une pause humanitaire de cinq jours en mai a permis à l'OMS et aux partenaires d'intensifier la riposte dans l'ensemble du pays. Toutefois, les appels lancés en faveur de l'organisation d'une seconde pause durant le mois de Ramadan ont échoué.



Photo : © OMS

↑ Un enfant est examiné pour détecter l'émaciation dans le cadre de la prise en charge de la malnutrition sévère aiguë dans un centre d'alimentation thérapeutique soutenu par l'OMS à l'hôpital universitaire Al Sadaqa, à Aden (Yémen)

.....

Au Pakistan, les opérations militaires dans l'agence du Nord-Waziristan ont entraîné le déplacement de 500 000 personnes en juin 2014, portant à un million le nombre total de personnes déplacées, dont 74 % sont des femmes et des enfants. Les mauvaises conditions météorologiques, la promiscuité dans les communautés d'accueil ainsi que la mauvaise nutrition ont augmenté le risque de maladies à transmission hydrique telles que le choléra et les maladies diarrhéiques ainsi que les maladies transmises par l'air comme la pneumonie et la rougeole.

En Libye, en juin 2014, des conflits entre forces rivales ont éclaté dans les villes de Tripoli et Benghazi. En décembre 2014, plus de 2,5 millions de personnes avaient besoin d'aide humanitaire, dont 400 000 personnes déplacées. Les pénuries de médicaments et de fournitures médicales ainsi que l'évacuation de nombreux personnels de santé internationaux œuvrant dans le pays ont affaibli le système de santé et les établissements de santé toujours opérationnels ont été débordés.

En Palestine, 51 jours de combats à Gaza en juillet et août 2014 ont fait 2333 morts et 15 788 blessés parmi la population palestinienne. Un demi-million de personnes ont été déplacées et jusqu'à 22 000 maisons ont été détruites ou rendues inhabitables ; et 100 000 personnes étaient toujours sans domicile à la fin de 2014. Le conflit a provoqué une détérioration étendue des infrastructures, dont les hôpitaux, les dispensaires et les ambulances, ainsi que des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ce qui s'est traduit par une limitation de l'accès aux services de base.

En Afghanistan, alors que le conflit armé gagnait en intensité et s'étendait géographiquement, le nombre de personnes nécessitant un accès aux



Photo : ©OMS

↑ Des cliniques médicales mobiles, financées par l'OMS et le Programme alimentaire mondial, ont été mobilisées pour répondre aux besoins de santé des populations déplacées en Iraq

services de santé a connu une augmentation, passant de 3,3 millions en 2013 à 5,4 millions en 2014. Le conflit continue de perturber lourdement la prestation de services de santé. Plus de 30 % de la population afghane n'a toujours pas accès, ou alors difficilement, aux soins de santé essentiels.

En Somalie, les Nations Unies ont tiré la sonnette d'alarme au mois de juin 2014 sur la « crise humanitaire imminente ». Près de la moitié de la population du pays n'a pas accès aux services de base et environ 3,2 millions d'hommes et de femmes ont besoin de services de santé d'urgence. Le système de soins de santé demeure faible et il existe un manque important d'agents de santé qualifiés. L'impact de cette insuffisance de services de base est ressenti le plus fortement par les personnes déplacées qui continuent d'être touchées par des flambées épidémiques dues aux mauvaises conditions d'hygiène et aux services de santé limités.

Les catastrophes naturelles ont également fait des victimes supplémentaires. En septembre 2014, les inondations au Soudan ont entraîné le déplacement de plus de 320 000 hommes,

femmes et enfants, et les pluies de la mousson ainsi que les crues éclaircies au Pakistan ont touché près d'1,8 million de personnes et causé 282 décès et 489 blessés. On estime que plus de 42 000 maisons ont été endommagées ou détruites, tandis qu'environ 976,5 millions d'hectares de terres agricoles ont été inondés, au moment même où les récoltes étaient sur le point de commencer. Certaines zones touchées avaient déjà subi des inondations en 2013.

L'OMS s'est pleinement mobilisée pour fournir une réponse face aux situations d'urgence susmentionnées en prenant la tête du groupe de responsabilité sectorielle Santé des Nations Unies et en mettant en œuvre ses fonctions en matière de renforcement de la surveillance des maladies et des systèmes d'alerte précoce, de renforcement des autres fonctions de santé publique, y compris la lutte contre les flambées de maladie et la vaccination et en aidant à maintenir les soins de santé de base et les services salvateurs de vies humaines.

Enjeux et riposte de l'OMS aux situations d'urgence

L'accès limité du fait de l'insécurité représente l'un des défis les plus importants qui entravent la capacité de l'OMS à organiser une riposte. En République arabe syrienne, l'accès limité a requis des moyens plus novateurs pour atteindre les populations nécessiteuses. Au Yémen, l'accès restreint au pays par tous les ports a retardé la livraison des fournitures sanitaires nécessaires en urgence. À l'intérieur du pays, la violence et l'insécurité ont rendu certaines zones inaccessibles, et ont augmenté le risque de maladies telles que le paludisme et la dengue du fait du manque d'accès des patients aux soins de santé et donc au diagnostic et au traitement en temps voulu.



Photo: ©OMS

↑ Lors d'une visite à Gaza, le Directeur régional a pointé les défis sanitaires, y compris l'orientation-recours des patients vers des hôpitaux en dehors de Gaza pour y recevoir un traitement salvateur

Parmi les défis supplémentaires, on peut citer les attaques ciblées et répétées contre des agents de soins de santé, des établissements sanitaires et des infrastructures de santé. En 2014, le Bureau régional de l'OMS a officiellement condamné ces attaques en Afghanistan, en Iraq, en Palestine, au Soudan, en République arabe syrienne et au Yémen. Le manque de financement durable pour la santé dans les ripostes aux situations d'urgence a aussi représenté un important défi, entravant la capacité de l'OMS et des partenaires en santé à riposter, et faisant courir le risque de la fermeture des services de santé et des programmes de santé existants. En 2014, la santé était financée à 45,6 % dans la Région tandis que la coordination était financée à 84,8 % et l'alimentation à 61,8 %. Malgré l'augmentation des besoins, la santé n'était financée qu'à 12,5 % pour 2015, à la date de mai. Les pays en crise continuent d'être fortement dépendants de l'aide humanitaire et de l'aide financière extérieure, qui peuvent ne pas toujours arriver au moment où les besoins sont les plus urgents.

Alors que les besoins en soins post-traumatiques ont augmenté, la capacité de riposte des partenaires

a diminué du fait de l'insécurité. En République arabe syrienne, où un million de personnes ont été victimes de traumatismes durant le premier trimestre de 2015, les partenaires en santé ont été contraints à se retirer complètement des « points chauds », laissant un vide critique dans la prestation des soins post-traumatiques. Les mouvements de population de masse, associés aux faibles taux de vaccination et aux pénuries de vaccins, ont fait courir le risque de flambées épidémiques de maladies à la région dans son ensemble. Les flambées de poliomyélite et de rougeole en République arabe syrienne du fait de la crise ont entraîné la réintroduction de la poliomyélite en Iraq en 2014 après que le pays fût exempt de cette maladie pendant 14 ans.

Parmi les problèmes opérationnels rencontrés par l'OMS et les partenaires en santé, l'on peut citer la désorganisation des systèmes de santé ; l'augmentation du nombre de patients nécessitant des soins traumatiques (en particulier dans les zones difficiles d'accès) ; l'augmentation du nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ; la grave pénurie de personnels de santé car ceux-ci ont pris la fuite avec leur famille ; l'interruption des systèmes d'orientation-recours en raison de l'insécurité et du blocage des routes ; et le manque important de médicaments essentiels et de vaccins. Les déplacements en masse de population ont augmenté le risque de maladies transmissibles car les personnes déplacées à l'intérieur du territoire ont cherché refuge dans les camps surpeuplés et les espaces publics. De plus, les infrastructures pour l'eau et l'hygiène endommagées ont augmenté le risque de maladies à transmission hydrique. Les systèmes de surveillance des maladies ont été perturbés en raison des données et des informations limitées. Les patients souffrant de maladies non transmissibles



Photo : ©OMS/ Sini Ramo

↑ En Afghanistan, un exercice de simulation a été mené en vue de renforcer les capacités nationales dans la prise en charge d'un grand nombre de victimes

chroniques ont été forcés de trouver d'autres lieux de traitement car les établissements de santé ont dû cesser leurs activités ou ont signalé des pénuries de médicaments essentiels. Les besoins en matière de santé mentale ont également augmenté du fait de la violence.

Suite à la classification au niveau 3 de la crise en Iraq, qui a impliqué une riposte organisationnelle mondiale, le bureau de pays de l'OMS a été renforcé par l'affectation de plus de 21 membres du personnel international dans tous les domaines d'expertise à compter de mai 2015. De plus, l'OMS a établi des centres d'activités et/ou points focaux dans l'ensemble des 19 provinces. Grâce au financement de l'Arabie saoudite, l'OMS a mis en service 10 unités sanitaires mobiles dans le nord de l'Iraq, couvrant 300 000 personnes déplacées et leurs communautés d'accueil. Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'action plus large consistant à fournir rapidement un panier essentiel de services de soins de santé primaires et secondaires. En mai 2015, un accès direct aux médicaments et au matériel médical essentiels achetés et livrés par l'OMS a pu être garanti à 3,5 millions de personnes en Iraq.

Deux cas de poliomyélite ont été confirmés en Iraq début 2014. L'OMS, en collaboration avec des partenaires de santé nationaux et du système des Nations Unies, a pu vacciner plus de 5 millions d'enfants contre la poliomyélite durant les trois campagnes de vaccination nationales, à la date de mai 2015.

En République arabe syrienne en 2014, l'OMS a distribué plus de 13,8 millions de traitements médicaux aux personnes qui en avaient besoin dans l'ensemble du pays, dont plus de 32 % sont allés aux zones difficiles d'accès et aux zones sous contrôle de l'opposition. L'OMS a également mobilisé plus de 17 000 agents de santé pour vacciner environ 2,9 millions d'enfants contre la poliomyélite à travers 10 campagnes de vaccination et 1,1 million d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole.

Au Yémen, de mars à juin 2015, l'OMS a distribué près de 130 tonnes de médicaments et de fournitures médicales et plus de 500 000 litres de carburant pour maintenir la fonctionnalité des principaux hôpitaux, entrepôts de vaccins, ambulances, laboratoires nationaux, centres de néphrologie et d'oncologie, et centres de santé dans 13 gouvernorats, atteignant un total de plus de 4,7 millions de bénéficiaires, dont 700 000 personnes déplacées et 140 000 enfants de moins de cinq ans. L'OMS a aussi livré de l'eau potable et des kits d'assainissement et des fournitures aux établissements de santé et aux personnes déplacées accueillis dans les communautés touchées, et a fourni des services d'approvisionnement en eau saine par camions aux établissements de santé et aux communautés comptant de grands nombres de personnes déplacées. L'OMS a aussi livré des antituberculeux et des antipaludiques et a apporté un appui à la lutte et la riposte contre les flambées de maladies.

Pendant et après le conflit à Gaza, l'OMS a facilité la livraison de médicaments et de fournitures médicales à des hôpitaux et établissements de santé pour pouvoir traiter des centaines de milliers de patients. Le système de groupe de responsabilité sectorielle Santé des Nations Unies a été réactivé avec l'OMS en tant que chef de file, et avec le ministère de la Santé. L'OMS a pris la tête des activités de la composante santé de l'évaluation multisectorielle, et a dirigé le groupe santé dans le cadre de l'évaluation conjointe du secteur de la santé. Malgré le conflit, l'OMS a veillé à la poursuite des activités de plaidoyer en faveur de l'accès des patients aux systèmes d'orientation-recours à l'étranger, œuvrant au niveau politique pour faciliter l'accès des patients à ces services.

Gestion des risques sanitaires

Le Comité régional a approuvé la nécessité de renforcer l'état de préparation aux situations d'urgence ainsi que l'action d'urgence par le biais d'une approche prenant en compte tous les risques (EM/RC61/R.1). Le Comité régional a demandé un soutien technique renforcé de l'OMS afin de développer les capacités nationales de gestion des risques liés aux situations d'urgence. Fin 2014, 19 pays avaient bénéficié d'un soutien pour réviser leurs plans nationaux existants de préparation et de riposte aux situations d'urgence, en vue d'adopter l'approche complète. Jusqu'à présent, deux pays ont finalisé un plan national de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire englobant l'ensemble des risques. En appui au processus de planification, le protocole complet d'évaluation des risques multiples a été testé en République islamique d'Iran ainsi qu'une analyse complète de la vulnérabilité. En Afghanistan, on a renforcé les capacités de prise en charge de grands nombres de victimes, en collaboration avec les partenaires.

En 2014, l'action de l'OMS dans les situations d'urgence dans la Région a été possible grâce à l'appui de plusieurs donateurs, notamment l'Arabie saoudite, l'Australie, le Canada, la Chine, la Commission européenne, la Corée, les Émirats arabes unis, les États-Unis d'Amérique, la Finlande, l'Italie, le Japon, le Koweït, la Norvège, la Fédération de Russie, la Suisse, la Turquie, et le Royaume-Uni.

Mise en œuvre des stratégies adoptées par le Comité régional

Des progrès ont été accomplis en ce qui concerne la mise en œuvre des résolutions approuvées par le Comité régional. Le processus consistant à mettre en place un fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence a été lancé afin qu'il soit possible de financer une riposte renforcée/rapide pour répondre aux catastrophes naturelles et causées par l'homme dans la Région. Le Comité régional a renforcé cette idée, en exhortant les États Membres à contribuer au Fonds en y consacrant au minimum 1 % du budget qui leur est alloué par l'OMS, en plus des autres contributions volontaires, chaque fois que cela est possible.

Dans le but de créer un fichier régional d'experts formés capables de répondre rapidement et efficacement à toute situation d'urgence, y compris les flambées épidémiques, le Bureau régional a fourni un soutien au renforcement des capacités des points focaux pour l'action d'urgence pour la formation à la mobilisation rapide de personnels en cas de situation d'urgence, et cet appui se poursuivra chaque année. Afin de garantir l'approvisionnement et la mise à disposition de fournitures médicales et de matériels aux pays confrontés à des situations d'urgence dans la Région et au-delà, l'OMS est sur le point de finaliser un accord avec le gouvernement des Émirats arabes unis pour établir un centre spécialisé pour la logistique/les opérations humanitaires de l'OMS.

L'OMS continuera de coopérer avec les États Membres en vue de renforcer la capacité des systèmes de santé à prévenir les situations d'urgence et les crises, en atténuer les effets, s'y préparer et organiser l'action d'urgence et le relèvement en suivant une approche en faveur de la santé globale et multisectorielle, et en mettant particulièrement l'accent sur le renforcement des capacités techniques en matière de préparation.

Mettre en œuvre les réformes gestionnaires de l'OMS

Programmes et définition des priorités

L'OMS a continué à mettre en œuvre et à renforcer son engagement en faveur des priorités stratégiques mondiales et régionales. L'objectif des réformes programmatiques de l'Organisation est d'améliorer les résultats en matière de santé aux niveaux régional et mondial en se concentrant sur les avantages comparatifs. En conséquence, le Bureau régional et les bureaux de pays ont commencé à mettre en œuvre le budget programme pour l'exercice 2014-2015 dans les domaines prioritaires clés, en affectant 76 % du budget aux programmes techniques de base (à l'exclusion des situations d'urgence) dans les bureaux de pays. Fin 2014, le budget programme alloué était financé à hauteur de 76 % (66 % pour les programmes de base et 81 % pour les situations d'urgence), le taux de mise en œuvre étant de 58 % par rapport aux fonds disponibles et de 44 % par rapport au budget programme alloué.

Le processus de planification opérationnelle pour l'exercice 2016-2017 a débuté. L'approche ascendante qui a été utilisée pour la première fois dans la planification opérationnelle durant la période biennale 2014-2015 a été renforcée, en s'attachant clairement aux priorités nationales. En référence au nouveau cadre de la chaîne de résultats énoncé dans le douzième Programme général de travail 2014-2019, les bureaux de

pays ainsi que certains départements du Bureau régional ont choisi jusqu'à dix domaines d'action prioritaires pour lesquels ils prévoient d'utiliser au moins 80 % du budget programme pour 2016-2017. Le budget programme 2014-2015 a été utilisé en tant que référence pour l'allocation budgétaire ; le processus a toutefois permis d'avoir une plus grande souplesse que pendant l'exercice précédent, et de procéder à des réajustements au niveau des catégories en fonction des priorités régionales. Afin de garantir le plus haut niveau d'alignement sur les priorités des pays, des équipes nationales et régionales ont eu l'occasion de soumettre des propositions d'amendements ou d'ajouts pour examen par les réseaux de catégories et les réseaux des secteurs de programme au niveau mondial avant la finalisation du projet et l'examen par les comités régionaux. Ce processus interactif a abouti à un projet de budget programme pour 2016-2017 devant être approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2015.

Gouvernance

On a continué d'organiser, avant les réunions des organes directeurs de l'OMS (Assemblée mondiale de la Santé et Conseil exécutif), des réunions de haut niveau pour les ministres et les représentants des États Membres et les missions permanentes à Genève. Ces réunions ont représenté une excellente opportunité de passer en revue, avec les ministres de la santé et les hauts responsables du gouvernement, les progrès réalisés dans la prise en compte des principales priorités depuis le Comité régional de l'année dernière. Elles ont par ailleurs eu un impact positif pour renforcer la participation des États Membres aux discussions mondiales sur la santé et la réforme de l'OMS. Les réunions quotidiennes durant la session du Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé ont elles aussi permis aux États Membres de la Région de dialoguer et de parvenir à des

positions communes qui touchent la Région. Un rapport à mi-parcours a été présenté à la réunion ministérielle organisée avant l'Assemblée mondiale de la Santé sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre des engagements souscrits dans les cinq priorités stratégiques, puis au Comité régional.

Lors de sa soixante et unième session, le Comité régional a adopté trois résolutions couvrant des domaines d'action clés. La réduction du nombre de résolutions est en conformité avec la réforme de la gouvernance et les efforts du Comité pour se concentrer sur les priorités et les interventions vis-à-vis desquelles les États Membres peuvent s'engager de manière réaliste. Immédiatement avant la session, une journée de réunions techniques a eu lieu en vue de tenir des discussions sur les sujets actuels qui présentent un intérêt pour la Région. En fonction de la pertinence de l'issue des débats, ces sujets ont fait l'objet de discussions approfondies au Comité régional. Le processus susmentionné, qui suit la révision du règlement intérieur approuvée par le Comité régional lors de sa cinquante-neuvième session, se transforme progressivement en un forum de discussions techniques de haut niveau avec les États Membres.

Gestion

L'OMS a continué de faire suite à son engagement tendant à développer les capacités techniques et gestionnaires dans les pays, et à mener le processus de réforme sous tous les aspects eu égard à ses activités dans la Région. Malgré la forte augmentation du nombre de situations d'urgence et de crises continues dans certaines parties de la Région, qui représentent des défis uniques, et en dépit des ressources disponibles limitées, la poursuite de l'excellence à tous les niveaux demeure le principe fondamental de la mise en œuvre de la réforme de l'OMS dans la Région.



↑ **La Revue de santé de la Méditerranée orientale est publiée chaque mois**

Le programme de réforme régional s'est traduit par un plan visant à améliorer l'administration et la gestion, sur la base de l'autonomisation accrue du personnel et de la création d'un environnement favorable permettant d'échanger sur les meilleures pratiques et d'en élaborer de nouvelles pour l'avenir. Une retraite des cadres du bureau a été organisée afin de passer en revue les progrès réalisés et les défis eu égard aux priorités régionales, y compris la réforme gestionnaire. Cet examen a abouti à la création d'une équipe spéciale composée de représentants de chaque département du Bureau régional qui a examiné les moyens de simplifier les processus et de réduire les obstacles.

Un certain nombre de mesures ont été appliquées pour améliorer les opérations gestionnaires. Des structures harmonisées ont été instaurées dans l'ensemble des centres budgétaires, et on a également créé des listes de membres du personnel présélectionnés pour les postes génériques techniques ou de soutien administratif. Il a été convenu des principaux indicateurs de performance afin de mieux faire le suivi de la

performance technique et gestionnaire ainsi que de la conformité réglementaire. Diverses procédures administratives ont été simplifiées et rationalisées en vue d'améliorer le respect de la conformité et la performance, en particulier en matière de recrutement, de procédures contractuelles, de voyages, et d'organisation de réunions. Par ailleurs, les procédures en matière d'achat public ont été renforcées. Des efforts ont été effectués pour renforcer l'appropriation des différentes mesures et la responsabilisation de la part des départements et des bureaux de pays à travers une délégation de pouvoirs accrue aux centres budgétaires.

Faisant suite aux mesures lancées en 2013, une grande attention a été accordée au renforcement des contrôles internes et à la conformité réglementaire. Une fonction a été créée pour la vérification de la conformité et la gestion des risques et le titulaire de ce poste rend compte directement au Directeur régional. Le respect de la conformité est suivi au niveau du centre budgétaire au moyen d'un « tableau de conformité » électronique visible par l'ensemble des directeurs et mis à jour tous les mois. Afin d'encourager et d'améliorer la performance dans ce domaine, des efforts ont été déployés pour communiquer avec le personnel par la fourniture de meilleures orientations et par une interaction directe, notamment l'organisation de téléconférences. Ces interactions se sont révélées utiles pour le partage d'informations, d'expériences et de solutions.

Au niveau des pays, d'importants progrès ont été accomplis dans plusieurs domaines ciblés liés aux recommandations formulées à l'issue des vérifications des comptes. Le nombre de rapports techniques et financiers en suspens ayant trait à la coopération financière directe a été davantage

↑ **La gestion efficace des menaces pour la sécurité sanitaire nécessite la diffusion en temps voulu des messages relatifs à la santé publique**

réduit, passant de 500 au début de l'année 2014 à environ 100 à la fin de l'année. La réforme concernant l'utilisation des accords de services spéciaux (SSA) en tant que mode de contrat pour la coopération technique a été appliquée. Par conséquent, on a assisté à une diminution globale du nombre d'accords de ce type, passant de 1200 à 600, et à une amélioration de la conformité à l'objet même de ce type de contrat. Parallèlement, des efforts ont été déployés pour renforcer les capacités et sensibiliser aux procédures adéquates et à la redevabilité dans ces domaines. Les capacités des bureaux de pays ont été davantage renforcées dans les domaines de la planification et de la gestion des projets.

Concernant le renforcement supplémentaire des capacités techniques et gestionnaires au niveau national, et suite à la restructuration et à l'élargissement majeur des capacités techniques dans plusieurs bureaux de pays en 2013, les mesures prises pour renforcer la présence de l'OMS dans les pays se sont poursuivies dans plusieurs pays. Durant la période couverte par ce rapport, l'action s'est concentrée sur le renforcement de l'administration générale et de la capacité administrative sur le terrain.

Le Comité régional a salué les efforts consentis pour transférer les ressources du niveau de la Région vers celui des pays (EM/RC61/R.1) et a demandé au Directeur régional de plaider en faveur de la mise en œuvre d'un système complet de roulement et de mobilité du personnel dans toute l'Organisation, et pas seulement dans la Région. Une nouvelle augmentation de l'allocation aux pays a été prévue pour le prochain exercice afin de permettre le renforcement de la présence dans les pays, qui a été entamé en 2012, sera consolidé durant les deux années à venir.

Un examen a été mené dans le but de restructurer les services administratifs début 2015. L'objectif principal est d'augmenter l'efficacité de l'appui fourni pour l'exécution des programmes techniques en utilisant de manière plus judicieuse le Centre mondial de services et le Système mondial de gestion. Cet examen étudie également les moyens de renforcer les fonctions d'administration et de gestion du Bureau régional et les options pour créer des fonctions et structures de services communs au niveau infrarégional. La mise en œuvre des recommandations de l'examen à cet égard sera terminée d'ici la fin de l'année 2015.

Outre les défis qui se posent à l'administration générale, du fait de l'augmentation du nombre

des situations d'urgence dans la Région, le Bureau régional et les bureaux de pays éprouvent de la difficulté à faire face à l'augmentation importante de la charge de travail. Ceci est dû au manque de capacités, auquel viennent s'ajouter les difficultés actuelles pour attirer les talents et aptitudes nécessaires pour la Région.

Dans un effort visant à accélérer la mise en œuvre de la réforme de l'OMS au niveau des pays, deux bureaux de pays (Iraq et Pakistan) ont été choisis pour participer à un projet pilote sur la réforme des ressources humaines, en coopération avec la Fondation Bill & Melinda Gates. L'objectif de la réforme dans ce domaine sera de promouvoir la prise de décisions au niveau local et la planification ascendante des ressources humaines, en fonction des besoins. Les enseignements tirés de ce projet pilote dans ces deux pays seront utilisés pour identifier les meilleures pratiques qui peuvent être partagées et reproduites dans l'ensemble de l'Organisation.

Afin de relever les nombreux défis en matière de réforme gestionnaire, il est nécessaire d'adopter une approche systémique, notamment la poursuite des interventions visant à harmoniser les structures, la simplification des processus, des moyens de communication ouverts et un environnement favorable pour renforcer la santé organisationnelle. En 2014, l'OMS s'est attachée à accomplir des progrès et à obtenir des résultats visibles dans les domaines pour lesquels les orientations futures étaient claires, et par la suite les priorités des actions d'amélioration ont été fixées de manière rigoureuse. En 2015, l'Organisation poursuivra ses activités sur la lancée des activités préparatoires mises en route en 2014, en se concentrant sur les trois principaux domaines suivants : les individus (contributions), les processus (systèmes), et les produits (impact).

Conclusion

Le présent rapport rend compte de l'action que l'OMS a menée l'année dernière à l'appui du développement sanitaire dans la Région. Il met aussi en évidence les principaux défis qui doivent être relevés et retranscrit le travail continu et les prochaines étapes pour les États Membres et pour l'OMS pour 2015 et les années suivantes. Dans un souci de concision et de précision, le rapport couvre les progrès réalisés l'année dernière en vue de prendre en compte les cinq principales priorités en matière de santé que tous les États Membres ont approuvées en 2012. L'activité de l'OMS en 2014 a également couvert d'autres initiatives ayant une importance spécifique pour le développement sanitaire dans les diverses parties de la Région. Je suis persuadé que nombre

de ces initiatives seront évoquées et examinées durant les différentes sessions et réunions de la soixante-deuxième session du Comité régional en octobre 2015.

Il est impossible de parler du soutien en matière de santé sans reconnaître l'impact des crises humanitaires sur les systèmes de santé nationaux et la situation sanitaire, sur la capacité générale de l'OMS dans la Région. Les établissements et les programmes de santé ont été fortement touchés dans un nombre croissant de pays en crise et le manque de financement suffisant par les donateurs est un motif de préoccupation très réel. Tous les États Membres, sans exception, devront accorder une plus grande attention à la mise en place de systèmes de santé résilients, avec un accès amélioré aux services de santé. Les services médicaux d'urgence doivent être renforcés dans



↑ La soixante et unième session du Comité régional de la Méditerranée orientale s'est tenue à Tunis (Tunisie)

la plupart des pays. Il s'agit de domaines de travail qui recevront une priorité spéciale dans la collaboration de l'OMS avec les États Membres dans les années à venir.

Alors que le monde est en train de passer des objectifs du Millénaire pour le développement au programme d'action pour l'après-2015 et aux nouveaux objectifs de développement durable, il sera important de maintenir la dynamique insufflée dans le domaine de la santé de la mère et de l'enfant dans la Région ces trois dernières années. Ce domaine concerne tous les pays de la Région. Nous continuerons à accorder une attention particulière aux pays fortement touchés ainsi qu'aux pays qui sont frappés directement ou indirectement par des situations d'urgence complexes. Toutefois, tous les pays de la Région prépareront des plans stratégiques et opérationnels pour la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile pour la période 2016-2020, conformément à la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, qui doit être approuvée en septembre 2015. En particulier, l'OMS et ses partenaires doivent maintenir l'accent placé sur les pays en crise, pour éviter de remettre en cause les avancées réalisées.

En 2015 et dans les années qui suivront, l'OMS accordera davantage d'attention à la manière de prendre en compte la nécessité d'améliorer les soins préconceptionnels dans la Région et les inégalités persistantes dans l'accès à des soins de santé de qualité pour les mères et les enfants. Nous collaborerons aussi avec les États Membres pour mettre en œuvre les principales recommandations de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN-2) sur la base des priorités convenues lors d'une récente réunion interpays sur la nutrition. Ceci inclura l'attention accordée à la promotion de l'allaitement au sein,

le traitement de la dénutrition et la prévention de l'obésité chez l'enfant.

Il sera par ailleurs important de maintenir les engagements aux niveaux régional et national en vue de poursuivre les progrès réalisés en matière de réduction de la charge de VIH, de tuberculose et de paludisme. Nous sommes déjà en train de préparer des plans d'action régionaux pour la période 2016-2020, conformément aux stratégies mondiales de l'OMS pour la période de l'après-2015 et au projet d'objectifs de développement durable pour la santé, et nous continuerons de travailler avec les pays pour garantir la pérennité des progrès.

L'éradication de la poliomyélite dans notre Région, et dans le monde entier, est maintenant à portée de main. Nous avons intensifié notre soutien aux pays touchés par cette maladie dans la dernière ligne avant de parvenir à l'éradication. J'appelle tous les pays, alors que nous nous apprêtons à aborder l'obstacle final, à garantir les plus hauts niveaux de vaccination et de surveillance jusqu'à la réalisation et la certification de l'éradication mondiale. J'invite aussi tous les pays à poursuivre leur soutien précieux et crucial à l'Afghanistan et au Pakistan pour réaliser l'objectif d'éradication aussi rapidement que possible.

L'accent mis sur l'importance de la gestion effective des menaces à la sécurité sanitaire, suivant la crise Ebola doit être accentué. Tous les pays, sans exception, doivent renforcer leurs principales capacités au titre du Règlement sanitaire international. Les situations relatives à la transmission du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et à la grippe aviaire A(H5N1) continueront d'être suivies de près aux niveaux national et régional. Il y a des lacunes dans nos connaissances concernant

ces deux maladies et il est crucial que la recherche sur ces maladies à haut risque ainsi que d'autres maladies de ce type fassent l'objet d'un soutien et que les résultats soient mis en commun en temps voulu. Surtout, les pays doivent faire en sorte d'être préparés à prendre en charge les cas d'une manière qui met l'accent sur la sécurité des patients et des agents de santé.

L'augmentation de la résistance antimicrobienne pour des médicaments auparavant efficaces est extrêmement préoccupante. Il est clair que notre région, et nous ne sommes pas les seuls à cet égard, n'est pas bien préparée pour lutter contre ce problème. L'OMS co-parrainera une conférence ministérielle à ce sujet dans la Région au début de l'année 2016, durant laquelle une analyse de la situation détaillée et un plan régional concret seront présentés. Nous collaborons avec les États Membres et d'autres parties prenantes pour nous préparer dans ce domaine. La Région connaît une accélération rapide de l'ampleur et des conséquences désastreuses des maladies non transmissibles. Nous avons une vision saine et une feuille de route solide pour nous guider ; nous pouvons stopper cette épidémie grâce à la mise en œuvre du cadre régional pour l'action. Je continuerai d'intensifier notre action dans ce domaine de sorte que nous puissions augmenter nos capacités en matière de soutien technique aux pays mais la responsabilité ultime reste du ressort des États Membres. Les cardiopathies, les cancers, le diabète et les pneumopathies chroniques ne seront pas maîtrisés si les engagements déclarés ne se traduisent pas dans des mesures concrètes. En mai 2015, l'OMS a mis au point une liste d'indicateurs de processus qui seront utilisés pour évaluer les progrès réalisés par les pays dans la mise en œuvre des engagements nationaux figurant dans la déclaration politique des Nations Unies de 2011. Cette évaluation sera publiée durant la

réunion de haut niveau des Nations Unies qui aura lieu à New York en 2018. Nous utiliserons les indicateurs pour suivre les progrès réalisés sur une base annuelle et collaborerons avec les États Membres pour veiller à ce qu'ils soient préparés correctement afin de suivre la mise en œuvre à cet égard.

La couverture sanitaire universelle fait maintenant partie des objectifs de développement durable. Une feuille de route régionale a reçu le soutien du Comité régional l'année dernière. La prochaine étape pour l'OMS est de soutenir les pays dans l'élaboration de leurs propres plans, en se concentrant sur les interventions clés recommandées par le cadre d'action régional. Une attention particulière est accordée à l'action de l'OMS pour renforcer les capacités nationales en matière de planification stratégique et de réglementation du secteur de la santé, au renforcement de la prestation de service au moyen de l'approche de la médecine familiale, à la gestion et aux soins hospitaliers, à la sécurité des patients et à une contribution plus efficace du secteur privé. Un plan de réforme de l'éducation médicale sera examiné par le Comité régional, et j'espère qu'il débouchera sur un engagement pris en faveur de mesures concrètes de la part des États Membres.

Les systèmes d'information sanitaire continuent de constituer une priorité importante. En s'appuyant sur les réalisations accomplies dans le domaine des systèmes d'information sanitaire ces dernières années, nous collaborerons étroitement avec les différents groupes de pays, et avec les partenaires des Nations Unies pour renforcer les systèmes d'information sanitaire afin de suivre les tendances sanitaires et la performance des systèmes de santé, sur la base du nouveau cadre sur l'information sanitaire.

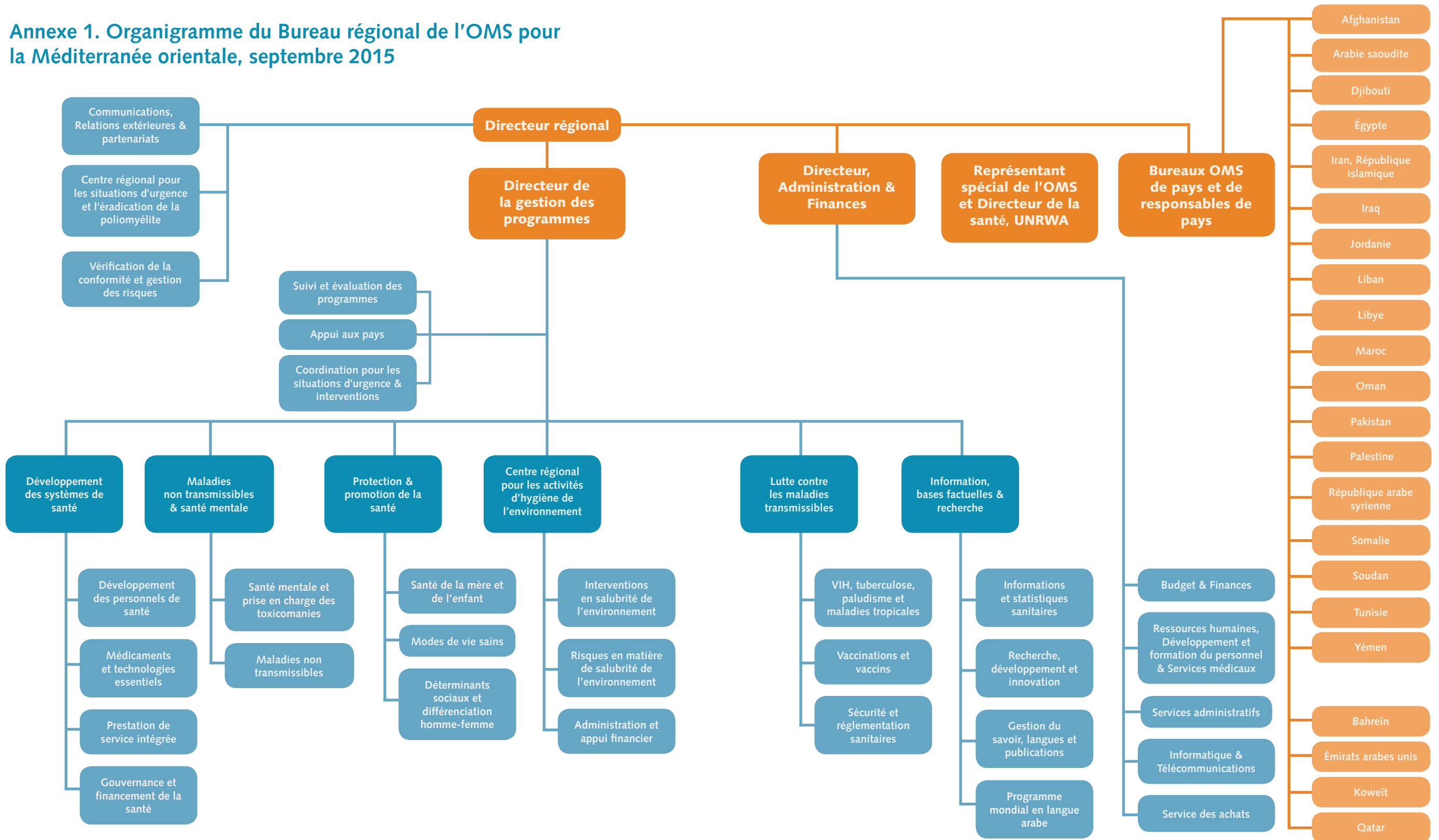
Nous avons rencontré des difficultés à certains moments dans le passé dans de nombreuses parties de notre région. Les systèmes de santé et les personnes qui travaillent au sein de ces systèmes sont confrontés à d'énormes difficultés et subissent d'importantes pressions. Le développement des capacités en matière de leadership de santé publique n'a jamais été aussi crucial pour le développement sanitaire qu'aujourd'hui.

Ma détermination vis-à-vis de la réforme gestionnaire reste entière. Je suis satisfait des progrès que nous avons réalisés jusqu'ici mais il est clair que beaucoup reste à faire pour améliorer notre performance et soutenir les États Membres, sur la base de l'efficacité, de la redevabilité et de la transparence. Les bureaux de pays ont reçu une large part de mon attention l'année dernière et, si

des progrès non négligeables ont été réalisés dans plusieurs pays, nous prévoyons de continuer à élargir la présence de l'OMS dans d'autres pays. Nous continuerons à écouter nos États Membres et à répondre à leurs besoins. Nous avons, à notre tour, besoin du soutien des États Membres pour pouvoir répondre à leurs priorités.

Comme je l'ai mentionné l'année dernière, je pense que nous avons posé les bases solides qui nous permettront d'envisager un avenir plus radieux, en partenariat avec nos États Membres. Les temps que nous vivons sont chargés en défis, mais ils représentent aussi une importante opportunité. Ne laissons pas passer cette opportunité. Nous devons tous – États Membres, organisations internationales et société civile – continuer à renforcer notre partenariat en santé.

Annexe 1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, septembre 2015



Annexe 2. Personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale au 31 décembre 2014

a) Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale, par nombre et par nationalité, au 31 décembre 2014

Nationalité	Régional/Interpays	Pays	Total
Égypte	16	9	25
Pakistan	7	4	11
États-Unis d'Amérique	7	3	10
Tunisie	7	1	8
Liban	5	2	7
Soudan	3	4	7
Royaume-Uni	6	-	6
Belgique	2	3	5
Jordanie	4	1	5
Yémen	1	4	5
Allemagne	2	2	4
Iran, République Islamique d'	4	-	4
Iraq	3	1	4
Pays-Bas	2	2	4
Membres apatrides	4	-	4
République arabe syrienne	3	1	4
Bangladesh	2	1	3
Inde	2	1	3
Italie	1	2	3
Somalie	2	1	3
Suisse	3	-	3
Afghanistan	-	2	2
Bahreïn	2	-	2
Canada	2	-	2
Danemark	1	1	2
Éthiopie	-	2	2
Finlande	2	-	2
France	1	1	2
Maroc	2	-	2
Philippines	1	1	2
Ouganda	-	2	2
Algérie	-	1	1
Autriche	-	1	1
Australie	-	1	1
Érythrée	-	1	1
Géorgie	-	1	1
Hongrie	1	-	1
Japon	-	1	1
Kenya	-	1	1
Malawi	1	-	1
Nouvelle-Zélande	1	-	1
Nigéria	-	1	1

Norvège	-	1	1
République de Moldova	1	-	1
Roumanie	-	1	1
Arabie saoudite	-	1	1
Sénégal	1	-	1
Seychelles	1	-	1
Soudan du Sud	1	-	1
Suède	-	1	1
Tanzanie	-	1	1
Trinité-et-Tobago	1	-	1
Total	105	64	169

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 2014

Pays	Recrutement mondial Liste prioritaire ¹	Fourchette mondiale ²	Effectif total à l'Organisation mondiale de la Santé	Dont effectif dans la Région de la Méditerranée orientale
Égypte	C	003-012	33	25
Pakistan	C	005-014	23	11
Iran, République Islamique d'	C	004-012	15	4
Tunisie	C	001-008	13	8
Liban	C	001-008	13	7
Jordanie	C	001-008	12	5
Soudan	C	001-010	12	7
Iraq	B1	002-009	6	4
Maroc	B1	001-010	6	2
Yémen	B1	001-008	5	5
République arabe syrienne	B1	001-008	4	4
Somalie	B2	001-008	4	3
Afghanistan	B1	001-008	3	2
Bahreïn	B1	001-007	2	2
Arabie saoudite	A	005-011	2	1
Djibouti	B1	001-007	-	-
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			153	90
Total des autres nationalités			1851	79
Total général			2004	169

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

¹A 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

² Fourchette de recrutement actuelle permise en fonction de la contribution fixée

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2014

Titre de la réunion, lieu et date

Réunions statutaires et consultatives

Réunion élargie des membres du Comité consultatif sur la recherche en santé pour examiner l'intégration de la recherche dans l'initiative Pour l'avenir de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 16-18 février 2014

Première réunion du Groupe consultatif islamique mondial sur l'éradication de la poliomyélite, Djedda (Arabie saoudite), 26-27 février 2014

Vingtième réunion du groupe de travail régional pour la Méditerranée orientale sur l'Alliance GAVI, Lahore (Pakistan), 25-26 mars 2014

Troisième réunion du Comité Feu vert pour la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 7-9 avril 2014

Vingt-huitième réunion de la Commission régionale pour l'éradication de la poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 21-24 avril 2014

Réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite au Pakistan, Islamabad (Pakistan), 2-3 juin 2014

Réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, Islamabad (Pakistan), 5-6 juin 2014

Deuxième réunion du Comité consultatif technique auprès du Directeur régional, Le Caire (Égypte), 14-15 juin 2014

Réunion du groupe consultatif technique pour la Corne de l'Afrique, Amman (Jordanie), 12-14 août 2014

Consultation du Comité directeur régional et du groupe de travail technique régional sur l'activité physique, Le Caire (Égypte), 28-29 septembre 2014

Soixante et unième session du Comité régional de la Méditerranée orientale, Tunis (Tunisie), 19-22 octobre 2014

Quatrième réunion du Comité Feu vert pour la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 10-12 novembre 2014

Consultations

Forum régional de haut niveau sur l'approche de la promotion de l'activité physique tout au long de l'existence, Dubaï (Émirats arabes unis), 24-25 février 2014

Réunion de consultation pour déterminer le programme d'action sur la recherche en santé publique concernant le syndrome respiratoire du Coronavirus du Moyen-Orient, Riyad (Arabie saoudite), 2-3 mars 2014

Réunion technique sur les plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant, Le Caire (Égypte), 6-7 mars 2014

Réunion pour examiner les progrès réalisés dans la mise en œuvre du projet financé par la Fédération de Russie « Renforcement des cadres politiques pour réduire le fardeau des décès prématurés dus aux maladies non transmissibles au Liban, au Maroc, au Soudan et au Yémen », Le Caire (Égypte), 16-17 mars 2014

Réunion OMS sur l'échange d'expériences en matière d'amélioration de l'accessibilité et de la demande de services de vaccination dans les zones caractérisées par l'insécurité et/ou d'autres situations complexes, Tunis (Tunisie), 20-21 mars 2014

Réunion régionale des points focaux pour le renforcement des systèmes de santé dans le cadre des initiatives mondiales en faveur de la santé, Lahore (Pakistan), 27-28 mars 2014

Séminaire-atelier d'experts en vue de la préparation d'une nouvelle édition de la note consultative de l'OMS sur la consommation de tabac par narguilé, Le Caire (Égypte), 30-31 mars 2014

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2014 (suite)

Titre de la réunion, lieu et date

Consultations

Réunion de consultation régionale sur le renforcement des capacités en matière de sécurité chimique pour l'application du Règlement sanitaire international, Amman (Jordanie), 1^{er}-4 avril 2014

Consultation régionale consacrée à la Stratégie technique mondiale sur la lutte contre le paludisme et l'élimination de la maladie 2016-2025 et Consultation régionale sur le second plan mondial contre le paludisme, Casablanca (Maroc), 14-16 avril 2014

Réunion d'experts sur le renforcement de la surveillance et du suivi des maladies non transmissibles dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 15-16 avril 2014

Consultation internationale sur la santé des travailleurs « Prise en charge de tous les travailleurs : interventions, indicateurs et prestation de services », Semnan (République islamique d'Iran), 28-30 avril 2014

Réunion de consultation d'experts sur les indicateurs essentiels régionaux, Le Caire (Égypte), 1^{er}-2 mai 2014

Réunion du Comité de sélection du Système conjoint Bureau régional de la Méditerranée orientale/Programme de recherche sur les maladies tropicales pour les petites subventions à la recherche, Le Caire (Égypte), 11-14 mai 2014

Réunion de consultation en vue de la mise au point de modules pour la prise en charge de la tuberculose et les soins de la tuberculose ultrarésistante chez les réfugiés et dans les populations de personnes déplacées en République arabe syrienne et dans les pays voisins, Le Caire (Égypte), 2-4 juin 2014

Consultation régionale sur l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale, Jeddah (Arabie saoudite), 9-11 juin 2014

Septième réunion du Comité consultatif scientifique et technique régional du Projet soutenu par le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et le Fonds pour l'environnement mondial (FEM), Le Caire (Égypte), 16-19 juin 2014

Réunion de consultation d'experts pour l'élaboration d'un plan stratégique régional sur la sécurité transfusionnelle et l'autosuffisance en produits sanguins (2014-2018), Amman (Jordanie), 18-20 juin 2014

Réunion sur la stratégie de renforcement des systèmes d'information sanitaire et la liste d'indicateurs essentiels, Le Caire (Égypte), 3 juillet 2014

Réunion d'experts pour la préparation d'une réunion ministérielle de haut niveau en vue d'intensifier les soins du cancer dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 21-22 juillet 2014

Réunion de consultation pour la mise au point d'un manuel sur la surveillance de la grippe/ des infections respiratoires aiguës dans les milieux abritant des populations déplacées, Tunis (Tunisie), 15-17 août 2014

Réunion de consultation sur la publicité en faveur du tabac, sa promotion et son encouragement dans les arts dramatiques, Le Caire (Égypte), 24-25 août 2014

Réunion d'examen de la phase II de la riposte à la flambée épidémique de poliomyélite au Moyen-Orient, Beyrouth (Liban), 6-7 septembre 2014

Réunion de consultation en vue de mettre au point l'ensemble de module OMS pour la lutte antituberculeuse dans les situations d'urgence complexes, Le Caire (Égypte), 8-9 septembre 2014

Réunion avec des responsables des missions médicales pour le pèlerinage (Hajj), Djeddah (Arabie saoudite), 16-17 septembre 2014

Réunion du G5 sur le renforcement de la collaboration transfrontalière afin de faciliter l'application du règlement sanitaire international, Téhéran (République islamique d'Iran), 30 septembre-1^{er} octobre 2014

Réunion du groupe d'examen régional pour l'élimination de la filariose lymphatique et d'autres programmes de chimiothérapie préventive, Khartoum (Soudan), 18-20 novembre 2014

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2014 (suite)

Titre de la réunion, lieu et date

Consultations

Consultation régionale sur le renforcement de la prestation de services par l'approche de la médecine familiale : sur la voie de la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 17-19 novembre 2014

Réunion d'évaluation du projet et de l'équipe pour l'analyse et l'évaluation mondiales sur l'assainissement, Amman (Jordanie), 25-27 novembre 2014

Réunion de consultation sur le développement des personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 2-4 décembre 2014

Réunion de consultation sur l'élaboration d'un projet de module régional pour les profils de nutrition, Tunis (Tunisie), 8-10 décembre 2014

Réunion de consultation pour l'examen et la mise au point des modules pour la santé mentale en milieu scolaire, le Caire (Égypte), 17-19 décembre 2014

Réunions interpays

Réunion technique sur les plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant, Le Caire (Égypte), 14 avril 2014

Seconde réunion régionale annuelle pour intensifier la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, le Caire (Égypte), 24-25 avril 2014

Réunion interpays sur les soins de l'enfant au sein de la communauté en tant que composante des plans d'accélération pour la santé de la mère et de l'enfant, Alexandrie (Égypte), 27-29 avril 2014

Conférence des autorités de réglementation pharmaceutique de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 5-8 mai 2014

Réunion régionale pour la mise en place d'une surveillance basée sur les événements dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, conformément aux exigences du Règlement sanitaire international 2005 (RSI), Le Caire (Égypte), 13-15 mai 2014

Réunion régionale sur le renforcement de la mise en œuvre des systèmes de sécurité sociale en vue d'atteindre la couverture sanitaire universelle, Amman (Jordanie), 1^{er}-4 juin 2014

Réunion régionale des points focaux chargés de la prévention des traumatismes dans les ministères de la Santé, Amman (Jordanie), 23-25 juin 2014

Réunion régionale intitulée « Mobiliser le secteur privé de la santé en vue d'accélérer les progrès vers la couverture sanitaire universelle », Le Caire (Égypte), 23-25 juin 2014

Sixième réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte antipaludique des pays du Réseau de surveillance du traitement antipaludique dans la Corne de l'Afrique et du Réseau de lutte antipaludique PIAM-NET, Le Caire (Égypte), 13-14 août 2014

Troisième réunion interpays pour le personnel travaillant dans le domaine de la poliomyélite, Mascate (Oman), 1^{er}-3 septembre 2014

Réunion sur le renforcement des systèmes d'information sanitaire, Le Caire (Égypte), 1^{er}-4 septembre 2014

Réunion annuelle des administrateurs des programmes nationaux de santé maternelle et génésique, portant sur le thème suivant : « s'attaquer aux principales causes de mortalité maternelle », Le Caire (Égypte), 7-10 septembre 2014

Réunion régionale sur le renforcement de l'intégration et de la prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires, Le Caire (Égypte), 8-10 septembre 2014

Vingt-deuxième réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida, Le Caire (Égypte), 8-11 septembre 2014

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2014 (suite)

Titre de la réunion, lieu et date

Réunions interpays

Réunion interpays pour intensifier l'action en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 15-17 septembre 2014

Réunion interpays en vue de l'élaboration d'un plan d'action pour le Code de commercialisation des substituts du lait maternel, Le Caire (Égypte), 22-24 septembre 2014

Réunion interpays sur la bonne gouvernance des médicaments destinée aux pays ayant les meilleures performances pour la Phase II dans la Région de la Méditerranée orientale, Mascate (Oman), 22-25 septembre 2014

Réunion interpays sur la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : définir les prochaines étapes, Le Caire (Égypte), 23-25 septembre 2014

Réunion des administrateurs nationaux du programme sur l'élimination de la lèpre dans la Région de la Méditerranée orientale, Rabat (Maroc), 29-30 octobre 2014

Réunion interpays sur le plan de préparation à la pandémie de grippe, Amman (Jordanie), 10-13 novembre 2014

Vingt-huitième réunion interpays des administrateurs nationaux du Programme élargi de vaccination (PEV) et vingt-neuvième réunion du groupe consultatif technique régional sur la vaccination, Amman (Jordanie), 16-19 novembre 2014

Quinzième réunion interpays sur la lutte contre la rougeole/la rubéole et l'élimination de ces maladies, Amman (Jordanie), 22-25 novembre 2014

Réunion interpays sur le renforcement de l'éducation médicale dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 25-27 novembre 2014

Deuxième réunion interpays sur l'évaluation des technologies de la santé : lignes directrices pour la mise en place de programmes sur l'évaluation des technologies de la santé au sein des systèmes de santé, Le Caire (Égypte), 1^{er}-4 décembre 2014

Réunion régionale sur la mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé et l'environnement et du cadre d'action 2014-2019, et Consultation régionale sur la qualité de l'air et la santé, Amman (Jordanie), 8-11 décembre 2014

Séminaires-ateliers et formations

Formation infrarégionale sur l'utilisation de la technique de PCR en temps réel pour la détection et le diagnostic du virus H7N9 de la grippe, Le Caire (Égypte), 17-19 février 2014

Formation infrarégionale sur l'utilisation de la technique de PCR en temps réel pour la détection et le diagnostic du virus H7N9 de la grippe, Le Caire (Égypte), 3-5 mars 2014

Séminaire-atelier régional en vue d'orienter les États Membres sur la préparation et la mise en place d'un plan de prévention de la cécité évitable 2014-2019, Le Caire (Égypte), 18-20 mars 2014

Séminaire-atelier régional sur les outils d'analyse du financement de la santé comme base pour l'élaboration des stratégies des pays, Le Caire (Égypte), 4-8 mai 2014

Séminaire-atelier à l'appui de la mise en œuvre des recommandations de l'OMS sur la réduction du sel et des graisses dans les pays du Conseil de coopération du Golfe, Al Ain (Émirats arabes unis), 6-7 mai 2014

Séminaire-atelier de formation conjoint OMS/FFI/Smarters futures sur l'assurance et le contrôle de la qualité pour l'enrichissement de la farine destiné aux meuniers et aux spécialistes de la réglementation des pays de l'Afrique du nord et du Moyen-Orient, Casablanca (Maroc), 12-15 mai 2014

Première formation infrarégionale consacrée au diagnostic biologique des fièvres hémorragiques virales, NAMRU-3, Le Caire (Égypte), 18-22 mai 2014

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2014 (suite)

Titre de la réunion, lieu et date

Séminaires-ateliers et formations

Séminaire-atelier de formation à la gestion des données de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) - Groupe A, Le Caire (Égypte), 1^{er}-5 juin 2014

Seconde formation infrarégionale consacrée au diagnostic biologique des fièvres hémorragiques virales, Le Caire (Égypte), 1^{er}-5 juin 2014

Séminaire-atelier de formation à la gestion des données de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) - Groupe B, le Caire (Égypte), 8-12 juin 2014

Séminaire-atelier de formation à la gestion des données de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) - Groupe C, le Caire (Égypte), 15-19 juin 2014

Séminaire atelier de formation sur la gestion du risque biologique et l'expédition de substances infectieuses pour les laboratoires de la tuberculose dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 22-26 juin 2014

Séminaire-atelier régional de formation à la méthodologie OMS révisée pour l'évaluation de la causalité des manifestations post-vaccinales indésirables (MAPI), Mascate (Oman), 23-26 juin 2014

Séminaire-atelier consacré à l'élaboration d'un Plan national de préparation et de riposte à l'ensemble des risques liés aux urgences sanitaires, conformément au Règlement sanitaire international (RSI), Amman (Jordanie), 11-19 août 2014

Séminaire-atelier de formation régional sur la gestion intégrée des vecteurs, Le Caire (Égypte), 16-21 août 2014

Programme d'apprentissage mondial sur les politiques de santé nationale et séminaire-atelier sur la planification stratégique, le Caire (Égypte), 24-28 août 2014

Séminaire-atelier pour renforcer la surveillance des infections respiratoires aiguës sévères (IRAS), portant plus spécialement sur la détection précoce du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) et la riposte en la matière, Tunis (Tunisie), 3-5 septembre 2014

Séminaire-atelier de formation à la gestion des données de la surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) - Groupe A, Le Caire (Égypte), 7-11 septembre 2014

Séminaire-atelier de formation sur la mise à jour du système d'information concernant les laboratoires en vue de l'action, Amman (Jordanie), 14-18 septembre 2014

Séminaire-atelier régional de renforcement des capacités des systèmes de santé pour les pays remplissant les conditions pour le renforcement des systèmes de santé dans le cadre des initiatives mondiales de santé et d'autres pays sélectionnés, Charm-El-Cheikh (Égypte), 14-18 septembre 2014

Séminaire-atelier de formation sur la mise à jour du système d'information sur les laboratoires en vue de l'action, Amman (Jordanie), 14-18 septembre 2014

Séminaire-atelier sur le renforcement de la surveillance et du suivi des maladies non transmissibles dans la Région de la Méditerranée orientale (en collaboration avec le réseau de santé publique de la Méditerranée orientale), Le Caire (Égypte), 21-25 septembre 2014

Séminaire-atelier de formation sous-régional sur l'inspection des navires et la délivrance de certificats sanitaires de navire, conformément au Règlement sanitaire international (2005), Tanger (Maroc), 22-25 septembre 2014

Formation infrarégionale sur la prise en charge en laboratoire de la maladie à virus Ebola, NAMRU-3, Le Caire (Égypte), 28-30 octobre 2014

Second programme d'apprentissage mondial : politiques de santé nationales et planification stratégique, Le Caire (Égypte), 16-20 novembre 2014

.....

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2014 (suite et fin)

Titre de la réunion, lieu et date

Séminaires-ateliers et formations

Séminaire-atelier régional sur l'élaboration d'un le plan national pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence de tout type conformément au Règlement sanitaire international, Manama (Bahreïn), 8-11 décembre 2014

Formation destinée aux épidémiologistes et aux virologues sur l'intégration de la surveillance épidémiologique et virologique dans le cadre de la préparation à la grippe pandémique, Le Caire (Égypte), 14-16 décembre 2014

Séminaire-atelier régional sur l'analyse coût-efficacité : outils pour la prise de décision en matière de santé, Le Caire (Égypte), 14-18 décembre 2014

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2014

Titre	Source
Publications	
Communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region: prevention and control 2012–2013 Langue : anglais	Bureau régional
Core indicators for adolescent health: a regional guide Langue : anglais	Bureau régional
Demonstration of sustainable alternatives to DDT and strengthening of national control capabilities in Middle East and North Africa: mid-term review Langue : anglais	Bureau régional
Establishing a national substance use treatment information system: a step-by-step guide Langue : anglais	Bureau régional
Food and nutrition surveillance systems: a guide for trainers Langue : anglais	Bureau régional
Food and nutrition surveillance systems: a manual for policy-makers and programme managers Langue : anglais	Bureau régional
Cadre d'action sur la leishmaniose cutanée dans la Région de la Méditerranée orientale 2014–2018 Langues : anglais/français	Bureau régional
Framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2014 Langue : anglais	Bureau régional
Guide for rapid assessment of interactions between HIV programmes and health systems Langue : anglais	Bureau régional
Note d'orientation : Diplomatie sanitaire Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Health inequities in the Eastern Mediterranean Region : Selected country case studies Langue : anglais	Bureau régional
HIV test-treat-retain cascade analysis: guide and tools Langue : anglais	Bureau régional
Malaria in the Eastern Mediterranean Region 2013 Langue : anglais	Bureau régional
Manuel sur la prise en charge de la leishmaniose cutanée dans la Région OMS de la Méditerranée orientale Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Preventing suicide: a global imperative Langue : arabe	Siège
Preventing suicide: a manual for case registration of suicide and attempted suicide Langue : anglais	Bureau régional
Primary ear and hearing care training resource: advanced level Langue : anglais	Siège

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2014 (suite)

Titre	Source
Publications	
Primary ear and hearing care training resource: student's workbook intermediate level Langue : arabe	Siège
Primary ear and hearing care training resource: trainer's manual intermediate level Langue : arabe	Siège
Promoting physical activity in the Eastern Mediterranean Region through a life-course approach Langues : anglais/arabe	Bureau régional
Promoting physical activity through the life course: a regional call to action Langues : anglais/arabe	Bureau régional
Regional strategy for the improvement of civil registration and vital statistics systems 2014-2019 Langue : anglais	Bureau régional
Right to health Crossing barriers to access health in the occupied Palestinian territory, 2013 Langue : anglais	Bureau de pays
L'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale : rapport annuel du Directeur régional 2013 Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Use of rapid HIV tests in HIV testing strategies Langue : anglais	Bureau régional
Périodiques	
La Revue de Santé de la Méditerranée orientale; Vol.20 No1–No12 Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
IMEMR current contents Vol. 13 No.1–No.4 Langue : anglais	Bureau régional
Aide-mémoire	
Augmentation des taxes sur le tabac Langues : anglais/arabe/français The WHO Framework Convention on Tobacco Control Protecting tobacco control from tobacco industry interference Tobacco taxation Second-hand smoke Tobacco product regulation Tobacco packaging and labelling Tobacco advertising, promotion and sponsorship Tobacco use in films Tobacco cessation The illicit trade in tobacco products Tobacco cultivation Tobacco surveillance The effects of tobacco use on health Waterpipe tobacco use Smokeless tobacco use Young people and tobacco use Women and tobacco use	Bureau régional

.....

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2014 *(suite et fin)*

Titre	Source
Aide-mémoire	
Tobacco and poverty Tobacco use and religion Health professionals and tobacco control Further reading Langue : anglais	Bureau régional
Publications électroniques	
Analysis of the private health sector in countries of the Eastern Mediterranean: exploring unfamiliar territory Langue : anglais	Bureau régional
Assessing the regulation of the private health sector in the Eastern Mediterranean: Egypt Langue : anglais	Bureau régional
Assessing the regulation of the private health sector in the Eastern Mediterranean: Yemen Langue : anglais	Bureau régional
Health system profile: Afghanistan 2012 Langue : anglais	Bureau régional
Health system profile: Lebanon 2012 Langue : anglais	Bureau régional
Health system profile: occupied Palestinian territory 2012 Langue : anglais	Bureau régional

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2014

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
Cancer	WHO Collaborating Centre for Research on Gastrointestinal Cancers	Iran (République islamique d')	Digestive Diseases Research Centre
Classifications des maladies	WHO Collaborating Centre for Family of International Classifications	Koweït	Ministry of Health
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 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 antitabac	WHO Collaborating Centre on Tobacco Control	Iran (République islamique d')	National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease (NRITLD)
Lutte contre les infections	WHO Collaborating Centre for Infection Prevention and Control	Arabie saoudite	King Abdulaziz Medical City, King Fahad National Guard Hospital

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2014 (suite)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
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	WHO Collaborating Centre for Emerging and Re-emerging Infectious Diseases	Égypte	US Naval Medical Research Unit No. 3
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 Training and Research in Blood Transfusion	Émirats arabes unis	Sharjah Blood Transfusion and Research Centre
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 Transfusion Medicine	Jordanie	National Blood Bank, Ministry of Health
Médecine transfusionnelle	Centre de collaborateur de l'OMS pour la médecine transfusionnelle	Tunisie	Centre national de la transfusion sanguine, Tunis, Ministère de la Santé
Médecine du travail	WHO collaborating centre for occupational health	Émirats arabes unis	United Arab Emirates University
Nutrition	WHO Collaborating Centre in Nutrition	Émirats arabes unis	College of Food and Agriculture-United Arab Emirates University
Nutrition	WHO Collaborating Centre for Research, Training and Outreach in Food and Nutrition	Liban	American University of Beirut
Ostéoporose et diabète	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Management of Osteoporosis and Diabetes	Iran (République islamique d')	Teheran University of Medical Sciences
Perte d'audition	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Hearing Loss	Iran (République islamique d')	Iran University of Medical Sciences
Prévention de la cécité	WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness	Arabie saoudite	King Khaled Eye Specialist Hospital
Prévention de la cécité	WHO Collaborating Centre for the Eye Health and Prevention of Blindness programme	Iran (République islamique d')	Shaheed Beheshti University of Medical Sciences & Health Services
Prévention de la cécité	WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness	Pakistan	Al-Shifa Trust Eye Hospital

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2014 (suite)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Produits pharmaceutiques	Centre collaborateur de l'OMS pour la pharmacovigilance	Maroc	Centre antipoison 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
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, Saudi Arabia
Santé bucco-dentaire	WHO Collaborating Centre for Primary Oral Health Care	Koweït	University of Kuwait
Santé génésique	Centre 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
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
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Bahreïn	College of Health Sciences, Ministry of Health
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Education and Research in Nursing and Midwifery	Iran (République islamique d')	Iran University of Medical Sciences
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Jordanie	Jordanie University of Science and Technology (JUST)
Troubles métaboliques osseux	WHO Collaborating Center for Metabolic Bone Disorders	Liban	American University of Beirut

.....

Annexe 5. Centres collaborateurs de l’OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2014 *(suite et fin)*

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
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)

