

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

Rapport annuel du
Directeur régional pour 2015



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

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

Rapport annuel du
Directeur régional pour 2015



Organisation
mondiale de la Santé

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Bureau régional de la Méditerranée orientale

Activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale : rapport annuel du Directeur régional 2015 / Bureau régional de la Méditerranée orientale

P.

Édition anglaise au Caire (ISBN 978-92-9022-169-2)
(ISBN 978-92-9022-170-8) (en ligne)
(ISSN 1020-9166)

Édition arabe au Caire (ISBN 978-92-9022-171-5)
(ISBN 978-92-9022-172-2) (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 978-92-9022-173-9) (Classification NLM : WA 541)

(ISBN 978-92-9022-174-6) (en ligne)

(ISSN 1816-2061)

© Organisation mondiale de la Santé 2016

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.....	14
Promouvoir la santé tout au long de la vie	25
Maladies non transmissibles.....	36
Maladies transmissibles.....	44
Préparation et riposte aux situations d'urgence	59
Mettre en œuvre les réformes gestionnaires de l'OMS.....	69
Conclusion	73
Annexe 1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, juillet 2016	74
Annexe 2. Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale, 31 décembre 2015	76
Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2015	78
Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2015	83
Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2015	87



Photo : ©OMS

Introduction et faits saillants du rapport

Le présent rapport rend compte de l'activité de l'OMS dans la Région au cours de l'année 2015 et au début de l'année 2016. Il reflète les objectifs atteints, les difficultés rencontrées, ainsi que les orientations futures et les prochaines étapes à franchir. Il met l'accent en particulier sur les cinq priorités stratégiques dont ont convenu les États Membres en 2012 : renforcement des systèmes de santé sur la voie de la couverture sanitaire universelle ; santé de la mère et de l'enfant ; maladies non transmissibles ; sécurité sanitaire et lutte contre les maladies transmissibles ; et préparation et riposte aux situations d'urgence.¹

La couverture sanitaire universelle est l'objectif principal de notre collaboration avec les États Membres en vue du renforcement des systèmes de santé. Cet objectif a été fixé par le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

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/>

en 2012 et depuis lors, nous avons apporté notre soutien aux pays dans la mise en œuvre des interventions figurant dans le cadre d'action régional. Les États Membres font preuve d'un fort engagement en faveur de la couverture sanitaire universelle. Ces 18 derniers mois, l'OMS a apporté un soutien aux pays dans différents domaines essentiels aux fins de la couverture sanitaire universelle, parmi lesquels l'évaluation du financement de la santé, la politique sanitaire et la planification stratégique, la réglementation du secteur de la santé et le développement des capacités à l'appui du renforcement de la législation et de la réglementation en matière de santé publique. Le cadre d'action régional, qui reprend les quatre axes de la couverture sanitaire universelle (développer une vision et une stratégie, améliorer la protection financière, élargir la couverture des services et garantir la couverture de la population), continuera d'être mis à jour en fonction des besoins des États Membres et servira de feuille de route permettant d'apporter un appui technique aux pays et de suivre les progrès réalisés.

Le Bureau régional a également instauré une collaboration stratégique avec un large réseau d'experts internationaux au moyen du projet *Disease Control Priorities 3* (DCP3) afin d'élaborer un ensemble prioritaire de services essentiels aux fins de la couverture sanitaire universelle. L'inclusion d'interventions dans cet ensemble est fonction de critères tels que leurs répercussions effectives, le rapport coût-efficacité et l'accessibilité. Les avancées réalisées dans le cadre de cette initiative seront examinées lors d'une session extraordinaire en marge de la soixante-troisième session du Comité régional.

Un regain d'attention a été porté au développement des capacités des personnels de santé, qui reste un défi majeur dans la Région.



↑ Les participants au cinquième séminaire sur la diplomatie sanitaire, Le Caire, mai 2016

Une série de consultations entreprises au cours des 18 derniers mois s'est attachée à établir un cadre régional aux fins de la mise en œuvre de la stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé, approuvée lors de la dernière Assemblée mondiale de la Santé, ainsi qu'un cadre stratégique complet pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux également lancé au cours de la réunion ministérielle en mai 2016. Un examen complet de l'enseignement médical impliquant une évaluation approfondie de la situation dans les pays de la Région qui a été réalisé en collaboration avec la Fédération mondiale pour l'éducation médicale, et nécessitant l'engagement actif des États Membres, a été mené à bien. Le Comité régional a approuvé par la suite un cadre d'action régional visant à réformer l'enseignement médical dans la Région ; celui-ci fera l'objet de discussions avec les ministres de la Santé et de l'Enseignement supérieur au cours d'une réunion de haut niveau en 2017. En vue de renforcer le leadership en santé et de développer les capacités

des ministères de la Santé en matière de santé publique, un cours sur le leadership a été lancé en 2015 à l'intention de hauts responsables de la santé et mis en œuvre en deux étapes, à Genève et à Mascate, en collaboration avec la *Harvard School of Public Health*. Plus de 50 futurs hauts responsables de la santé ont obtenu un diplôme à l'issue de ce cours qui sera désormais dispensé sur une base annuelle. Le Bureau régional continue d'organiser un séminaire annuel sur la diplomatie sanitaire destiné aux hauts responsables des ministères de la Santé et des Affaires étrangères, ainsi qu'aux diplomates et aux parlementaires.

Le travail s'est poursuivi dans d'autres domaines d'importance stratégique pour le renforcement des systèmes de santé, notamment en matière de réglementation du secteur pharmaceutique et des dispositifs médicaux, de promotion de la médecine familiale, de réglementation et de partenariat avec le secteur privé, de renforcement de la gestion hospitalière et de la sécurité des patients,

d'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil, et de systèmes d'information sanitaire. La Région dispose à présent des informations les plus complètes par rapport aux autres régions de l'OMS sur sa situation concernant l'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil. Une stratégie régionale basée sur les évaluations complètes menées dans la plupart des États Membres et visant à renforcer l'enregistrement en matière d'état civil, notamment la notification de la mortalité par cause spécifique, est maintenant disponible pour guider les pays dans l'application de mesures prioritaires.

L'OMS a continué d'appuyer la mise en œuvre du cadre régional sur les systèmes d'information sanitaire et l'utilisation des indicateurs de base, ainsi que le renforcement des capacités en vue d'améliorer la collecte, la notification et la diffusion des données. Un outil pratique a été mis au point afin d'évaluer les lacunes dans la capacité des pays à générer et à exploiter des données fiables pour chacun des 68 indicateurs sanitaires régionaux de base. Cette évaluation permettra de recommander des mesures pour pallier ces lacunes et renforcer les systèmes d'information sanitaire. Des profils sanitaires complets, qui renseignent sur la situation actuelle, les difficultés majeures, les lacunes, les opportunités et la marche à suivre pour chaque programme de santé, ont également été préparés et mis à jour en collaboration avec les États Membres. Chaque pays dispose aujourd'hui d'une fiche d'information présentant les indicateurs sanitaires de base, ainsi qu'un plan relevant les forces, les faiblesses potentielles, les défis à relever et les priorités de son propre système de santé. Ces profils sont mis à jour chaque année en étroite concertation avec le ministère de la Santé.

La feuille de route pour la couverture sanitaire universelle approuvée par le Comité régional

en 2014 nous servira toujours de guide dans notre activité de renforcement des systèmes de santé. Nous continuerons de mettre l'accent sur le développement des capacités en matière de leadership et de gouvernance. L'analyse des politiques de santé et de la planification dans ce domaine, la législation et la réglementation sanitaires et le renforcement continu des systèmes d'information sanitaire, y compris de l'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil, resteront des domaines de travail importants. Des orientations stratégiques pour le développement des capacités des personnels de santé seront finalisées. La priorité sera accordée au soutien des pays dans la mise en œuvre du cadre stratégique sur les soins infirmiers et obstétricaux, tandis que la réunion de haut niveau des ministres de la Santé et de l'Enseignement médical prévue en 2017 devrait jouer un rôle particulièrement important dans l'élaboration prochaine de la réforme régionale de l'enseignement médical.

À la fin de l'année, il apparaissait évident que, la Région avait réussi à réduire considérablement la mortalité de la mère et de l'enfant depuis 1990, comme démontré par les dernières données de surveillance pour les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD). Toutefois, ces taux de réduction se situaient en deçà des cibles régionales globales fixées pour les OMD 4 et 5. L'initiative régionale visant à sauver les vies des mères et des enfants a continué à cibler les principaux obstacles rencontrés dans les pays qui ont une forte charge de mortalité maternelle et infantile. Les neuf pays les plus touchés ont lancé des plans visant à accélérer les progrès en matière de santé de la mère et de l'enfant, dont l'objectif premier est d'améliorer les résultats en vue d'atteindre les cibles des OMD, mais également de préparer le terrain pour les objectifs de développement durable (ODD) pour l'horizon 2030. En outre, l'OMS a mis l'accent sur la qualité des soins, notamment des soins



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

préconceptionnels et néonataux, qui revêtent une importance croissante pour la survie de la mère et de l'enfant dans la Région.

La mise en œuvre de la stratégie mondiale des Nations Unies et des cibles de l'ODD3 concernées constituera un moteur essentiel pour le progrès en matière de santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. Nous continuerons de concentrer nos efforts sur le développement des capacités dans les pays pour mettre fin aux décès évitables chez la femme, l'enfant et l'adolescent. À cet effet, l'OMS s'efforcera de soutenir et de suivre les avancées réalisées et la mise en œuvre des plans d'action pour la santé génésique et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant. Une attention particulière sera portée au renforcement des soins préconceptionnels et néonataux. Une liste d'interventions de santé publique pour les soins préconceptionnels fondée sur des données probantes, comprenant des interventions à fort impact pour la prévention et la maîtrise des troubles congénitaux et génétiques, sera finalisée pour recommandation auprès des pays d'ici fin 2016.

La nutrition reste un sujet préoccupant. Une feuille de route régionale a été élaborée à l'intention des pays pour la mise en œuvre des objectifs mondiaux fixés par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012 et des recommandations de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2). La plupart des pays disposent aujourd'hui de stratégies ou de plans d'action nationaux. La déclaration de principe régionale sur le besoin urgent de mise en œuvre complète du Code international de commercialisation des substituts du lait maternel a été mise en avant, tandis que le nombre de centres de stabilisation nutritionnelle pour le traitement des cas graves et complexes de malnutrition a été augmenté dans les pays en situation d'urgence.

Les maladies non transmissibles restent la principale cause de décès prématuré dans la Région, en particulier les cardiopathies, le cancer, les pneumopathies chroniques et le diabète. Malgré des engagements politiques dans les plus hautes sphères en faveur de l'action et les progrès impressionnants constatés dans certains pays, les avancées sont en général insuffisantes, irrégulières et inégales. La consommation de tabac est toujours en augmentation, les taux de surpoids et d'obésité à la fois chez l'adulte et chez l'enfant sont préoccupants dans la plupart des pays et il n'existe aucun élément montrant que la tendance concernant d'autres facteurs, y compris la sédentarité, soit encourageante.

Nous avons poursuivi nos efforts pour soutenir les pays dans 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 qui s'est tenue en 2011, au moyen du cadre d'action régional approuvé par le Comité régional en 2012. Au niveau mondial, le Bureau

.....

régional a joué un rôle important de plaidoyer en faveur d'un cadre de responsabilisation permettant de mesurer les progrès réalisés. De leur côté, les pays ont apporté une contribution essentielle en veillant à ce que les 10 indicateurs élaborés au niveau mondial pour mesurer les progrès réalisés par les États Membres soient alignés sur les indicateurs du cadre d'action régional. Les pays ont aujourd'hui davantage de moyens pour suivre et notifier les progrès réalisés concernant les engagements assortis d'échéances fixés dans la Déclaration politique.

Le cadre régional aborde la prévention et la maîtrise à travers quatre domaines : gouvernance, surveillance, prévention et soins de santé. En 2015, nous avons fourni à chaque État Membre la première édition du profil d'information annuel portant sur la riposte nationale, basé sur les 10 indicateurs de processus. Cela a permis aux pays de constater immédiatement les progrès réalisés dans la mise en œuvre. À ce jour, moins d'un tiers des pays disposent de stratégies ou de plans multisectoriels nationaux aux fins de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles, ou ont établi des cibles volontaires nationales, qui constituent pourtant des étapes initiales indispensables. En 2015 et au début de l'année 2016, nous avons mené une vaste campagne de sensibilisation pour souligner l'importance de ces problèmes.

Un certain nombre de mesures clés ont par ailleurs été adoptées au niveau régional pour soutenir les pays dans le déploiement d'une riposte multisectorielle. Celles-ci incluent l'élaboration, avec le concours du Centre collaborateur de l'OMS de l'Université de Georgetown, d'un tableau de bord et de dossiers d'information sur les meilleures pratiques en termes de législation sanitaire pour les maladies non transmissibles,

ainsi que la publication d'orientations sur les politiques aux fins de la réduction des apports en sucre, complétant les directives aux fins de la réduction des apports en sel et en graisses. Nous avons également soutenu les pays dans la mise à jour de la législation relative à la lutte antitabac et dans le renforcement des capacités pour la promotion de l'activité physique.

Un engagement total des secteurs non sanitaires sera essentiel pour s'assurer de l'avancée continue de l'application du cadre d'action régional aux fins de la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles. L'OMS continuera à travailler en collaboration avec les États Membres pour permettre la réalisation des progrès nécessaires au moment du prochain examen des Nations Unies prévu en 2018 ; toutefois, ces progrès dépendront réellement de l'engagement des États et des actions qu'ils auront entreprises.

En 2015, le Comité régional a également approuvé un cadre régional pratique et fondé sur des données probantes pour amplifier les mesures en matière de santé mentale et mettre en œuvre le Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Dans le cadre régional, quatre domaines d'action ont été identifiés : la gouvernance, la prévention, les soins de santé et la surveillance.

Des progrès significatifs ont été réalisés en 2015 en termes d'amélioration de la sécurité sanitaire dans la Région. Suite aux évaluations externes rapides menées par le Bureau régional fin 2014 et début 2015 pour la capacité des États Membres à détecter les cas de maladie à virus Ebola et à y riposter, il est apparu évident que les pays étaient loin de pouvoir déployer l'ensemble des capacités au titre du Règlement sanitaire international (RSI 2015) contrairement à ce qu'ils avaient notifié



Photo: ©OMS

↑ Le Centre régional pour les urgences sanitaires et l'éradication de la poliomyélite a été inauguré à Amman, en Jordanie, lors d'une cérémonie sous le patronage de Son Altesse Royale la Princesse Muna Al-Husseini de Jordanie

dans le cadre d'auto-évaluation. Aussi, en 2015, le Comité régional a décidé de créer une commission d'évaluation régionale pour faciliter le processus et fournir des orientations techniques aux pays et pour superviser un processus d'évaluation externe conjointe indépendante, c'est-à-dire d'abandonner l'auto-évaluation aux fins d'une évaluation objective de la capacité des pays à prévenir, détecter toute menace à la sécurité sanitaire et à y riposter. Parallèlement, le Comité a appelé à l'harmonisation des outils d'évaluation existants disponibles, ce qui a permis à notre région de devenir un acteur majeur de l'élaboration d'outils d'évaluation externe conjointe (EEC) qui sont aujourd'hui acceptés mondialement par l'ensemble des parties concernées.

Une évaluation externe conjointe des capacités au titre du RSI s'appuyant sur ces nouveaux outils a été menée dans quatre pays de la Région à ce jour. En outre, un plan a été élaboré pour mener à bien ce type d'évaluation objective et indépendante dans non moins de 10 pays d'ici fin 2016 et dans l'ensemble des pays d'ici fin 2017. Il s'agit d'un réel pas en avant. Néanmoins, des obstacles majeurs freinent les efforts en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies émergentes et réémergentes et tous les pays devront renforcer leurs capacités à répondre aux menaces qui pèsent sur la sécurité sanitaire. Au cours des 18 prochains mois, nous poursuivrons notre activité afin de veiller à ce que les États Membres soient évalués, que des plans d'action soient préparés à partir des bilans obtenus et que des mesures soient mises en œuvre sans délai pour pallier les lacunes.

Les flambées de maladies transmissibles ont constitué une menace permanente tout au long de l'année 2015, alors que les conflits et les déplacements de population continuaient de s'aggraver, posant de réelles difficultés pour le maintien de la couverture vaccinale ainsi que d'autres services essentiels et d'importance vitale pour la santé publique. En réponse, nous avons continué à mettre l'accent sur l'aide apportée aux États Membres, et nous avons redoublé nos efforts dans ce sens, pour qu'ils mettent en place en temps voulu une surveillance efficace des maladies, par exemple, en développant le réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) dans les pays en crise et en renforçant le système de surveillance et d'alerte précoce pour la grippe, les pneumopathies et les autres maladies infectieuses, afin de détecter de façon précoce et rapide ces menaces pour la santé. Le manque d'accès aux zones d'insécurité pour la mise en œuvre des mesures de lutte adaptées a entraîné des flambées de dengue



Photo : ©OMS

↑ Lors d'une visite dans le gouvernorat de Dohouk, en Iraq, le Directeur régional a inauguré un centre de soins de santé primaires pour les personnes déplacées au sein du pays, mis en place avec le soutien de l'OMS

au Soudan et au Yémen et de choléra dans différents pays. Malgré cela, la détection rapide et l'endiguement de ces flambées, en particulier celle de choléra en Iraq et des fréquentes flambées de MERS en milieu hospitalier en Arabie saoudite, sont quelques exemples, parmi les plus marquants, de la réaction opportune et efficace de l'OMS. Son action a ainsi permis d'éviter une crise sanitaire internationale majeure en répondant à ces menaces persistantes et de plus en plus présentes qui pèsent sur la sécurité sanitaire dans la Région.

Des progrès encourageants ont été réalisés sur la voie de l'éradication de la poliomyélite dans les deux derniers pays d'endémie que sont l'Afghanistan et le Pakistan, bien qu'il reste encore des zones où le poliovirus continue de circuler. À la mi-mai 2016, tous les pays avaient remplacé le vaccin antipoliomyélitique oral trivalent par le vaccin bivalent exigé au niveau mondial aux fins de la vaccination systématique et des campagnes de vaccination. Les progrès réalisés sur la voie de l'éradication de cette maladie suscitent un espoir réel. Nous avons toutes les raisons de croire que notre activité dans la Région arrive à un tournant qui annonce la fin de notre combat pour

l'éradication de la poliomyélite dans le monde. Nous devons continuer à apporter notre soutien aux programmes en Afghanistan et au Pakistan et à nous engager pleinement afin de veiller à ce que les enfants de tous les pays soient vaccinés. Par ailleurs, afin de prévenir les flambées, il est nécessaire, aujourd'hui comme à l'avenir, de garantir la fourniture et le maintien d'une couverture vaccinale pour toutes les maladies infantiles dans les situations d'urgence où de nombreux enfants sont difficiles à atteindre.

Le Comité régional a adopté le Plan d'action pour les vaccins dans la Méditerranée orientale comme cadre à la mise en œuvre du plan d'action mondial pour les vaccins, ainsi que le Plan d'action régional contre le paludisme 2016-2020 pour la mise en œuvre de la Stratégie technique mondiale de lutte contre le paludisme 2016-2030. Nous avons réuni un large éventail de parties prenantes et obtenu leur engagement dans l'élaboration d'un plan d'action régional contre l'hépatite virale.

L'année 2015 a connu une nette détérioration de la situation humanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale. La crise au Yémen a été qualifiée d'urgence assortie du niveau de menace le plus élevé (niveau 3) par les Nations Unies en juillet 2015 et la Région connaît à ce jour trois cas d'urgences de niveau 3, dont la crise en Iraq et celle en République arabe syrienne. Dans l'ensemble de la Région, plus de 62 millions de personnes avaient besoin de soins de santé en raison de situations d'urgences à la fin 2015, exerçant de fait une pression considérable sur des systèmes de santé déjà affaiblis et dépassés. Plus de 60 % de l'ensemble des réfugiés et des personnes déplacées sont originaires de la Région ; au Liban, les réfugiés représentent aujourd'hui un tiers de la population totale.

Le manque de personnel médical spécialisé, les pénuries de médicaments et d'équipements médicaux, ainsi que d'autres ressources sanitaires, en particulier dans les zones où l'OMS et ses partenaires avaient difficilement accès, ont eu des répercussions sévères sur la prestation des services de santé, ce qui a contribué à détériorer la situation sanitaire de certaines populations et à accroître le nombre de décès évitables. Malgré les limitations des ressources et les lacunes majeures en termes de financement humanitaire, notre programme régional de riposte aux situations d'urgence a été restructuré en 2015 et sera renforcé considérablement pour faire face à la détérioration sans précédent du nombre, de la magnitude et de la sévérité des crises qui requièrent l'appui de l'OMS. Notre capacité à apporter des secours sanitaires et humanitaires a été renforcée et nous continuons à accorder la priorité à la riposte de l'OMS aux crises dans la Région, en veillant à fournir des médicaments essentiels, du matériel et de l'aide humanitaire tout en renforçant la surveillance des maladies, les campagnes de vaccination, les services de soins de traumatologie, la prise en charge des maladies chroniques et le soutien en matière de santé mentale. Nous avons continué à rechercher et à mettre en œuvre des approches, ainsi qu'à consolider nos partenariats pour que les personnes bloquées dans les zones difficiles d'accès puissent recevoir des soins de santé en tout lieu et pour soutenir les services sanitaires mobiles.

Il est évident et, cela a déjà été souligné par le Comité régional lors de nombreuses réunions, que nous devons garantir une approche plus efficace et systématique, à la fois au sein des pays et à travers toute la Région, pour répondre aux besoins sanitaires des populations touchées par des conflits et des situations d'urgence et pour que les systèmes de santé dans les pays concernés soient

consolidés et continuent à fournir dans l'urgence les services de santé requis aux populations déplacées et aux communautés d'accueil. Cela exigera une coordination plus large et soutenue, des actions et un engagement de la part des autres secteurs et parties prenantes, y compris des communautés affectées.

Suite à l'approbation en mai 2016 par l'Assemblée mondiale de la Santé du nouveau programme de l'OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire, une restructuration supplémentaire a été entreprise et une augmentation substantielle des moyens humains est d'ores et déjà prévue.

Le fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence a été lancé en janvier 2016 en vue de garantir un financement prévisible des ripostes renforcées/rapides pour répondre aux catastrophes naturelles et causées par l'homme dans la Région. En outre, le centre pour la logistique de l'OMS, établi au sein de la Cité humanitaire internationale de Dubaï pour assurer la fourniture en temps voulu des médicaments, des fournitures et des équipements médicaux faisant l'objet d'un besoin urgent aux pays dans la Région et au-delà, est désormais opérationnel. Nous espérons que les États Membres de la Région continueront à appuyer les efforts de mobilisation de ressources aux fins de l'aide sanitaire et humanitaire dans les pays touchés, ainsi qu'en vue de la fourniture de capacités techniques et de riposte plus que nécessaires.

Ces 18 derniers mois, nous avons poursuivi la mise en œuvre d'activités techniques et opérationnelles, ainsi que d'actions parallèles pour une meilleure efficacité en termes de gestion. Nous nous sommes efforcés de mettre l'accent en permanence sur la responsabilisation, la transparence et l'efficacité, ainsi que sur le

renforcement des effectifs de l'OMS, en particulier au niveau national. La conformité, désormais suivie au moyen d'un tableau de conformité mis à jour tous les mois, est étroitement liée aux mécanismes d'évaluation des performances. Nous avons porté un intérêt croissant aux initiatives de renforcement des capacités, comme le programme de formation intégré pour les centres budgétaires, les forums spéciaux consacrés à la conformité et les initiatives de vulgarisation. Les premiers résultats obtenus s'avèrent positifs avec des améliorations en termes de gestion, de conformité et de responsabilisation. Nous avons ainsi constaté un recul de plus de 80 % des retards dans la soumission des rapports sur les contributions financières directes par rapport à 2013, ainsi que des rapports pour les donateurs par rapport à 2014 et l'accomplissement de la majorité des recommandations formulées lors des principales vérifications des comptes externes et internes. Nous avons également mené à bien un projet visant à s'attaquer à la non-conformité en matière de conditions d'emploi des employés n'ayant pas le statut de membres du personnel.

Conformément aux pratiques de ces dernières années, une réunion de haut niveau des ministres et des représentants des États Membres et des missions permanentes à Genève s'est tenue avant la réunion de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces réunions offrent à chaque fois l'occasion d'évaluer, en présence des ministres de la Santé et des représentants des gouvernements, les progrès réalisés dans la gestion des principales priorités depuis la dernière réunion du Comité régional. Elles renforcent également la participation des

États Membres aux discussions mondiales sur la santé et sur la réforme de l'OMS.

Il apparaît évident que la Région joue un rôle clé dans différents domaines d'intervention de l'OMS. L'activité que nous entreprenons afin de renforcer le système de santé, la sécurité sanitaire et de gérer les maladies non transmissibles a jeté des bases pour les années à venir qui constituent des fondations solides pour que les pays agissent en toute confiance. En outre, il est de plus en plus couramment admis dans la Région que la collaboration entre les secteurs est cruciale pour atteindre les objectifs à long terme concernant la santé et le développement. Néanmoins, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir. Alors que nous entrons dans la période post-2015 et que les États Membres commencent à œuvrer aux fins des ODD, nous allons reporter notre attention vers quatre domaines d'action clés : le plaidoyer en faveur des cibles des ODD liées à la santé, l'harmonisation des stratégies sanitaires de l'OMS existantes et des cibles des ODD, l'identification de mécanismes plus efficaces pour une action multisectorielle à la fois aux niveaux national, régional et mondial et le renforcement des systèmes d'information sanitaire pour favoriser le suivi des progrès réalisés. 2016 et 2017 seront des années décisives qui permettront de poser ces fondations.



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 2015, l'OMS a intensifié son soutien aux États Membres afin d'accélérer les progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle, de s'acquitter des engagements pris par le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale dans la résolution EM/RC60/R.2 (2013) et de mettre en œuvre le cadre d'action régional en vue de faire progresser la couverture sanitaire universelle (EM/RC61/R.1). Le cadre se concentre sur quatre aspects principaux : développer une vision et une stratégie pour atteindre la

couverture sanitaire universelle ; améliorer la protection contre les risques financiers ; élargir la couverture des soins de santé indispensables ; et garantir l'extension et le suivi de la couverture de la population.

Financement de la santé, extension de la couverture de la population et amélioration de l'accès aux services

Malgré des progrès notables, les pays continuent de se débattre avec les manques d'efficacité, les inégalités et les problèmes liés à pérennité des systèmes de financement de la santé. Il est essentiel de surmonter ces obstacles pour atteindre les objectifs de la couverture sanitaire universelle. En 2015, le soutien de l'OMS s'est concentré sur les éléments suivants : la poursuite de l'analyse des systèmes de financement de la santé dans les pays ; la conduite d'examen techniques de haut niveau pour les réformes en cours portant sur les systèmes de santé et les modes de financement ;



Photo : ©OMS

↑ Les participants au deuxième cycle du programme sur le leadership en santé, novembre 2015/janvier 2016

la mise en place de dialogues politiques pour identifier les options de financement de la santé propres à chaque pays ; et le renforcement des capacités régionales et nationales dans des domaines spécialisés du financement de la santé.

Les systèmes de financement de la santé de sept pays ont été analysés à l'aide de l'outil OASIS (Analyse organisationnelle en vue de l'amélioration et du renforcement du financement de la santé) de l'OMS pour évaluer les pratiques institutionnelles et organisationnelles concernant les fonctions de collecte, de mutualisation et d'achat dans le cadre du financement de la santé. Deux missions d'examen de haut niveau ont été organisées, l'une en République islamique d'Iran pour évaluer la pertinence et l'impact du plan de transformation sanitaire lancé en 2014, l'autre en Tunisie pour guider la stratégie sanitaire nationale du pays. Des sessions de dialogue politique de haut niveau ont été organisées dans quatre pays afin d'identifier les options de financement de la santé en vue de la couverture sanitaire universelle. Les efforts de renforcement des capacités se sont concentrés sur les achats stratégiques pour réformer les méthodes de paiement des prestataires, et sur l'évaluation de la protection des risques financiers pour suivre les progrès en vue de la couverture sanitaire universelle.

Une consultation d'experts et une réunion régionale sur l'élargissement de la couverture aux groupes les plus vulnérables et issus du secteur informel a conduit à l'élaboration d'un projet de feuille de route visant à étendre la couverture sanitaire à ces groupes dans la Région. Des notes d'orientation sur les méthodes de paiement des prestataires et sur le financement de la demande ont été produites et diffusées.

Le Bureau régional a également instauré une collaboration stratégique avec un large réseau d'experts internationaux au moyen du projet *Disease Control Priorities 3* (DCP3) afin d'élaborer un ensemble prioritaire de services essentiels aux fins de la couverture sanitaire universelle. L'inclusion d'interventions dans cet ensemble est fonction de critères tels que leurs répercussions effectives, le rapport coût-efficacité et l'accessibilité. Les avancées réalisées dans le cadre de cette initiative seront examinées lors d'une session extraordinaire en marge de la soixante-troisième session du Comité régional. Les pays ont accompli des progrès en vue de la couverture sanitaire universelle en manifestant un engagement politique de haut niveau, en élaborant une stratégie bien définie et en adoptant des approches novatrices pour mobiliser des ressources supplémentaires. Il existe un certain nombre d'éléments montrant qu'il y a eu une réduction de la part de paiements directs. L'inclusion de la couverture sanitaire universelle comme cible du troisième objectif de développement durable a donné un nouvel élan à la marche vers le progrès. En 2016-2017, les efforts porteront tout particulièrement sur l'examen des moyens innovants pour mobiliser les ressources, sur l'élargissement de la protection contre le risque financier pour les segments informels et vulnérables de la population, sur la réduction des gaspillages de ressources via une meilleure traçabilité des dépenses, et sur l'amélioration du suivi du progrès des pays en vue de la couverture sanitaire universelle.

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

Une évaluation régionale des capacités des ministères de la Santé en matière de formulation de politiques et de planification stratégique a

été menée, suivie par un séminaire-atelier de renforcement des capacités sur la planification stratégique. L'évaluation a mis en lumière certains problèmes en matière de planification, comme notamment, des équipes et des compétences limitées dans de nombreux domaines de l'analyse et de la planification des politiques sanitaires ; des plans sanitaires multiples avec différents degrés d'engagement financier ; différentes structures de planification à l'intérieur des ministères et des défis de communication entre elles ; et de fréquents changements de leadership, affectant souvent la continuité des priorités en matière de planification.

Une évaluation régionale de l'aide extérieure et de l'efficacité de l'aide au développement a été conduite dans huit pays, utilisant des outils et des instruments spécifiques pour la collection des données provenant de gouvernements, de partenaires de développement (organismes bilatéraux et multilatéraux) et d'organisations non gouvernementales. Les résultats de cette étude ont été présentés lors d'une consultation de haut niveau rassemblant les principaux donateurs et les partenaires de développement début 2016. Il est attendu que la collaboration entre les donateurs et les partenaires de développement connaisse une amélioration via la création d'un forum des partenaires de développement régionaux.

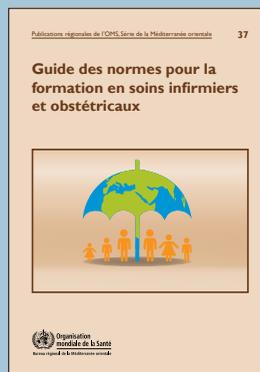
Le travail sur la réglementation du secteur de la santé, en particulier le secteur privé, a impliqué la réalisation d'études d'évaluation dans trois pays supplémentaires. Celles-ci ont été suivies par une activité de développement des capacités régionales et par l'élaboration d'un manuel sur la réglementation du secteur privé. Un cours régional de renforcement des capacités sur les droits de l'homme et l'équité en santé, axé sur l'importance de la santé en tant que droit de la personne et dédié aux responsables politiques et

aux administrateurs, a été piloté en Égypte et mis en place au Pakistan.

Durant l'exercice 2016-2017, l'accent sera mis sur le renforcement des capacités institutionnelles des unités d'analyse des politiques de santé et de planification sanitaire dans les ministères de la santé. Une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités de mise à jour des législations sanitaires, au renforcement des capacités des organismes de réglementation pour les institutions des secteurs privé et public, au plaidoyer en faveur de la valeur de la santé comme droit de la personne, et à la coordination entre partenaires de développement, ainsi que l'utilisation efficace de l'aide extérieure dans les établissements de développement et humanitaires.

Développement des personnels de santé

Dans ce contexte de renforcement des capacités des systèmes de santé et de progrès en vue de la couverture sanitaire universelle, le développement des personnels de santé constitue une priorité. La situation des personnels de santé dans la Région



↑ **Un guide sur les normes en matière de soins pour la formation en soins infirmiers et obstétricaux**

reflète les tendances mondiales, avec des pénuries d'effectifs, une distribution inégale, et des défis de qualité, de fidélisation et de performance, accompagnés par un nombre diminuant des personnels de santé dans les pays en situation d'urgence prolongée. Une grave pénurie de personnels existe dans les pays du groupe 3, tandis que les pays du groupe 1 sont grandement dépendants des professionnels de santé expatriés². Les principaux problèmes incluent des capacités de gouvernance limitées, un manque de coordination cohérente entre les parties prenantes/les partenaires au niveau national, et un manque d'informations fiables. La situation diversifiée de la Région signifie que différents pays sont confrontés à une variété de problèmes, qui doivent être traités au cas par cas.

Pour faire face aux défis et aux principaux problèmes, un projet de document de travail pour le développement des personnels de santé a été élaboré dans le cadre d'une série de consultations qui ont eu lieu depuis 2014. Le projet de cadre stratégique qui en est ressorti est aligné sur la stratégie mondiale concernant les ressources humaines pour la santé approuvée par l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016 et sera discuté

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

par les États Membres en marge du Comité régional en octobre 2016.

Le renforcement de l'enseignement médical constitue une priorité dans la Région. Une évaluation de la situation de l'enseignement médical a été conduite dans différents pays, en collaboration avec la Fédération mondiale pour l'éducation médicale et par le biais d'une enquête réalisée dans les établissements d'enseignement médical accompagnée d'une série de consultations sur le sujet. Sur la base des résultats, un cadre d'action régional sur l'enseignement médical a été élaboré et approuvé par le Comité régional. La mise en œuvre du cadre sera discutée avec les ministres de la santé et de l'enseignement supérieur et sera planifiée au cours d'une réunion de haut niveau prévue début 2017.

Un programme de leadership en santé a été lancé début 2015 en collaboration avec la *Harvard School of Public Health*, pour renforcer les capacités des leaders actuels et futurs du domaine de la santé publique dans la Région. Le programme intensif de quatre semaines a été conduit en deux fois, dans deux lieux (Genève et Mascate). Face au succès du premier cycle, le deuxième cycle a été mis en place en novembre 2015/janvier 2016.

Dans le domaine des soins infirmiers et obstétricaux, un examen approfondi des enjeux et des obstacles faisant frein au développement des personnels infirmiers et des sage-femmes a été mené. Les résultats ont été discutés lors d'un forum régional sur le futur des soins infirmiers et obstétricaux dans la Région, et une réunion ultérieure d'un groupe d'experts internationaux a défini les actions à entreprendre pour traiter ces problèmes. Le cadre d'action régional sur le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux 2016-2025 a été présenté aux

ministres de la santé et aux hauts responsables du secteur de la santé des États Membres de la Région en marge de l'Assemblée mondiale de la Santé en mai 2016. Une consultation s'est aussi tenue en 2015 pour examiner la réglementation des personnels infirmiers, obstétricaux et paramédicaux. Des priorités et des options ont été identifiées pour renforcer la réglementation avec des politiques solides prévues pour protéger la santé du public.

La compréhension de la situation d'autres professionnels de santé devient une question de plus en plus importante. Des outils et des instruments ont été élaborés afin de mener une étude axée dans un premier temps sur trois groupes : les professionnels de laboratoire médical, les professionnels d'imagerie médicale et les professionnels de service de réadaptation. L'étude, la première de cette nature dans la Région, sera conclue en 2016.

Le travail sur l'amélioration de la qualité de l'enseignement médical via la validation des connaissances, entre autres choses, et le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux au moyen de la mise en œuvre du cadre d'action, va se poursuivre. Les efforts seront intensifiés pour renforcer les capacités nationales des ressources humaines pour la gouvernance en santé, qui sera nécessaire pour mettre en œuvre le cadre stratégique régional pour les ressources humaines. Une attention sera portée au renforcement des compétences des personnels de soins de santé primaires, à la réglementation de l'enseignement des professionnels de la santé et de la pratique via une validation des connaissances et d'autres moyens, à l'amélioration des capacités d'enseignement pour les professionnels de la santé, à la résolution des problèmes rencontrés par ces professionnels dans les situations d'urgence, et

à l'amélioration de l'information et des données factuelles sur les professionnels de la santé via des observatoires des personnels de santé.

Technologies et médicaments essentiels

L'accès à des produits médicaux de qualité garantie et sûrs (médicaments, vaccins et dispositifs médicaux) est un problème majeur dans le domaine des technologies sanitaires du fait de la faiblesse des systèmes de réglementation nationaux et des fonctions afférentes pour assurer la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits médicaux circulants sur les marchés locaux. La réglementation des produits médicaux constitue une priorité pour les pays.

L'harmonisation et le renforcement des fonctions de réglementation pour la post-commercialisation et la vigilance relatives aux médicaments, aux vaccins et aux dispositifs médicaux ont été spécifiquement préconisés durant les discussions d'une réunion régionale sur le renforcement des systèmes de pharmacovigilance. En outre, des orientations régionales sur la façon dont les États Membres peuvent développer et renforcer la réglementation des dispositifs médicaux au moyen d'une approche progressive ont été élaborées, sur la base des pratiques de réglementation existantes en vigueur en Arabie saoudite, en Jordanie et au Soudan. Les produits médicaux de qualité inférieure/faux/ faussement étiquetés/falsifiés/ contrefaits constituent une menace pour la santé publique dans tous les pays de la Région. Les États Membres participent activement au comité d'orientation du mécanisme mis en place par les États Membres pour lutter contre ce type de produits médicaux.

Le travail a progressé dans le domaine de la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique avec cinq pays dorénavant en phase I, sept en phase II et trois en phase III. Un soutien a été apporté aux réunions de l'Équipe spéciale en Afghanistan et au Pakistan pour discuter des résultats des évaluations nationales sur la transparence et pour rédiger des projets de cadres nationaux. Une réunion interpays s'est tenue avec les pays de Phase I durant laquelle des plans d'action nationaux s'étendant jusqu'à fin 2016 ont été élaborés. L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec les équipes nationales sur la finalisation de leurs rapports d'évaluation nationale. La diversité de la Région et l'instabilité politique de nombreux pays posent des défis spécifiques. Le Tableau 1 montre les mesures du risque de corruption sur la base d'une analyse d'évaluations conduites dans 11 pays en 2015.

Les fonctions de réglementation liées à la promotion et aux essais cliniques ont été classées à un niveau de risque de corruption extrême dans cinq et trois pays respectivement. L'inspection, la sélection et l'enregistrement ont été classés à un niveau de risque de corruption compris entre modéré et extrême dans la plupart des pays évalués. L'engagement politique, illustré par la présence de lois sur les médicaments et un meilleur accès

aux médicaments, a été identifié comme un atout commun aux pays. L'absence de politiques et de modes opératoires normalisés pour des questions de conflits d'intérêt, ainsi qu'un manque d'adoption et de mise en œuvre collectives des codes de conduite ont été rapportés comme des lacunes courantes en matière de gouvernance. La présence d'évaluateurs nationaux compétents a été identifiée comme un facteur de succès, de même qu'un soutien politique de haut niveau conduisant à l'institutionnalisation de la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique au sein des ministères de la Santé.

L'importance du renforcement des capacités techniques nationales en matière d'évaluation des technologies sanitaires a été soulignée durant la session préliminaire au Comité régional. Par la suite, plusieurs pays ont demandé un soutien pour l'amélioration et la création d'unités d'évaluation au sein de leurs systèmes de santé nationaux, et un soutien interrégional pour le développement de programmes dans d'autres régions OMS (Asie du Sud-Est et Pacifique occidental) a également été demandé ; le réseau régional créé en 2014 a été élargi pour inclure les pays de ces deux régions. Le réseau compte à présent plus de 100 experts et défenseurs de la cause nationaux dans ce domaine. Le renforcement des capacités pour améliorer

Tableau 1
Bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique : risque de corruption dans 11 pays

Niveau de risque	Fonctions de réglementation (nombre de pays)							
	Enregistrement	Autorisation	Inspection	Promotion	Essais cliniques	Sélection	Achats	Distribution
Extrême	1	–	1	5	3	1	–	–
Très élevé	3	–	2	–	2	4	1	1
Modéré	3	5	5	6	–	5	3	1
Léger	4	4	3	–	3	1	6	5
Minime	–	–	–	–	–	–	1	4
Total	11	9	11	11	8	11	11	11

l'accès aux dispositifs médicaux ainsi que leur qualité et leur utilisation a continué, avec plus de 70 personnels formés en Afghanistan et en Iraq.

Une nouvelle initiative a été lancée pour identifier les dispositifs médicaux prioritaires à bas prix afin d'améliorer l'accès des utilisateurs aux services de soins de santé de qualité. Pendant la première phase, un inventaire des dispositifs médicaux essentiels a été mis au point sur la base des priorités régionales. Cette initiative, qui aura la priorité entre 2016 et 2017, vise à proposer une solution à la demande non satisfaite de certains dispositifs médicaux et devrait aider les donateurs et les fabricants potentiels à rendre ces dispositifs disponibles à un prix abordable. Une étude basée sur les perceptions concernant la disponibilité et l'accessibilité des médicaments contre le cancer dans la Région a été conduite, en collaboration avec la Société européenne d'Oncologie médicale. Des campagnes de sensibilisation ont constitué la première activité de la mise en œuvre du plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens dans la Région. Le très faible niveau de disponibilité et d'accessibilité des médicaments sous contrôle reste un obstacle majeur à la fourniture de soins de qualité, tels que la gestion de la douleur appropriée, aux patients suivant un traitement contre le cancer ou subissant des interventions chirurgicales lourdes.

En 2016, nous nous concentrerons sur le renforcement des systèmes de réglementation pour tous les produits médicaux au moyen d'auto-évaluations suivies par des visites d'experts. Un appui sera également fourni pour remédier à la pénurie de médicaments essentiels et d'autres produits médicaux, et pour assurer l'équilibre des politiques nationales sur la disponibilité et l'accessibilité des médicaments contrôlés, en particulier pour les soins palliatifs. L'initiative pour

des dispositifs médicaux à faible coût identifiera et compilera un résumé des dispositifs prioritaires peu onéreux qui soutiendra les pays dans leur processus d'approvisionnement. Les profils de pays du secteur pharmaceutique seront mis à jour pour identifier les lacunes dans des domaines clés, tels que la réglementation, l'élaboration de politiques et les capacités techniques, les ressources humaines et l'accès aux médicaments. Sur la base des progrès réalisés en matière de politiques sur les technologies sanitaires, l'accent sera mis sur la création d'unités d'évaluation des technologies sanitaires dans les ministères de la santé à l'appui des prises de décisions et des investissements judicieux, et sur la création d'organismes de réglementation pour les dispositifs médicaux.

Prestation de services intégrée

La qualité insatisfaisante des soins de santé primaires constitue un problème courant pour tous les pays de la Région. Dans certains pays à revenu faible, l'accès géographique demeure un défi, et l'accessibilité financière pose problème



↑ Orientations techniques sur la sécurité des patients

dans de nombreux pays à revenu faible et intermédiaire. Bien des pays peinent à reconfigurer leurs systèmes de soins de santé primaires pour répondre à la charge de morbidité associée aux maladies non transmissibles et aux problèmes de santé mentale. L'expansion non réglementée des prestataires de soins de santé privés pose des problèmes supplémentaires. Dans de nombreux pays affectés par les conflits, les systèmes de soins de santé ont été interrompus, ce qui complique considérablement l'accès aux services de soins de santé primaires.

Garantir l'accès à des services de soins de santé de qualité pour tous constitue un élément intégral de la stratégie pour réaliser la couverture sanitaire universelle. L'OMS a adopté la médecine familiale comme approche principale pour les soins de santé primaires et pour la promotion de services de santé intégrés centrés sur la personne dans la Région. De la même manière, le rôle des agents de santé communautaires, des soins de santé à domicile et de villes-santé reste primordial pour l'action entreprise en matière de soins primaires

et communautaires. Plusieurs initiatives ont été soutenues pour augmenter la production de médecins de famille et renforcer les capacités des prestataires existants, telles que l'élaboration d'un document stratégique sur l'intensification de la production des médecins de famille dans la Région, et un cours sur six mois consacré aux principes et aux pratiques de la médecine familiale pour les généralistes, en partenariat avec l'Université américaine de Beyrouth. Le soutien à l'échelle nationale a inclus un examen des prestations de soins de santé dans plusieurs pays de la Région.

Le travail sur le secteur privé de la santé s'est poursuivi avec un séminaire-atelier régional axé sur le renforcement des capacités des pays à évaluer, réglementer et créer des partenariats avec le secteur privé. Dans le domaine de la gestion hospitalière, un examen des hôpitaux du secteur public a été effectué, suivi par un cours sur 10 jours en gestion hospitalière. Sur la base de cette évaluation et des retours reçus, le cours,

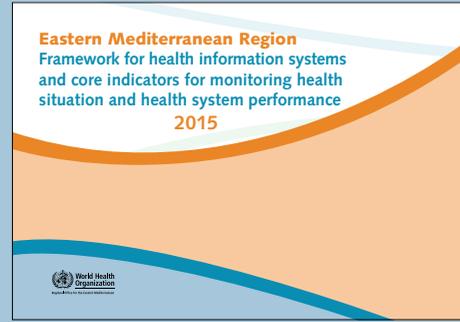


↑ Son Altesse Sheikh Dr Sultan bin Mohammed Al Qasimi, Gouverneur de Sharjah, reçoit le premier prix OMS « Ville-Santé » dans la Région

qui est le premier du genre dans la Région, sera proposé aux pays en 2016.

Dans le domaine de la qualité et de la sécurité, l'outil d'évaluation pour la sécurité des patients a été revu et un manuel sur les interventions essentielles a été publié. Un cadre pour l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires a été mis au point, soumis à une évaluation indépendante par des pairs et des experts, et piloté dans 40 établissements de soins de santé primaires dans quatre pays. L'outil est prêt à l'emploi pour les pays. En outre, un outil d'évaluation de l'Initiative pour la sécurité des patients à l'hôpital a été revu et mis à disposition des pays pendant la consultation régionale. Une réunion d'experts sur les principes et les pratiques de l'accréditation des soins de santé a examiné en profondeur les données actuelles et la valeur de l'accréditation dans le processus d'amélioration de la qualité des soins.

Le programme des villes-santé a été relancé avec succès, et la ville de Sharjah a été certifiée première ville-santé de la Région par l'OMS, suite à une évaluation externe. L'OMS continuera de préconiser et d'appuyer l'expansion des programmes de médecine familiale au plan technique comme stratégie globale pour la prestation de services en vue de la couverture sanitaire universelle. Un appui sera offert pour améliorer la gestion hospitalière et la performance des hôpitaux, ainsi que la qualité des soins de santé primaires. Les pays en situation de crise seront soutenus afin d'améliorer la résilience de leurs systèmes de santé et de garantir la disponibilité de soins de santé dans les situations d'urgence.



↑ **Cadre sur les systèmes d'information sanitaire et les indicateurs de base 2015**

Systèmes d'information sanitaire

Dans le cadre des efforts menés pour améliorer les statistiques de mortalité, et conformément à la stratégie régionale sur les systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil (CRVS), des orientations techniques ont été mises au point pour soutenir les pays dans la conception de systèmes de statistiques de mortalité plus performants, et un groupe d'experts régionaux est en cours de formation en vue d'un déploiement dans les pays pour soutenir l'amélioration des statistiques de mortalité, en collaboration étroite avec les Commissions économiques et sociales pour l'Asie occidentale et l'Afrique. Des évaluations supplémentaires des systèmes d'enregistrement des faits et de statistiques d'état civil ont été menées, et seuls trois pays n'ont pas encore mené à bien ces évaluations. L'OMS procède à un suivi des pays afin que ceux-ci rendent compte de leurs plans de mise en œuvre, sur la base des priorités des pays identifiés durant les évaluations. Un soutien technique a été apporté dans l'évaluation de la qualité des données sur la mortalité par cause spécifique. D'importants progrès ont été réalisés à ce jour. En 2015, plus de 20 ensembles de données de 12 pays ont été reçus et évalués pour compléter

.....

l'utilisation d'outils standards. Les formulaires de notification et d'enregistrement des décès actuels utilisés par les pays ont été examinés selon les normes internationales. Le renforcement des capacités a été soutenu pour la certification des décès et le codage selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (Dixième révision-CIM-10) dans plusieurs pays.

Dans le cadre des efforts pour renforcer les systèmes de collecte systématique d'informations sanitaires, pour permettre aux pays de rendre compte des 68 indicateurs de base approuvés par le Comité régional en 2014 et des objectifs de développement durable, une consultation technique a été organisée pour définir les contenus d'un outil d'évaluation harmonisé qui sera testé dans la Région en 2016. Le renforcement des capacités a été soutenu pour encourager l'utilisation du système d'information pour la gestion sanitaire DHIS2 comme plateforme pour la collecte, la notification et la diffusion de données. Afin de remédier aux principales lacunes des indicateurs de notification, le plus souvent générés sur la base d'études populationnelles, des outils ont été élaborés pour soutenir les enquêtes sur les examens de santé, couvrant les facteurs de risques comportementaux et biologiques, l'unification des soins de santé, la situation sanitaire et les dépenses de santé des ménages. L'enquête sera lancée en Tunisie en 2016, avec le soutien du gouvernement.

Le travail sur les 68 indicateurs de base s'est poursuivi avec l'élaboration d'un bref registre des méta-données liées aux indicateurs, en plus de l'élaboration d'une liste d'indicateurs élargie incluant la liste mondiale et des indicateurs

du troisième objectif de développement durable. L'OMS continuera à soutenir les États Membres dans le renforcement de leurs systèmes d'information sanitaire en rendant compte des indicateurs de base dans les trois composantes clés du système d'information sanitaire (les déterminants de la santé et les risques sanitaires ; la situation sanitaire incluant notamment la morbidité et la mortalité ; et la réponse des systèmes de santé), afin de faire la promotion de processus d'élaboration et de prises de décisions politiques efficaces. L'observatoire régional pour la santé a été davantage renforcé pour soutenir une meilleure diffusion et une meilleure utilisation des statistiques sanitaires dans la Région. Des profils sanitaires complets documentant la situation actuelle, les défis, les lacunes, les opportunités et la marche à suivre dans chaque pays et pour chaque programme de santé, ont été élaborés en collaboration avec les États Membres. Ils continueront de faire l'objet d'une mise à jour annuelle.

Plusieurs défis demeurent. La mortalité par cause spécifique et le codage selon la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes doivent être améliorés par le biais de formations continues et d'une évaluation de la qualité des données. Des études populationnelles et des évaluations de la performance des systèmes de santé doivent être menées sur une base régulière. Les pays seront encouragés à mettre au point des plans d'investissement pour répondre à leurs besoins en capacités, et à développer des observatoires nationaux de la santé capables d'assurer une diffusion des données globale au niveau infranational pour combattre les inégalités en matière de santé.

Développement de la recherche et innovation

Un certain nombre de réunions importantes et d'activités de renforcement des capacités ont été organisées dans le domaine du développement de la recherche et de l'innovation. Le Comité consultatif de la recherche en santé pour la Méditerranée orientale a été remanié et s'est réuni pour discuter du rôle de la recherche dans le soutien des priorités sanitaires stratégiques. Il a recommandé de renforcer les capacités institutionnelles, de soutenir les carrières dans le domaine de la recherche institutionnelle, de faire la promotion de la recherche et de la déontologie pour les professionnels de santé, d'encourager la recherche collaborative intersectorielle et conjointe (nationale, régionale, internationale), de développer des bases de données extensives pour la recherche et d'utiliser la recherche pour tenir les responsables politiques de la santé informés.

Le Comité d'évaluation éthique de la recherche pour la Méditerranée orientale s'est réuni pour soutenir un examen éthique de la recherche financée par l'OMS portant sur des sujets humains. La réunion s'est attachée à assurer la compatibilité de son travail avec les directives internationales pour l'examen de la recherche en santé sur des sujets humains ; à mettre à jour les processus d'évaluation actuels pour la recherche en santé soutenue par l'OMS ; et à relever les nouveaux défis de la recherche en santé, notamment la recherche sur les politiques sanitaires et les systèmes de santé. Une consultation d'experts sur

l'élaboration et l'adaptation de directives reposant sur des bases factuelles a été organisée et a conduit à l'établissement de recommandations visant à renforcer les capacités, à répondre aux besoins des États Membres, à recenser les activités liées aux directives et à élaborer des directives pour les situations spécifiquement régionales pour lesquelles il n'existe pas encore de directives. La première réunion, en plus de 10 ans, des directeurs des centres collaborateurs de la Région a conduit à la création d'un réseau. Quarante-cinq centres collaborateurs de l'OMS sont actuellement actifs dans la Région.

En collaboration avec le *Norwegian Knowledge Centre for Health Services*, un renforcement des capacités des chercheurs a été soutenu, l'accent étant mis sur la préparation de comptes-rendus accessibles des examens systématiques des données factuelles sur les systèmes de santé pour les responsables politiques et les parties prenantes dans les pays à revenu faible et intermédiaire, ainsi que sur la préparation de résumés SUPPORT (Appui aux examens et aux essais pertinents pour les politiques). Huit compte-rendus structurés traitant des problèmes majeurs de santé publique dans la Région ont ensuite été produits. L'OMS continue de soutenir trois types de subventions à la recherche : les priorités de recherche en santé publique ; l'amélioration de la mise en œuvre des programmes par l'intégration de la recherche (iPIER), proposée en collaboration avec l'Alliance pour la recherche sur les politiques et systèmes de santé ; et les petites subventions pour la recherche sur les maladies tropicales.

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, à l'égalité des sexes et à l'équité, à la nutrition, à la prévention des traumatismes et aux incapacités. En 2015, l'OMS a poursuivi son action visant à protéger et à promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être de la population de la Région, tout au long de l'existence. De la conception à la vieillesse, différents besoins sanitaires de la population ont été pris en compte, avec une attention particulière accordée à la santé de la mère et de l'enfant en tant que priorité stratégique.

Santé maternelle, génésique et infanto-juvénile

Des progrès considérables ont été accomplis en vue de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) 4 et 5 dans la Région de Méditerranée orientale. Entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle est passé de 362 à 166 pour 100 000 naissances vivantes, et le taux de mortalité des enfants de moins de cinq ans est passé de 181 à 91 pour 1000 naissances vivantes (voir Figures 1 et 2). Huit pays ont réalisé l'OMD 4 et trois ont réalisé l'OMD 5. L'initiative régionale « Sauver les vies des mères et des enfants », lancée en 2013, a conduit à une amélioration de 12 points pour la diminution du taux de mortalité maternelle, qui est passé de 42 % en 2012 à 54 % en 2015.

Les taux élevés de mortalité maternelle, néonatale et infantile au niveau régional sont principalement dus à la faiblesse des systèmes de santé. Le nombre de personnels bien formés est insuffisant, les médicaments et les produits essentiels sont souvent indisponibles ou inappropriés, les systèmes d'orientation-recours ne sont pas fonctionnels et la qualité des soins apportés aux mères et aux enfants dans les hôpitaux de recours est insuffisante. La plupart des programmes nationaux ne s'attaquent pas aux causes principales de la mortalité maternelle, néonatale et infantile en mettant en place les interventions (meilleures options) reposant sur des données factuelles, offrant un bon rapport coût-efficacité et ayant un impact élevé qui sont à leur disposition. La volonté et l'engagement politiques concernant la santé maternelle et infantile ne se traduisent pas toujours par des actions concrètes et les mécanismes de financement pour garantir que les services de santé maternelle et infantile soient compris dans la couverture sanitaire universelle sont inadaptés. Cette situation est aggravée par l'instabilité politique, les troubles sociaux, et les crises aiguës et chroniques prolongées qui affectent certains pays.

L'OMS a maintenu son appui à la santé génésique, maternelle, néonatale, infanto-juvénile et adolescente, et les efforts se sont concentrés sur les causes principales de la mortalité maternelle, néonatale et infantile et sur la qualité des soins. L'initiative régionale pour sauver les vies des mères et des enfants, avec le soutien de l'UNFPA et de l'UNICEF, et en étroite collaboration avec les États Membres et les parties prenantes clés, a continué de cibler les problèmes principaux des pays qui ont une charge élevée de mortalité maternelle et infantile. Le lancement des plans d'accélération de la santé maternelle et infantile a permis de renforcer l'appropriation et le leadership en vue de la réalisation des cibles des OMD, et de

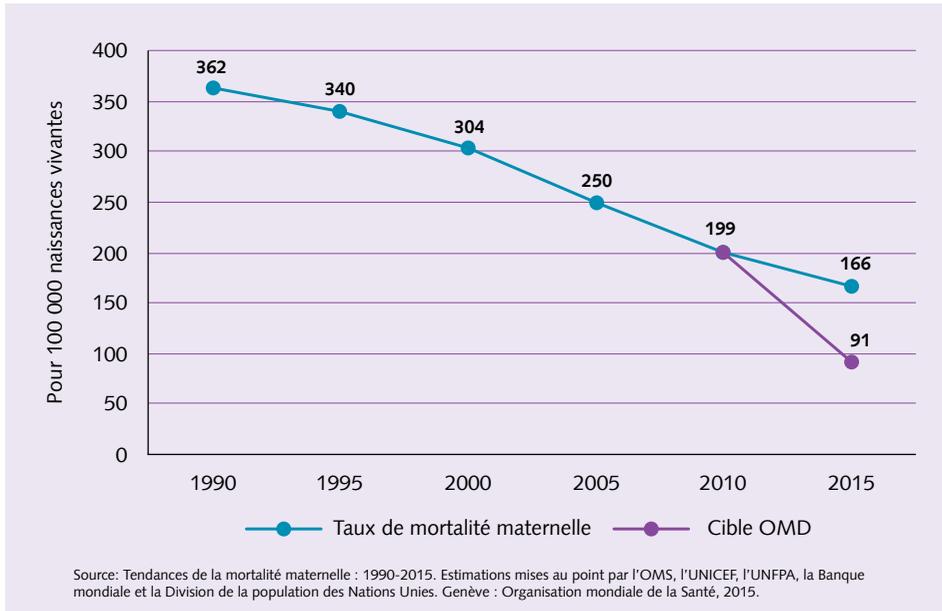


Fig. 1
Tendances régionales de la mortalité maternelle, 1990-2015

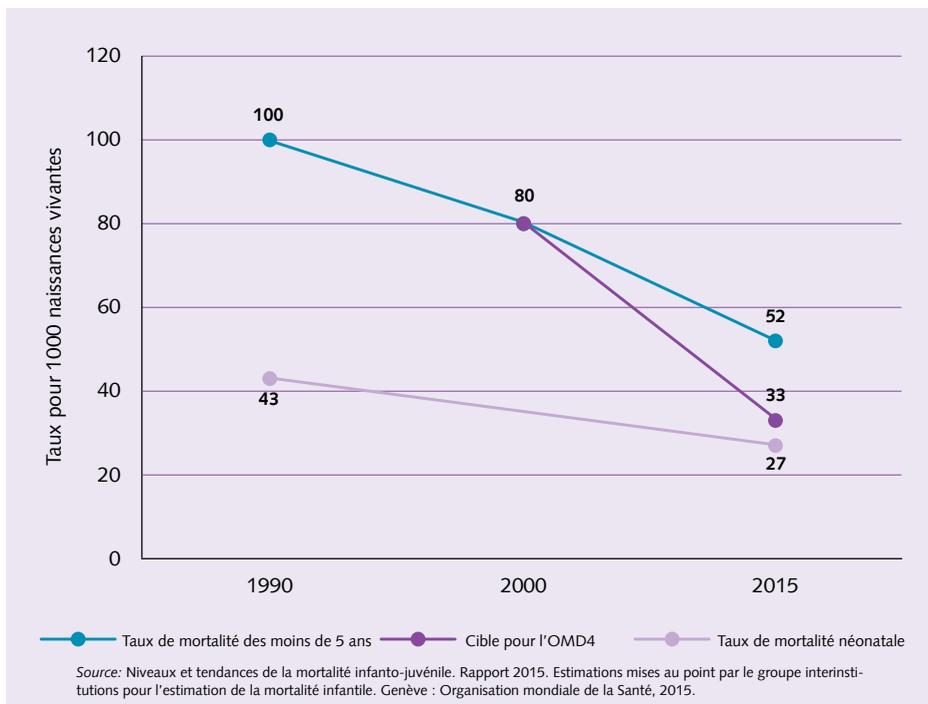


Fig. 2
Tendances régionales de la mortalité des enfants de moins de 5 ans et des nouveau-nés, 1990-2015

préparer le terrain pour les nouveaux Objectifs de développement durable (ODD).

Pour garantir la bonne mise en œuvre des plans d'accélération et combler les lacunes identifiées par les enquêtes régionales, une attention spéciale a été accordée aux éléments liés aux systèmes de santé, notamment l'accès à des interventions à impact élevé et leur mise en œuvre, les personnels de santé, l'évaluation de la qualité et les services de lutte contre les infections, et l'identification des lacunes en matière de connaissances afin de déterminer les priorités de recherche. L'appui technique apporté aux États Membres s'est concentré sur le renforcement des capacités nationales en matière de planification stratégique pour la période 2016-2020, en accord avec la stratégie mondiale et les ODD.

La priorité a été donnée à l'adoption d'interventions clés reposant sur des données factuelles, ayant un bon rapport coût-efficacité et un impact élevé par l'ensemble des pays de la Région. Au cours d'une réunion organisée

conjointement par l'UNFPA et l'UNICEF, les administrateurs de programmes nationaux ont identifié les interventions de santé maternelle, néonatale et infantile et de santé mentale à impact élevé, en se concentrant sur les problèmes à traiter concernant les services de santé, et ont déterminé des orientations stratégiques en vue de la réalisation des ODD. Les orientations stratégiques sont conformes à la stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, approuvée par l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2015. Le mois suivant, le Comité régional (résolution EM/RC62/1) a exhorté tous les États Membres à élaborer ou à mettre à jour des plans stratégiques nationaux sur la santé génésique, maternelle, néonatale et infantile, conformément à la stratégie mondiale.

L'appui fourni aux pays dans la mise en place et le renforcement de services de soins préconceptionnels, dans le cadre du continuum des soins, constitue une autre priorité qui permettra d'améliorer les résultats en matière



↑ Le Dr Ahmed El Saidi, Ministre de la Santé, Le Dr Margaret Chan, Directeur général de l'OMS, et le Dr Ala Alwan, Directeur régional de l'OMS, se sont joints aux participants lors d'une réunion régionale afin de promouvoir les soins préconceptionnels, Oman, mars 2015

en République arabe syrienne, en Somalie et au Yémen.

En 2015, une feuille de route régionale a été élaborée pour les pays afin de mettre en œuvre les cibles mondiales fixées par l'Assemblée mondiale de la Santé en 2012, ainsi que les recommandations de la Deuxième Conférence internationale sur la nutrition (CIN2). Des stratégies et/ou des plans d'action nationaux(-ales) pour l'après-2015 ont été élaboré(e)s par la plupart des pays de la Région.

La déclaration de principe régionale sur le besoin urgent d'appliquer le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel dans son intégralité a été mise en avant. La plupart des pays en situation d'urgence ont augmenté le nombre de centres de stabilisation nutritionnelle pour le traitement des cas complexes et graves de malnutrition. Une supplémentation et un enrichissement des aliments avec des micronutriments essentiels sont assurés dans presque tous les pays.

La Région continue de se heurter à des défis de taille dans la lutte contre les problèmes de nutrition, parmi lesquels le manque de données et d'indicateurs de qualité sur la nutrition ; l'absence de capacités nationales pour soutenir les pays dans la collecte et l'analyse de données ; le besoin d'une surveillance nutritionnelle efficace ; et un suivi et une évaluation des systèmes en vue de la prise de décision et de la mise en œuvre de programmes. En somme, les besoins en matière d'actions de lutte contre la malnutrition sont énormes, alors que les ressources financières sont limitées.

Le Bureau régional travaille avec les pays à l'élaboration d'un cadre régional pour intensifier l'action en matière de nutrition, avec une attention particulière accordée aux interventions

ayant un bon rapport coût-efficacité. Un appui technique est actuellement fourni aux pays pour l'établissement de cibles nationales et le suivi des plans d'action nationaux, la promotion de la coordination interorganisations et multisectorielle, la promotion d'un régime alimentaire sain et de la sécurité alimentaire et nutritionnelle aux niveaux national et régional ; un soutien du même type est également apporté pour l'introduction et l'application d'approches innovantes pour la mise en place d'interventions nutritionnelles efficaces incluant l'application des normes alimentaires et des lignes directrices de l'OMS.

Santé des groupes particuliers

La situation prévalant actuellement dans plusieurs pays expose la vie et le bien-être d'un grand nombre de personnes âgées et d'enfants d'âge scolaire à différents niveaux de risque. Leurs besoins insatisfaits ainsi que leur état de santé devraient constituer une préoccupation de premier ordre dans la fourniture d'une assistance sanitaire en situations d'urgence. Malgré cela, les programmes de santé concernés par ces groupes particuliers ont affaire à une forte concurrence d'autres programmes prioritaires.

Néanmoins, plusieurs pays se sont activement employés à l'examen du projet de rapport mondial sur le vieillissement et la santé, ainsi qu'à la production d'études de cas, et ont passé en revue le projet de stratégie et de plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé. La présentation du rapport mondial au niveau régional a été organisée en collaboration avec l'Autorité de santé de Sharjah, aux Émirats arabes unis, à l'occasion de la célébration de la Journée internationale des personnes âgées (1^{er} octobre). La ville de Sharjah est en voie de devenir une ville-amie des aînés. Plusieurs pays ont continué leurs

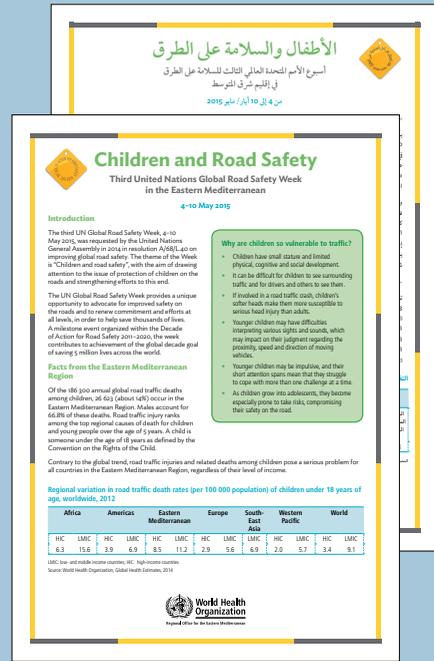
activités de renforcement des capacités en matière de collaboration multisectorielle dans le domaine du vieillissement et de la santé.

Compte tenu de l'importance de l'environnement scolaire comme point d'entrée crucial pour la promotion de la santé tout au long de la vie, le rôle actif des pays dans l'institutionnalisation de l'Initiative mondiale pour la santé à l'école a été examiné au cours d'une consultation visant à mettre au point des critères actualisés et reposant sur des bases factuelles, ainsi qu'un cadre exécutif pour la promotion de la santé à l'école. Le but est de continuer ce travail en 2016 et de mettre au point de nouveaux critères en vue d'une initiative spéciale pour la promotion de la santé à l'école en 2017.

L'une des étapes primordiales de l'avancement consiste à mettre les besoins non satisfaits des personnes âgées et des enfants d'âge scolaire au centre des opérations de secours et des programmes dans les pays en situations d'urgence.

Violence, traumatismes et incapacités

En 2015, l'OMS a publié le *Rapport mondial sur la sécurité routière 2015* qui présente les données les plus récentes pour tous les pays du monde, y compris la Région de Méditerranée orientale. Le rapport a révélé que les incapacités dues à des accidents de la circulation demeurent une préoccupation majeure dans la Région malgré une baisse du taux de mortalité par accidents de la circulation (21,3 contre 19,9 pour 100 000 personnes entre 2010 et 2013). Ce taux demeure plus élevé que le taux mondial, faisant ainsi de la Région de Méditerranée orientale l'une des régions OMS ayant les taux de mortalité les plus élevés. La grande majorité des cas de décès surviennent dans les pays à revenu intermédiaire.



↑ Orientations techniques sur la sécurité routière

Le taux de mortalité global des pays à revenu élevé dépasse celui des pays moins riches et représente plus de deux fois le taux des autres pays à revenu élevé dans le monde. Malgré la gravité de ce problème, d'importantes lacunes demeurent dans la mise en œuvre intégrale d'interventions d'un bon rapport coût-efficacité et reposant sur une approche permettant un « système sûr » dans toutes ses composantes. Certains aspects de ces interventions ont été mis en œuvre dans la plupart des pays de la Région. Ils n'ont cependant pas été mis en œuvre de manière globale afin de couvrir l'ensemble des éléments essentiels, ce qui affecte gravement l'efficacité de ces interventions.

De plus, en 2015, nous sommes arrivés à mi-chemin de la période prévue pour la décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020, et deux cibles liées à la sécurité routière ont été ajoutées aux ODD. La Déclaration de Brasilia sur la sécurité routière a été approuvée par la Seconde Conférence mondiale de haut niveau sur

la sécurité routière organisée en novembre 2015. La Déclaration décrit la feuille de route mondiale en vue de la réalisation des cibles de la décennie d'action et des ODD, qui ne peuvent être atteintes qu'au prix d'efforts concertés de l'ensemble des pays.

L'OMS a continué de mener des actions dans différents domaines de la prévention et de la maîtrise des traumatismes dus aux accidents de la route, allant de la collecte de données aux prestations de soins de santé. Une méthodologie standardisée pour l'estimation du coût des traumatismes dus aux accidents de la route a été mise au point et testée en République islamique d'Iran. L'instrument régional visant à établir un profil des systèmes de soins traumatologiques a été finalisé sur la base d'études pilotes menées à Djibouti, en République islamique d'Iran et au Pakistan. Un rapport documentant l'exercice a été préparé et soumis à examen collégial pour publication : il recommande certaines actions pour combler les lacunes existantes et prépare la voie pour la réalisation de l'exercice dans d'autres pays. Un exercice plus complet pour le renforcement des services de soins traumatologiques a en outre été exécuté en Iraq.

Une réunion ministérielle de haut niveau sur la sécurité routière est prévue pour 2017 afin d'augmenter l'engagement politique et de convenir d'actions concrètes pour accélérer les progrès au cours de la deuxième moitié de la décennie d'action. En préparation, une consultation d'experts a été organisée en janvier 2016 afin de passer en revue une analyse approfondie, menée par l'OMS et la *Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, portant sur la charge actuelle des traumatismes dus aux accidents de la route et sur les facteurs de risques associés dans la Région. Sur la base de cette analyse, les experts donneront leurs avis sur l'élaboration d'un cadre d'action spécifique



↑ Aide-mémoire sur la prévention de la violence interpersonnelle

à l'échelle des pays. Cela permettra d'orienter la préparation d'un document de référence en vue de la réunion ministérielle prévue pour définir un ensemble d'interventions indispensables ayant un bon rapport coût-efficacité pour les trois groupes de pays de la Région, sur la base du travail de l'OMS mené dans ce domaine, tout en prenant en compte les développements récents à l'échelle internationale et régionale.

Concernant la prévention des traumatismes de l'enfant, une analyse documentaire sur le sujet a été menée dans la Région. Sur cette base, le cadre stratégique régional pour la prévention des traumatismes de l'enfant et de l'adolescent a été mis à jour et finalisé.

.....

Dans le domaine de la prévention de la violence, le *Rapport de situation mondial sur la prévention de la violence 2014*, auquel 16 pays de la Région ont participé, a montré 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 de toutes les régions OMS. La plupart des stratégies de prévention étudiées sont disponibles dans les pays participants de la Région. Cependant, la mise en œuvre de ces stratégies doit être évaluée. Une consultation régionale a été organisée pour examiner 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. Son objectif était de garantir que les perspectives régionales et nationales soient bien reflétées dans la version finale. En amont de la consultation, une réunion de coordination préparatoire a été organisée avec les organismes des Nations Unies concernés et les États de la Ligue arabe afin d'engager la discussion sur un mécanisme de coordination interorganisations pérenne à l'échelle régionale pour la mise en œuvre du plan. Un certain nombre de problèmes majeurs s'opposent à l'efficacité des actions de prévention et de lutte contre la violence et les traumatismes. L'engagement politique annoncé ne se traduit pas toujours par une action suffisante à l'échelle des pays. L'application, la mise en œuvre et l'évaluation des cadres politiques et législatifs sont insuffisants. Il en va de même pour la coordination et l'action multisectorielle. De plus, l'adoption d'une approche du « système sûr » dans toutes ses composantes n'est pas appropriée, et l'accent doit être mis sur les questions de comportement individuel. Dans le domaine du handicap, plusieurs pays ont élaboré des stratégies et des plans d'action nationaux sur le handicap. Treize pays ont participé à l'étude mondiale pour l'élaboration d'une liste prioritaire de l'OMS pour

les aides techniques. La question sera discutée au cours de la prochaine session du Comité régional.

L'OMS a continué de soutenir les pays en matière de prévention et de prise en charge de la cécité évitable, en phase avec l'initiative mondiale de l'OMS Vision 2020 : le droit à la vue. Les soins de santé oculaire primaires sont en voie d'être intégrés aux systèmes de soins de santé primaires de certains pays, ce qui contribue à une baisse de la perte de vision et des déficiences visuelles, grâce au dépistage précoce, à l'orientation et à l'éducation en santé oculaire. Toutefois, malgré la charge considérable que constituent les déficiences visuelles dans de nombreux pays de la Région et l'augmentation potentielle des maladies oculaires liées à l'âge et pouvant entraîner la cécité dans un contexte où les populations vivent plus longtemps, les investissements en faveur de la prévention de la cécité restent faibles. La réalisation de l'objectif d'élimination de la cécité évitable d'ici 2020 dépend de la capacité des systèmes de santé à intensifier leurs efforts.

Éducation sanitaire et promotion de la santé

En 2015, l'OMS s'est concentrée sur le renforcement des capacités nationales pour l'élaboration de plans d'action nationaux multisectoriels sur l'activité physique, de plans de marketing social et de campagnes d'information de masse. 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, afin de soutenir les pays dans la mise en œuvre des options les plus rentables pour promouvoir l'activité physique et un régime alimentaire sain. Les participants, relevant du secteur de la santé et d'autres secteurs, ont travaillé ensemble à

l'élaboration de plans provisoires de marketing social et de communication de masse qui seront lancés en 2016.

En outre, un guide a été mis au point pour orienter l'inclusion de l'activité physique dans les soins de santé primaires. Ce document a été élaboré au moyen d'un examen systématique et d'une méta-analyse qui ont montré que les soins de santé primaires sont déterminants dans la promotion de l'activité physique, et qu'il est donc crucial de garantir que les services de soins de santé primaires disposent des ressources nécessaires et qu'ils soient aptes à jouer un rôle central dans la promotion de l'activité physique auprès de la population. Le guide a été examiné par les pays afin d'assurer la pertinence de son utilisation dans la région ainsi que son utilité selon le contexte national. La prochaine étape consistera à soumettre cet instrument à une série de tests dans huit pays sélectionnés.

Un séminaire-atelier bi-régional visant à renforcer les capacités législatives et à prendre des mesures en vue de l'application des recommandations de l'OMS sur la commercialisation des produits alimentaires et des boissons non alcoolisées destinées aux enfants a été organisé en collaboration avec le Bureau régional de l'Europe, le Siège de l'OMS et l'Université de Liverpool. Des participants de neuf pays étaient présents et ont élaboré une feuille de route provisoire en vue de faire progresser l'action de lutte contre la commercialisation de produits alimentaires nocifs dans leurs pays.

Dans le cadre d'une initiative pour lutter contre la commercialisation libre, une série d'activités a été organisée pour sensibiliser les secteurs non sanitaires à la question, et faire germer des idées innovantes en créant un mouvement social. Un événement majeur, un forum ouvert en présence

des médias grand public, de célébrités régionales, d'experts des médias et d'organisations de la société civile, dont *Consumer International*, a débouché sur un ensemble d'actions à promouvoir auprès des secteurs non sanitaires. Les principaux défis de la promotion de la santé ont trait aux capacités des pays à mobiliser les secteurs non sanitaires et à mener une collaboration intersectorielle pour mettre en œuvre les objectifs ; au besoin en recherche et en plaidoyer ; et à la nécessité de mobiliser des experts ayant des compétences juridiques à l'appui des objectifs régionaux. L'OMS continuera de renforcer les capacités pour travailler avec différents secteurs.

Déterminants sociaux de la santé et différenciation homme-femme

L'accent a été mis 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 ; sur l'action intersectorielle ; et sur l'engagement social en vue de prendre en compte les déterminants sociaux de la santé et la parité homme-femme. Les pays se sont mis d'accord pour mettre en œuvre un cadre d'action élaboré lors d'une consultation régionale portant sur la réduction des inégalités grâce à l'action sur les déterminants sociaux de la santé organisée en 2015. À cet égard, quatre pays ont conduit des évaluations approfondies en vue d'élaborer des plans d'action. Les résultats des évaluations ont été présentés lors du Comité régional. Ce dernier a exhorté les États Membres à évaluer les inégalités en matière de santé ainsi que les déterminants sociaux qui leur sont associés, et à identifier les actions prioritaires et à suivre

le progrès effectués (résolution EM/RC62/R.1). Plusieurs pays ont entrepris des actions spécifiques portant sur les déterminants sociaux de la santé.

Santé et environnement

Avec le soutien du Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA), de nombreux pays ont mis en œuvre des programmes et des activités pertinentes pour la protection de la santé et de l'environnement. La mise en œuvre de la stratégie régionale pour la santé et l'environnement et de son plan d'action 2014-2019 a commencé, et plusieurs pays ont entrepris des actions concrètes pour mettre sur pied leurs cadres d'action stratégiques nationaux. Des missions sur le terrain visant à évaluer l'état de la salubrité environnementale et à définir les priorités à ce sujet ont été entreprises dans plusieurs pays.

Il a également été conseillé de suivre les lignes directrices de l'OMS sur la qualité de l'eau de boisson et la réutilisation des eaux usées. Jusqu'à présent, 16 pays ont mis à jour leurs normes nationales sur la qualité de l'eau de boisson, conformément aux lignes directrices, et la Jordanie a défini des normes nationales sur la qualité des eaux d'irrigation, conformément aux lignes directrices de l'OMS sur la bonne utilisation des eaux usées pour l'agriculture. Avec le soutien de l'OMS, huit pays ont adopté des plans de prévention de la sécurité sanitaire de l'eau et 11 pays ont publié leurs profils nationaux 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 participent au Programme de surveillance commun OMS/UNICEF. Deux pays se sont attaqués à la question des risques pour la santé publique posés par le rayonnement naturel dans les eaux souterraines.

Les États Membres de la Région ont participé aux négociations et à l'adoption de la résolution WHA68.8 de l'Assemblée mondiale de la Santé sur les conséquences sanitaires de la pollution de l'air, ainsi qu'aux discussions sur l'élaboration d'une feuille de route pour son application. Les besoins spéciaux de la Région en matière de qualité de l'air, tels que les conséquences sanitaires causées par le sable et les particules de poussières dans l'air ont été pris en compte lors d'une réunion régionale d'experts avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et l'Organisation météorologique mondiale. Le renforcement des capacités a été soutenu dans le domaine de la pollution atmosphérique et de la santé. En collaboration avec l'Université jordanienne des Sciences et de la Technologie, le centre CEHA a examiné et compilé les données relatives aux connaissances de tous les pays de la Région dans les domaines de la pollution atmosphérique et du changement climatique.

Se joignant à la délégation de l'OMS à la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques (CCNUCC-COP21), le Bureau régional a préconisé, avec ses États Membres, de placer la santé publique au cœur



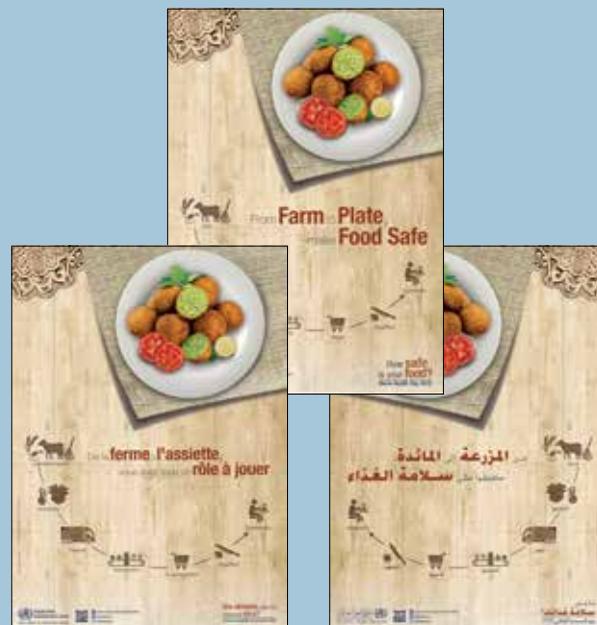
Photo : © OMS

↑ Visite du Directeur régional au Maroc pour préparer la 22^e session de la Conférence des parties (COP22) à la CCNUCC

des débats sur le changement climatique, et a contribué à l'accord mondial conclu avec succès à Paris en décembre 2015. Quatre pays ont élaboré, avec le soutien de l'OMS, des profils nationaux pour le changement climatique et la santé qui ont été présentés à la Conférence de Paris, et plusieurs autres profils sont en cours d'élaboration. Un réseau régional d'experts du changement climatique et de la santé a été créé.

Les capacités institutionnelles des pays en matière de gestion des déchets d'activités de soins ont été renforcées et le soutien technique a été étendu à plusieurs pays. En réponse à la crise des déchets solides au Liban, une série de consultations techniques a été organisée et des instructions sur la planification de la gestion des déchets solides, sur l'évaluation de l'enfouissement des déchets et sur les conséquences de santé publique des ordures ont été communiquées aux parties prenantes. Un protocole scientifique pour évaluer les conséquences sanitaires potentielles des déchets solides, ainsi que les interventions menées auprès des populations au Liban, a été finalisé.

Une initiative régionale d'évaluation de la sécurité sanitaire des aliments a été lancée, et des missions visant à établir le profil des pays ont été conduites par les équipes de l'OMS et des experts dans 15 pays. Les résultats, qui ont révélé des lacunes majeures, ont ensuite été présentés au Comité régional. Le but était 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. L'initiative « De la ferme à l'assiette » 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. L'OMS et les pays procèdent à un suivi des résultats, et des plans d'action régionaux



↑ Journée mondiale de la Santé 2015

en vue de renforcer les systèmes de sécurité sanitaire des aliments sont en phase d'élaboration.

La salubrité de l'environnement a été soutenue dans tous les pays en situations d'urgence. Un soutien aux opérations d'urgence a été fourni à 10 pays, notamment sous la forme de réunions régionales réunissant de nombreuses parties prenantes, de missions techniques et de formation. Le centre CEHA a créé un stock renouvelable régional de fournitures utilisées dans le domaine de la salubrité de l'environnement pour fournir un appui dans les situations d'urgence de la Région. Le renforcement des capacités des prestataires de services de santé a été appuyé dans plusieurs pays en matière de riposte aux accidents chimiques et de soins traumatologiques. 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

Malgré les engagements politiques pris pour mettre en œuvre 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, de nombreux pays rencontrent des difficultés à passer au stade de l'action concrète. La réponse apportée à la Déclaration politique des Nations Unies 2011 et au cadre d'action régional approuvé par le Comité régional en 2012 a été incomplète et inégale. Les facteurs à l'origine de cette situation varient d'un pays à l'autre, mais incluent généralement les éléments suivants : un engagement politique de haut niveau insuffisant ; des priorités concurrentes notamment dans les pays en crise ; un faible engagement des secteurs non sanitaires dont l'action est pourtant essentielle pour la mise en œuvre de mesures clés ; la fragilité des systèmes de santé et la fragmentation des systèmes d'information sanitaire ; des forces d'opposition telles que l'industrie du tabac et la commercialisation libre d'aliments nocifs pour la santé ; et l'absence d'un mouvement de la société civile efficace.

En 2015, l'accent a continué d'être mis sur l'intensification de la mise en œuvre du cadre d'action régional. 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.



↑ Cadre d'action sur la mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles

Nous avons continué à organiser des réunions régionales annuelles sur les maladies non transmissibles afin de permettre aux États Membres d'examiner les progrès effectués avec l'aide d'experts internationaux et régionaux, et pour répondre à leurs besoins en matière d'appui technique. En 2015 et 2016, le Bureau régional a également continué à mettre au point des orientations techniques concrètes qui permettront aux pays de mettre en œuvre les mesures recommandées dans les quatre domaines du cadre régional (gouvernance, surveillance, prévention et soins de santé) reposant sur des données factuelles, l'expérience internationale et les bonnes pratiques.

Gouvernance

Des activités de plaidoyer de haut niveau ont été menées tout au long de l'année 2015 dans le cadre de différentes instances, y compris l'Assemblée mondiale de la Santé et le Comité régional, pour encourager une collaboration entre les secteurs autres que celui de la santé ainsi qu'entre les gouvernements et les acteurs non étatiques. Seulement six pays disposent maintenant d'une stratégie et/ou d'un plan

Frequently asked questions about tobacco control policies for the prevention and control of noncommunicable diseases

Introduction

Tobacco use kills nearly six million people every year, including second-hand smoke. The tobacco epidemic poses a formidable development challenge. However, with the WHO Framework Convention on Tobacco Control, the epidemic is no longer insurmountable. The Convention, legislators and fully implement the treaty effective enforcement.

The WHO FCTC is the first international public health treaty to provide a comprehensive approach to reduce the health burden of tobacco. The WHO FCTC balances demand reduction with supply reduction. The WHO FCTC industry and calls for enhanced present and future generations from the devastating health consequences of tobacco consumption and exposure to second-hand smoke.

In order to help Parties fulfil their obligations under the WHO FCTC, it is a legal obligation for all countries to implement the following policies/measures:

1. Member tobacco use.
2. Protect people from second-hand smoke through bans.
3. Enforce a total ban on advertising, promotion and sponsorship.
4. Warn people about the dangers of tobacco use through mass media.
5. Offer help and support for people to quit, through cessation services.
6. Increase taxes on tobacco products.

To assist policy-makers to make informed decisions, the most tobacco control policies and other associated tobacco control of frequently asked questions.

MPOWER in the Eastern Mediterranean Region

Overview of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) and MPOWER

The problem: the tobacco epidemic in the Region^{1,2}

Number 1 preventable risk factor for premature death and disease

- 20.6% of adults smoke
- 1 in 3 children exposed to secondhand smoke at home
- 187 000 annual deaths caused by tobacco use
- 64 100 annual disability due to secondhand smoke
- 1 609 000 disability-adjusted life years (DALYs) due to secondhand smoke
- 2 793 000 DALYs lost to tobacco use

6 MPOWER measures with the greatest impact on reducing tobacco use

- 1 Global treaty to counter the tobacco burden - WHO FCTC

Today, we have the means to effectively control the tobacco epidemic, full implementation of the WHO FCTC.

The tobacco epidemic poses a formidable challenge to public health and development. However, with the WHO FCTC, the odds of mitigating the epidemic are no longer insurmountable. It encourages the treaty's provisions and mandatorily pursue effective enforcement.

The solution: WHO FCTC and MPOWER

The WHO FCTC is the first international public health treaty intended under the auspices of WHO. It provides a comprehensive approach to reduce the health and economic burden caused by tobacco. An evidence-based treaty that reaffirms the right of all people to the highest standard of health, the WHO FCTC balances demand reduction with supply reduction, protects public health policies from the tobacco industry and calls for enhanced international cooperation to prevent present and future generations from the devastating health, social, environmental and economic consequences of tobacco consumption and exposure to secondhand tobacco smoke.

In order to help Parties to fulfil their WHO FCTC obligations, WHO introduced MPOWER, a set of policies that build on the demand reduction measures of the WHO FCTC and focus on how to "best buy" your "best" resources to reduce tobacco use.

Note: A "best buy" is an intervention that is not only highly cost-effective but also cheap, feasible and culturally acceptable to implement. "Smoking cessation" is an intervention that may not seem to generate the health gains you will predict under the same resources.

www.emro.who.int/125

حقائق وأرقام حول تجارة التبغ غير الشرعية

Facts and figures on the illicit tobacco trade

Fact sheet 1

Cigarettes are a particularly attractive product to smugglers. Because tax is a high proportion of price, evading tax on tobacco products yields a high profit margin. The availability of cheaper cigarettes increases consumption and therefore increases the risk of tobacco-related deaths in the future.

Besides being a major health problem, tobacco trade is also a law enforcement issue and is increasingly carried out by organized criminal groups, including terrorist organisations.

According to available estimates, the of the illicit trade varies between 10% to 18% of total revenue in low-income and middle income countries than in high-income countries.

Eliminating or reducing the illicit trade would reduce consumption by increasing tax revenue for governments. If this trade were eliminated, governments would gain at least US\$1.3 billion a year from 2010 onwards more than 164 premature deaths a year would be averted the vast majority in middle-income low-income countries.

Cigarettes are by far the most free trade tobacco product, but in some regions such as the Eastern Mediterranean and South-East Asian regions, the illicit trade in smokeless and water pipe tobacco is important.

Faits et chiffres sur le commerce illicite des produits du tabac

Aide-mémoire N°1

Les cigarettes sont un produit particulièrement attractif pour les contrebandiers. Les taxes représentent une forte proportion du prix, l'évasion fiscale dans le cadre du détournement des produits du tabac vers le marché illicite (marché dans lequel les ventes sont en grande partie en franchise d'imposition) offre une marge bénéficiaire considérable pour les contrebandiers. La disponibilité des cigarettes peu coûteuses entraîne une hausse de la consommation et par conséquent un accroissement de l'exposition au risque de décès dus à la consommation de tabac.

En plus d'être un problème de santé majeur, le commerce illicite des produits du tabac soulève également la question de la délinquance et de la répression. On retrouve généralement à la tête de ce type de commerce, les groupes criminels organisés, transnationaux, y compris les organisations terroristes.

Selon les estimations disponibles, l'ampleur du commerce illicite varie entre les pays, allant de 10 % à environ 18 % du chiffre d'affaires total en termes de manœuvre à gagner (c'est-à-dire de 40,5 milliards de dollars US par an). Le commerce illicite des produits du tabac est plus important dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.

L'élimination ou la réduction de ce commerce illicite permettrait de diminuer la consommation en augmentant les taxes, en réduisant le nombre de décès prématurés et en augmentant les recettes fiscales des gouvernements. Si l'on éliminait le commerce illicite, les gouvernements gagneraient au moins 1,3 milliard de dollars US par an et plus de 164 000 décès prématurés seraient évités chaque année, et ce à partir de l'année 2010, décès qui pour la plupart surviendraient dans les pays à revenu faible ou intermédiaire.

La suppression de ce commerce illicite des produits du tabac permettrait également de réduire la consommation de tabac de 10 % à 18 % dans les pays à revenu faible ou intermédiaire et de 17 % dans les pays à revenu élevé.

Organisation mondiale de la Santé

↑ **Orientations techniques sur la lutte antitabac**

d'action multisectoriel(le) opérationnel(le), et quatre pays ont défini des objectifs pour 2025 fondés sur les lignes directrices de l'OMS. Les pays de la Région en sont à différents stades de la mise en œuvre de leurs plans d'action et l'OMS continue de surveiller la situation en collaboration avec ces pays, à partir des indicateurs de processus du cadre régional.

L'élaboration, en collaboration avec le Centre collaborateur de l'OMS de l'Université de Georgetown, d'un tableau de bord et de notes d'orientation sur les bonnes pratiques en matière de législation sanitaire à partir de données mondiales, constitue une initiative novatrice. Cette activité fournit un guide pour permettre aux pays d'entreprendre une action législative adaptée afin de maîtriser les facteurs de risque dans les domaines de la lutte antitabac, des régimes alimentaires, de l'activité physique et de la gouvernance. Chacune des interventions prioritaires identifiées est décrite à travers une note

d'orientation juridique particulière contenant des recommandations concrètes applicables aux pays, inspirées des expériences mondiales, régionales et nationales et adaptables au contexte économique local, social et juridique.

Prévention et maîtrise des facteurs de risque

L'ingérence de l'industrie du tabac dans les politiques de lutte contre le tabagisme et la participation limitée des acteurs non sanitaires restent des défis majeurs dans la mise en œuvre d'interventions dans le domaine de la prévention et de la maîtrise des facteurs de risque pour les maladies non transmissibles. Seize pays ont adopté une cible au niveau national en vue de réduire la consommation de tabac de 30 % d'ici 2025, et 17 pays instaurent actuellement une augmentation des taxes en se fondant sur les directives de l'article 6 de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Les pays ont également reçu

un soutien pour mettre à jour leur législation antitabac, notamment à propos des lieux publics sans tabac, des mises en garde sanitaires illustrées et de l'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage.

L'une des principales activités entreprises a été la sensibilisation aux questions de lutte antitabac, en particulier au protocole de la Convention-cadre de l'OMS et à l'influence de l'industrie sur la publicité en faveur du tabac, la promotion et le parrainage dans les œuvres de fiction. Dans ce contexte, la mise en œuvre de six projets a été financée par des organisations non gouvernementales et les projets ont été réalisés, s'attaquant à différents aspects de la consommation de tabac dans les œuvres de fiction diffusées sur les réseaux en langue régionale. Deux pays (le Yémen et les Émirats arabes unis) ont été cités dans le *Rapport mondial de l'OMS sur l'épidémie de tabagisme 2015* comme faisant partie des pays ayant le meilleur niveau de réalisation en termes d'interdiction de la publicité, de la promotion et du parrainage en faveur du tabac, et l'Arabie saoudite a été mentionnée comme l'un des pays qui appliquent pleinement l'interdiction de consommer du tabac dans les lieux publics. Un appui technique a été fourni pour le renforcement des capacités sur le sevrage tabagique et la ratification du protocole de la Convention-cadre de l'OMS dans les pays du Conseil de coopération du Golfe (CCG). L'Arabie saoudite et l'Iraq sont devenus Parties au protocole de la Convention-cadre de l'OMS et trois nouveaux pays ont rejoint la tête de liste des pays en termes de surveillance (le Koweït, le Pakistan et le Qatar).

La charge du surpoids, de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation continue d'augmenter en raison de la transition nutritionnelle, en particulier dans les pays à

↑ **Déclaration politique et mesures recommandées sur la réduction de l'apport en sucre**

revenu intermédiaire et élevé. Dix-sept pays ont adopté le Code international de commercialisation des substituts du lait maternel, et surveillent son application. Toutefois, les progrès de la mise en œuvre sont inégaux. Un certain nombre de documents d'orientation générale ont été mis au point pour appuyer l'adoption d'approches multisectorielles durables. Parmi ces documents, on trouve des déclarations de principe et des mesures recommandées pour réduire les apports en sel, en graisses et en sucres ainsi qu'un protocole pour mesurer l'apport en sel grâce à la collecte des urines sur 24 heures.

Les apports en sel actuels dans la Région sont très élevés, avec un niveau moyen de 10 g par personne et par jour dans la plupart des pays. La mise en œuvre de stratégies de réduction du sel progresse dans plusieurs pays, et des comités multisectoriels nationaux ont été établis dans certains pays avec une autorité pour définir des stratégies et contrôler la mise en œuvre d'activités de réduction du sel.

Les estimations des apports en acides gras saturés sont également élevées, avec de nombreux pays dépassant la limite supérieure de 10 %. Des initiatives visant à réduire les graisses totales et les graisses saturées dans les produits alimentaires ont été prises dans plusieurs pays (en Égypte, en Iraq, en République islamique d'Iran et dans les pays du Conseil de coopération du Golfe). Dans la plupart des pays, la participation du secteur industriel reste volontaire et timide. L'étiquetage des aliments pour les graisses, les acides gras saturés, les graisses trans et le sel dans tous les aliments importés ou produits localement est devenu obligatoire dans les pays du Conseil de coopération du Golfe. En Égypte, les premières mesures ont été prises pour réduire la consommation d'huile de palme avec la présentation d'un projet de norme sur l'huile de cuisson subventionnée. Dans plusieurs pays, le secteur privé s'est acheminé vers la production volontaire de produits laitiers à faible teneur en graisses et allégés.

Un projet de modèle de profil nutritionnel a été établi pour guider les pays dans la classification des aliments et boissons en produits « sains » et « nocifs » pour la santé. Un soutien a été fourni, en collaboration avec le Bureau régional OMS de l'Europe, le Siège de l'OMS et l'Université de Liverpool, à plusieurs pays pour développer une feuille de route provisoire en vue d'accélérer les mesures relatives à la commercialisation des aliments nocifs pour la santé à travers le renforcement des capacités pour les interventions juridiques. Une série d'activités de sensibilisation ont abouti à un forum ouvert en présence des médias grand public, de célébrités régionales, d'experts des médias et d'organisations de la société civile, qui a débouché sur des recommandations destinées aux secteurs non sanitaires afin de faire face à la commercialisation de produits nocifs auprès des enfants.

En vue de promouvoir l'activité physique, le développement des capacités a été appuyé par les médias et le marketing social, en partenariat avec le Centre collaborateur de l'OMS sur l'activité physique, la nutrition et l'obésité à Sydney (Australie). Le premier cycle, auquel neuf pays ont participé, s'est conclu par l'élaboration, par les représentants des secteurs sanitaires et non sanitaires, de plans de marketing social provisoire de plans médiatiques de masse. Un programme de mentorat à distance sur la mise en œuvre a débuté avec quatre pays (République islamique d'Iran, Koweït, Oman et Maroc). En outre, un manuel a été mis au point pour guider l'inclusion de l'activité physique dans les soins de santé primaires.

Surveillance, suivi et évaluation

La priorité principale pour les États Membres est de mettre en œuvre le cadre de surveillance pour les maladies non transmissibles avec ses trois composantes, à savoir le suivi des facteurs de risque et des déterminants, le traçage de la morbidité et de la mortalité précoce par cause spécifique, et l'évaluation de la réponse et de la performance des systèmes de santé. Les indicateurs inclus dans chacune des trois composantes permettront aux États Membres de suivre les progrès effectués en vue de la réalisation des cibles du plan d'action mondial approuvé par l'Assemblée mondiale de la Santé. Un module de formation a été mis au point et sera proposé aux pays pour renforcer leurs capacités en matière de surveillance des maladies non transmissibles, et un cours de formation destiné aux formateurs doit être dispensé avant fin 2016.

Un certain nombre d'enquêtes ont été réalisées dans le cadre du suivi des facteurs de risque. Presque tous les pays ont répondu à l'enquête

sur les capacités de lutte des pays contre les maladies non transmissibles et plusieurs pays en sont à différents stades de l'enquête STEPS visant à surveiller la charge et les tendances des facteurs de risque, de l'enquête mondiale sur la consommation de tabac chez les adultes et de l'enquête mondiale sur les jeunes et le tabac. Le renforcement des capacités dans la surveillance oncologique a été mené en collaboration avec le Centre international de Recherche sur le Cancer (CIRC) en mettant plus particulièrement l'accent sur la constitution de registres des cancers populationnels dans les pays, tandis qu'un cours régional pour renforcer davantage les capacités de surveillance a été expérimenté et fait actuellement l'objet d'une révision. Ces efforts ont été encore davantage soutenus par la mise en place d'un outil d'évaluation standardisé permettant aux pays d'identifier les obstacles et les opportunités afin d'élargir leur surveillance.

Soins de santé

La réorientation des systèmes de santé vers l'intégration de la prise en charge des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires est une priorité centrale. À partir des recommandations d'une réunion régionale organisée en 2014, un guide a été élaboré afin d'évaluer les composantes du système de santé sous-tendant une intégration efficace. De plus, une révision des données factuelles mondiales a été menée pour appuyer l'élaboration d'une matrice d'options politiques fondée sur les blocs constitutifs des systèmes de santé de l'OMS et adaptées aux besoins des pays. Un ensemble de base d'indicateurs de qualité pour la prise en charge des maladies non transmissibles a été mis au point, dans le cadre d'une initiative régionale pour les mesures de la qualité dans les soins de santé primaires.

Une analyse de la situation régionale en matière de prise en charge des maladies non transmissibles en situation d'urgence a été menée dans cinq pays, en mettant l'accent sur les réfugiés et les personnes déplacées en provenance de République arabe syrienne. Les conclusions de l'analyse ont souligné l'importance d'une approche cohérente axée sur les soins de santé primaires, même en situations d'urgence. Des expériences dans la Région ont également révélé la nécessité de communiquer, en temps voulu, un ensemble normalisé de technologies et de médicaments essentiels. Un kit sanitaire d'urgence pour la prise en charge des maladies non transmissibles a ainsi été mis au point, complétant le kit sanitaire d'urgence inter-institutions.

Des profils de pays ont été établis en indiquant comment chaque pays était prêt à agir dans les cinq domaines stratégiques de la prévention et de la lutte contre le cancer. Les travaux se sont axés sur les capacités à renforcer, premièrement, l'élaboration ou l'évaluation de registres des cancers, et deuxièmement, le développement des soins palliatifs. De nombreux pays ont considérablement investi dans l'organisation de campagnes nationales de dépistage du cancer du sein et de sensibilisation en matière de santé publique. En 2015, l'OMS a fourni un appui technique à l'élaboration de programmes de dépistage et à l'évaluation de campagnes de sensibilisation aux questions de santé publique.

En 2015, le Bureau régional a joué un rôle moteur important dans la promotion d'un cadre de responsabilisation visant à mesurer les progrès accomplis. La contribution des pays a été substantielle pour faire en sorte que les 10 indicateurs mis au point afin de mesurer les progrès soient conformes aux indicateurs du cadre d'action régional. Les pays sont désormais mieux à

même de suivre les progrès et d'en rendre compte, et de satisfaire à la décision qu'ils ont prise de mettre en œuvre les engagements assortis de délais des États Membres : d'ici 2015, définir des cibles nationales et élaborer/renforcer des plans d'action multisectoriels nationaux ; et d'ici 2016, réduire les facteurs de risque et renforcer les systèmes de santé.

L'OMS continuera de travailler avec les États Membres pour accélérer les progrès, qui seront mesurés par les indicateurs de progrès d'ici le prochain examen des Nations Unies en 2018. L'accent sera mis sur le renforcement de la sensibilisation politique et le développement de l'engagement multisectoriel dans la mise en œuvre des dispositions du cadre d'action régional, en adoptant une approche pangouvernementale et en fournissant un soutien technique aux pays.

Santé mentale

Les troubles mentaux, neurologiques et les troubles dus à l'abus de substances psychoactives sont responsables d'une perte de 7,4 % des années de vie ajustées sur l'incapacité (AVCI) et de 22,9 % des années de vie vécues avec une incapacité à travers le monde. La consommation de drogues illicites représente 0,9 % des AVCI perdues dans le monde. Les prévalences standardisées selon l'âge de la pharmacodépendance au cannabis (0,19 %), aux amphétamines (0,25 %), à la cocaïne (0,10 %) et aux opioïdes (0,22 %) dans la Région sont similaires aux estimations mondiales. La Région présente toutefois la plus forte prévalence des troubles mentaux, en particulier des maladies dépressives et des troubles anxieux, de toutes les régions de l'OMS. Ce résultat est presque entièrement dû aux situations d'urgence complexes que connaît la Région. Tandis que tous les pays ont accompli des progrès,

indépendamment de leur revenu national, d'importantes lacunes demeurent en matière de traitement, allant de 76 à 85 % pour les troubles mentaux graves.

Malgré la charge qu'elle représente, la santé mentale continue d'occuper une place mineure parmi les questions politiques et de santé publique, tandis que la stigmatisation qui lui est attachée recouvre tous les aspects des soins de santé mentale, avec une discrimination répandue qui a un impact majeur sur le développement, la prestation et l'utilisation des services. La santé mentale a été pénalisée par un sous-financement chronique et elle connaît ainsi une pénurie de personnels et de services spécialisés. Les compétences des agents de santé généraux et des responsables de la santé mentale se limitent en grande partie à la prestation des soins.

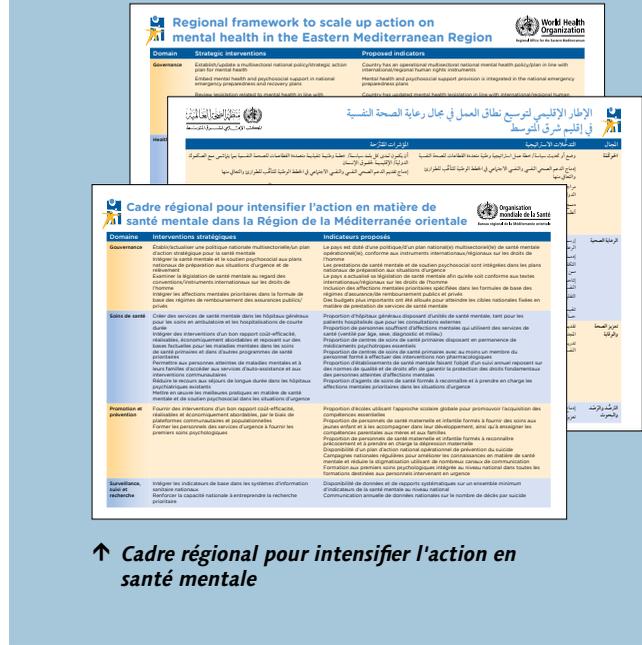
Les soins en institution constituent encore le modèle de soins dominant dans la majorité des pays. Cela limite les capacités de développement du personnel de santé mentale et a conduit à des violations des droits de l'homme. Il existe un manque de données relatives à la recherche et d'informations issues de la Région afin de soutenir la planification stratégique et le développement des services. La santé mentale et l'abus de substances psychoactives commencent toutefois à attirer l'attention, tant sur le plan mondial que régional, et le nombre de pays qui connaissent des situations d'urgence complexes fait augmenter les besoins et la demande en services d'appui.

En 2015, le Comité régional a adopté un cadre régional reposant sur des bases factuelles, mis au point entre 2014 et 2015 par le Bureau régional, en consultation avec les États Membres et des experts de renom internationaux et régionaux. L'objectif du cadre est d'intensifier l'action en

matière de santé mentale et de mettre en pratique le plan d'action global sur la santé mentale 2013-2020. Dans le cadre régional, quatre domaines d'action ont été identifiés : la gouvernance, la prévention, les soins de santé et la surveillance.

Des progrès notables ont été réalisés par certains pays. Dans le domaine de la gouvernance, certains pays (les Émirats arabes unis, le Koweït, le Liban, Oman, le Qatar, la Somalie) ont élaboré ou actualisé leurs stratégies en matière de santé mentale, conformément aux cibles et aux indicateurs mondiaux. Trois pays (l'Afghanistan, l'Arabie saoudite et les Émirats arabes unis) ont revu leurs législations et réglementations de santé mentale conformément aux dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Le programme d'études pour un cours régional sur le leadership en santé mentale a été mis au point et le premier cours a été accueilli par l'Université américaine au Caire (AUC) en septembre 2015.

Dans le secteur des soins de santé, un soutien a été fourni dans un certain nombre de domaines. Plus de la moitié des pays disposent aujourd'hui de programmes mhGAP visant à combler les lacunes au niveau du traitement des problèmes prioritaires de santé mentale à travers une intégration dans les soins de santé primaires. Jusqu'à présent, trois pays (l'Afghanistan, la Jordanie et la Libye) ont initié le projet QualityRights, en se fondant sur les dispositions de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées pour garantir la qualité des services et le respect des droits du patient dans les établissements psychiatriques. Les services dédiés aux troubles dus à l'abus de substances psychoactives ont été renforcés en Iraq et au Pakistan à travers le renforcement des capacités et le soutien pour la mise en place de centres, en collaboration avec



l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (ONUDC). Des services offrant un traitement de substitution à l'opium ont été mis en place au Pakistan et étendus à d'autres pays, tandis qu'un protocole de réduction des effets nocifs a été mis au point à Oman.

Un soutien a été fourni, en collaboration avec le Siège de l'OMS et des organisations non gouvernementales internationales, aux pays traversant des crises humanitaires pour la santé mentale, et un soutien psychologique en situation d'urgence, à travers le renforcement des capacités techniques des bureaux de pays, ainsi qu'un soutien direct. La version arabe d'un module de formation pour les premiers secours psychologiques a été publiée, et un module sur les interventions psychosociales destiné aux agents de santé non spécialistes en situation d'urgence est actuellement testé sur le terrain.

Dans le domaine de la prévention, la version arabe du rapport mondial sur le suicide a été publiée et lancée en 2014. Une évaluation des ressources et des capacités disponibles pour le diagnostic et la

prise en charge des troubles du spectre autistique a été menée en collaboration avec l'Institut national italien de la santé et l'organisation *Autism Speaks*. Un module de formation sur la santé mentale destiné aux écoles a été finalisé et est actuellement mis à l'essai dans certains pays, alors que des supports d'éducation aux compétences de base et des matériels de formation aux compétences parentales pour les troubles du spectre autistique sont également en cours de finalisation.

Des orientations concernant la mise en place de systèmes pour l'enregistrement des suicides et les informations sur les traitements liés à l'usage de substances psychoactives ont été publiées. Un ensemble de base d'indicateurs de qualité pour les soins de santé mentale dans les soins de santé primaires ont été mis au point, dans le cadre d'une initiative régionale sur les mesures de qualité des soins de santé primaires.

L'OMS renforcera les liens et la collaboration avec ses partenaires régionaux et mondiaux pour

mettre en œuvre les dispositions du cadre d'action régional dans la Région et mettre en pratique les dispositions du plan d'action global 2013-2020. Elle renforcera sa capacité à fournir un soutien aux pays dans l'examen et l'élaboration de politiques et de stratégies nationales conformément au plan d'action global et se concentrera sur le développement des personnels spécialisés et non spécialisés pour une offre intégrée de soins de santé mentale de qualité. Elle dirigera également l'élaboration d'un module de connaissances et d'une campagne sur la santé mentale pour combattre la stigmatisation rattachée à la santé mentale et à l'abus de substances psychoactives. Elle continuera à aider les pays afin qu'ils étendent leur soutien en faveur de la santé mentale et leur soutien psychosocial dans les situations d'urgence et elle fera également la promotion de la santé mentale à travers des programmes scolaires consacrés à la santé mentale et à la prévention du suicide et des modules de connaissances sur la santé mentale.

Maladies transmissibles

Sécurité sanitaire et règlement sanitaire international

L'incidence des maladies infectieuses émergentes et réémergentes continue d'augmenter : la moitié des pays de la Région ont signalé une incidence élevée de ces maladies en 2015. L'OMS a dû faire face à une augmentation du nombre de flambées épidémiques, telles que la grippe A(H1N1)pdm09 en Jordanie, au Koweït et en Libye ; la grippe aviaire A(H5N1) en Égypte ; le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) en Arabie saoudite et en Jordanie ; le choléra en Iraq et en Somalie ; l'hépatite A en République arabe syrienne ; la dengue au Yémen ; et une fièvre hémorragique virale inconnue au Soudan. Un soutien opérationnel et technique stratégique, a été fourni aux pays pour le dépistage, l'évaluation des risques et les interventions rapides dans les cas de maladies infectieuses émergentes et pour prévenir la propagation internationale de ces infections.

En réponse à la résolution (EM/RC/61/R.2) du Comité régional, des évaluations rapides ont été conduites par les équipes de l'OMS et des experts fin 2014 et début 2015 dans 20 pays sur 22 afin d'évaluer leur capacité à réagir à une importation potentielle du virus Ebola. Les lacunes majeures identifiées étaient liées au leadership et à la coordination, aux capacités au niveau des points d'entrée, à la surveillance et aux interventions, à la lutte contre les infections, aux capacités des laboratoires et à la communication sur les risques (Fig.3). Suite à cette évaluation, des mesures de préparation et de capacité opérationnelle, un plan d'action de 90 jours ont été élaborés et mis en



Photo : ©OMS

↑ Presque tous les pays ont organisé une formation destinée aux agents de santé sur les soins appropriés et la gestion des patients en cas de flambée de maladie à virus Ebola ou de fièvres hémorragiques similaires hautement pathogènes

œuvre au cours du quatrième trimestre 2015 afin d'aider les pays à combler les principales lacunes identifiées par l'OMS dans les domaines de la surveillance et de lutte contre les maladies, du dépistage et des mesures efficaces de confinement. Ce travail a contribué à accélérer les progrès concernant la mise en œuvre des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005).

D'importantes actions de santé publique ont été menées pour endiguer l'épidémie de choléra en Iraq. Les systèmes de surveillance ont été améliorés, les personnels de soins de santé ont été formés rapidement à la prise en charge des cas, la réponse opérationnelle a été renforcée et des vaccins anticholériques oraux ont été distribués pour vacciner plus de 300 000 personnes vulnérables et prévenir le débordement de l'épidémie vers les zones difficiles d'accès.

Le travail s'est poursuivi afin de mettre sur pied un réseau régional d'institutions compétentes dans le cadre du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) pour

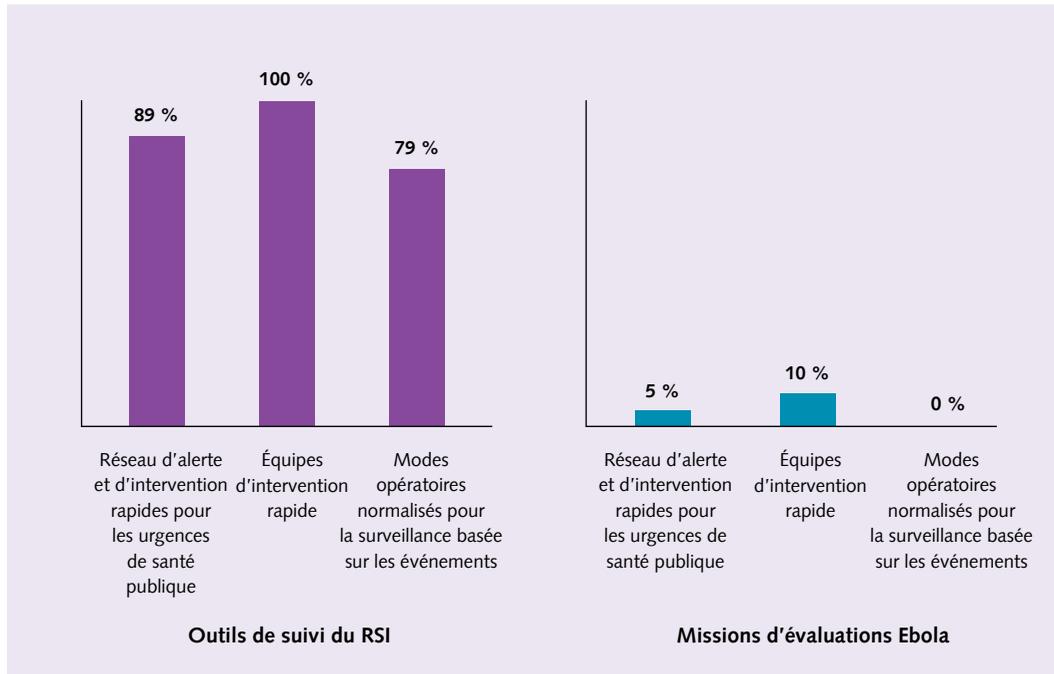


Fig. 3 Comparaison des résultats de l'évaluation de suivi du RSI et des résultats de l'évaluation pour Ebola en 2014, pour les principales capacités de surveillance

riposter aux épidémies et autres menaces pour la sécurité sanitaire. Les principes directeurs et les règles d'engagement de ce réseau seront finalisés et le réseau sera activé en 2016. Le réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) a été étendu aux pays en situation de crise tels que l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne et le Yémen.

La Région a fait une priorité de la préparation et de l'organisation de la riposte en cas de grippe pandémique. En 2015, les actions se sont attachées à améliorer le système d'alerte rapide, à mettre en place des équipes d'intervention rapide efficaces, à améliorer la qualité des diagnostics de laboratoire et des activités de communication sur les risques, à augmenter la disponibilité et le taux de recours au vaccin saisonnier contre la grippe, ainsi qu'à élaborer et mettre en place des plans d'action pour le renforcement des

capacités nationales en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte. Sept pays (l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, la Jordanie, le Liban, le Maroc et le Yémen) ont reçu des fonds du partenariat pour le cadre de préparation en cas de grippe pandémique en vue d'améliorer leurs capacités de préparation et de réponse à la grippe pandémique.

Compte tenu de la vitesse à laquelle la menace de MERS-CoV se répand, 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. Le Bureau régional a organisé la quatrième réunion scientifique internationale sur le MERS-CoV en mai 2015. Ces réunions ont permis à la communauté scientifique de mettre le doigt sur les lacunes

en matière de connaissances sur les modes et les risques de transmission à l'homme, et de déterminer la recherche nécessaire en santé publique essentielle pour combler ces lacunes.

Des progrès significatifs ont été accomplis en 2015 dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Le comité d'orientation régional s'est réuni pour la première fois et a défini un cadre opérationnel pour la mise en œuvre du plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens, en collaboration avec l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé animale, et sur la base de l'approche « Un monde, une santé ».

L'OMS continuera à apporter un soutien stratégique aux pays à haut risque dans les domaines de la surveillance, du dépistage précoce et de l'organisation de la riposte contre les épidémies de maladies infectieuses émergentes. Des plans et des stratégies régionaux et complets de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte seront élaborés pour gérer ces flambées épidémiques et d'autres menaces de santé publique, et l'accent sera mis sur la prévention, quand cela est possible, ainsi que sur le dépistage précoce et l'organisation de la riposte. Des efforts concertés seront également menés pour renforcer les capacités nationales en matière de surveillance des maladies et d'organisation de la riposte, en accord avec le Règlement sanitaire international (2005), et notamment de communication sur les risques comme partie intégrante des interventions d'urgence en santé publique.

Les capacités principales des laboratoires requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) n'ont pas été atteintes à ce

jour dans près de la moitié des pays du fait de financements insuffisants et d'un manque d'accès, d'une mauvaise qualité des tests, de l'équipement et des fournitures, et des compétences insuffisantes des personnels. L'OMS a continué de fournir un soutien complet pour le renforcement des systèmes et des services de laboratoires de santé nationaux, avec une attention particulière accordée aux exigences de capacités principales requises. L'OMS, en consultation avec les parties prenantes nationales et internationales, a mis au pont un projet de stratégie régionale pour les laboratoires de santé pour 2016-2020. Cette stratégie orientera les efforts des pays en vue du renforcement pérenne des systèmes de laboratoires de santé nationaux.

Un travail a été entamé pour créer un réseau de laboratoires visant à renforcer leur surveillance, ainsi que le dépistage des agents pathogènes émergents dangereux et l'organisation de la riposte. Afin d'obtenir l'information de base nécessaire à la création d'un tel réseau, la situation épidémiologique des fièvres hémorragiques virales et des agents pathogènes émergents dangereux a été analysée, et les capacités et les pratiques actuelles des laboratoires les plus en pointe ont été recensées et analysées. La prochaine étape sera de mettre à niveau les établissements ainsi que les pratiques de biosécurité/sécurité biologique des laboratoires cibles, le renforcement des capacités et le mentorat, l'inscription à des programmes d'évaluation externes régionales de qualité et à des programmes de jumelage.

Une stratégie régionale pour les services de transfusions sanguines a été élaborée par le biais d'un processus consultatif, en collaboration avec des experts et des instituts de la Région et d'autres régions. Un accord de projet de collaboration est en cours de préparation entre l'OMS et la

Fédération internationale des organisations de donneurs de sang pour augmenter le nombre de dons de sang volontaires et améliorer les services de soins aux donneurs dans la Région.

La collaboration technique nord-sud et sud-sud entre les partenaires régionaux et internationaux existants a été renforcée et élargie pour inclure le milieu universitaire au niveau mondial et régional, et soutenir les pays dans l'application du RSI. La collaboration transfrontalière a été renforcée grâce à l'élaboration de plans bilatéraux et multilatéraux pour remédier aux déficits de capacités du RSI au niveau de certains postes frontaliers terrestres identifiés, caractéristique qui est aggravée par les conflits, la porosité des frontières et les déplacements de masse à l'intérieur comme vers l'extérieur des frontières de nombreux États Parties.

Le respect des exigences liées à la notification et à l'établissement de rapports, notamment en réponse aux demandes de vérification de l'OMS concernant les événements de santé publique pouvant revêtir une portée internationale, a continué d'être améliorée parmi les points focaux nationaux du RSI. Pour autant, des améliorations supplémentaires sont nécessaires par le biais d'une collaboration intersectorielle opérationnelle visant à assurer la notification efficace et rapide des événements de santé publique en dehors du champ du secteur de la santé.

L'OMS a continué de procéder à un suivi des progrès liés à l'application du RSI et d'en rendre compte au Comité régional, au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé via les questionnaires d'auto-évaluation remis par les États Parties. Les résultats 2015 ont indiqué un niveau de mise en application de 60 % pour différentes capacités du RSI. Cependant, la

fiabilité et la validité des progrès dans l'application du RSI sur la base d'auto-évaluations et de rapports remis par les pays eux-mêmes ont été remises en question à tous les niveaux de l'Organisation, ainsi que par les parties prenantes externes. À cet égard, le Comité régional a adopté une résolution (EM/RC62/R.3) prévoyant la mise en place d'une commission d'évaluation régionale, composée d'experts régionaux et internationaux, pour évaluer l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région et conseiller les États Membres sur des actions prioritaires afin de mettre en place et de maintenir les principales capacités. La Commission a été créée et a tenu sa première réunion en décembre 2015, au cours de laquelle son mandat et ses modalités de travail ont été discutés. La quatrième réunion des parties prenantes du RSI a également été organisée en décembre et a présenté le travail de la Commission aux États Parties, ainsi que la nouvelle approche pour accélérer l'application du Règlement.

Un cadre de suivi et d'évaluation du RSI a été élaboré par l'OMS, et une consultation mondiale a été organisée au Caire, en janvier 2016, pour harmoniser les processus et les instruments d'évaluation avec des initiatives similaires, telles que le programme d'action mondial en matière de sécurité sanitaire, et en collaboration avec l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé animale, conformément à la résolution EM/RC62/R.3. Par conséquent, un processus d'évaluations externes conjointes harmonisées et d'outils pour l'application des capacités du RSI ont été élaborés pour compléter le rapport annuel des États Parties. Le processus et les outils d'évaluations externes conjointes sont en phase de finalisation, avec la participation de l'ensemble des parties prenantes concernées. Une fois finalisées, les évaluations externes conjointes

seront conduites sur une base volontaire au niveau de chaque État Partie, en vue d'identifier précisément les lacunes, ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action des pays avec des priorités claires, dans le but d'assurer la sécurité sanitaire pour tous.

Éradication de la poliomyélite

En 2015, des progrès considérables ont été accomplis au plan mondial sur la voie de l'éradication de la poliomyélite (Fig.4). Pour la première fois dans l'histoire de l'initiative mondiale, le continent africain dans son ensemble n'a rapporté aucun cas de poliomyélite en plus d'une année, le cas le plus récent ayant été notifié le 11 août 2014 en Somalie. Le seul sérotype qui reste en circulation, le poliovirus sauvage de

type 1, se limite à quelques rares zones de deux pays endémiques, l'Afghanistan et le Pakistan, tous deux situés dans la Région de Méditerranée orientale. Ces pays ont notifié 74 cas au total en 2015, soit une réduction de 80 % de la charge comparée au nombre de cas rapportés en 2014.

Malgré ces immenses progrès, tant qu'il existe des endroits où le poliovirus sauvage est en circulation, il y a un risque d'importation pour les pays de la Région, du fait des mouvements massifs de populations et des situations d'urgence complexes actuelles dans plusieurs pays qui contribuent à détériorer la couverture de la vaccination systématique. En 2015, 10 pays exempts de poliomyélite dans la Région ont mené des campagnes de vaccination antipoliomyélitique nationales ou infranationales afin de maintenir des

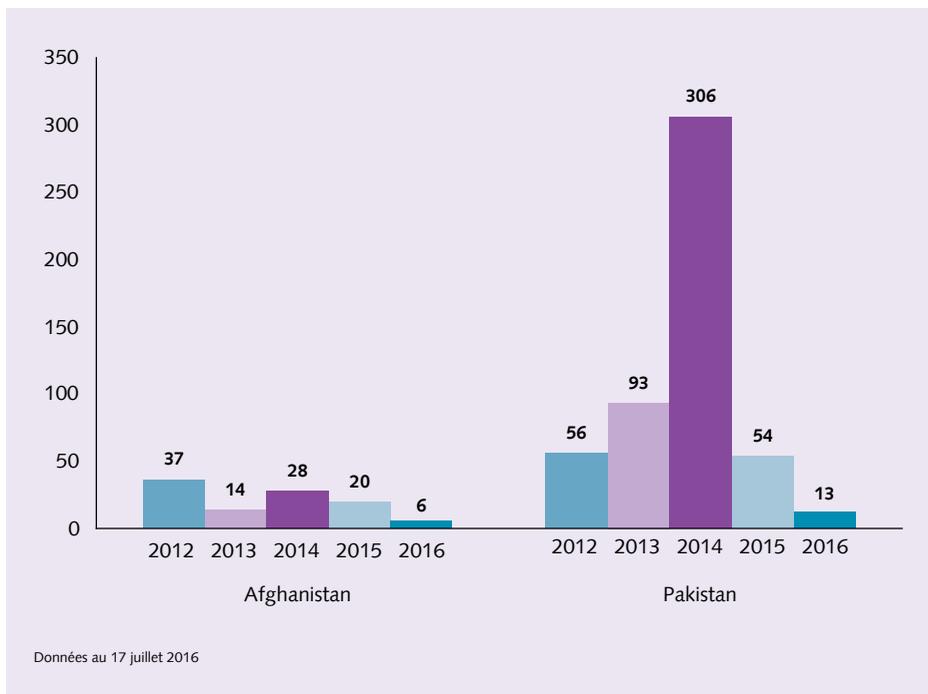


Fig. 4
Diminution du nombre de cas dans les pays d'endémie de poliomyélite depuis 2012



Photo : ©OMS/J. Jalali



Photo : ©OMS

↑ L'Afghanistan et Pakistan sont en train d'élaborer un plan d'action d'urgence, indiquant les importants efforts déployés afin de toucher les enfants résidant dans des lieux inaccessibles, dans le but d'arrêter la transmission de la poliomyélite en 2016

niveaux élevés d'immunité et de réduire le risque d'importation du poliovirus sauvage (PVS) ou le développement du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDV).

L'Afghanistan et le Pakistan ont mis au point des plans d'action d'urgence nationaux robustes afin de mettre un terme à la transmission de la poliomyélite d'ici 2016. Ces deux pays ont enregistré des progrès significatifs en réduisant la transmission tout au long de 2015, et au cours des six derniers mois de l'année faisant l'objet de ce rapport, traditionnellement la haute saison pour la transmission du poliovirus ; seuls 36 cas ont été notifiés au total, soit la plus faible charge jamais rapportée pour la maladie au cours de cette période. Au cours du quatrième trimestre 2015, des examens officiels des flambées épidémiques multipays au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique survenues entre 2013 et 2014 ont conclu que les deux flambées étaient terminées.

L'un des objectifs principaux du plan d'assaut final contre la poliomyélite est l'élimination progressive du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), en commençant par le vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. Tous les pays de la Région sont passés avec succès

du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, que ce soit pour la vaccination systématique ou dans le cadre des campagnes, et ont cessé de recourir au vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt). Il est impératif que tous les pays de la Région rendent compte du processus de passage validé et procèdent à la destruction de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux de types 2/Sabin 2 restants d'ici au 30 juillet 2016, dans le cadre de la phase I du Plan d'action mondial (GAP III) pour le confinement du poliovirus de type 2.

Pour parvenir à l'éradication, la Région doit enrayer la propagation actuelle du poliovirus sauvage dans les foyers endémiques persistants en Afghanistan et au Pakistan ; maintenir les taux d'immunité dans la population, notamment dans les pays en situation d'urgence et au sein des groupes de personnes déplacées ; atteindre les enfants vivant dans des zones difficiles d'accès afin de les vacciner ; et maintenir le niveau de vigilance et la capacité à détecter et à répondre à chaque nouveau cas ou nouvelle flambée épidémique causé(e) par le poliovirus ou le virus circulant dérivé d'une souche vaccinale. En 2016, les efforts continueront donc de se concentrer sur le renforcement des capacités des programmes

en Afghanistan et au Pakistan au moyen du recrutement de personnels hautement qualifiés dans les deux pays, ainsi que la fourniture d'un soutien technique solide.

Les programmes en Afghanistan, dans la Corne de l'Afrique et au Pakistan feront l'objet d'examen réguliers avec l'organisation de réunions du groupe consultatif technique visant à analyser les progrès et à conseiller les gouvernements sur les interventions techniques les plus efficaces. Les pays à risque recevront un soutien pour mener à bien des activités de vaccination supplémentaires en vue de maintenir de hauts niveaux de protection, et un soutien opérationnel sera fourni aux pays endémiques et à risque pour la mise en œuvre des activités planifiées. Une analyse des risques régulière sera conduite afin d'identifier les risques et de mettre au point des stratégies d'atténuation des risques. Un soutien technique sera offert pour le renforcement des capacités dans le cadre des interventions en cas de flambée, et pour l'élaboration de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte pour les pays exempts de poliomyélite. Avec ces activités, l'objectif de la Région est de devenir exempt de poliomyélite d'ici 2016, et de le rester.

VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la Région continue d'augmenter très rapidement, ce nombre ayant atteint 330 000 fin 2015. Les États Membres ont accompli des progrès notables avec l'augmentation du nombre de patients bénéficiant du traitement antirétroviral, passant de 34 345 en 2014 à 46 345 fin 2015. Malgré ces progrès, la couverture par le traitement antirétroviral demeure à 14 %, toujours loin des cibles mondiales. Fin

2015, tous les pays avaient mis à jour leurs lignes directrices en matière de traitement du VIH, en accord avec les dernières lignes directrices de l'OMS. Plusieurs pays (l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Liban, le Maroc, le Pakistan/Pendjab, et le Soudan) ont réalisé des analyses en cascade « dépister, traiter, fidéliser » pour le VIH, qui ont conduit à une meilleure compréhension des lacunes et des opportunités manquées pour engager et fidéliser les personnes vivant avec le VIH tout au long du continuum des services de dépistage, de soins et de traitement. Étant donné que la grande majorité des personnes vivant avec le VIH dans la Région ne connaissent pas leur statut VIH, les efforts se sont grandement concentrés sur l'initiation et l'intensification du dialogue avec les administrateurs nationaux des programmes de lutte contre le sida et des réseaux régionaux de la société civile sur les innovations en matière de politiques de dépistage du VIH et de prestations de services. La mise en œuvre des nouvelles directives consolidées de l'OMS pour les services de dépistage du VIH a été discutée lors d'une consultation régionale organisée par l'ONUSIDA et l'OMS, et les participants ont identifié les actions prioritaires à mener en fonction des pays afin d'accélérer le recours aux services de dépistage du VIH. L'OMS a mis au point et diffusé un cours de formation sur les connaissances de base sur le VIH et la réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Ce cours a été mis en œuvre au Maroc et au Soudan, et sera bientôt proposé dans d'autres pays.

Au vu de la contribution importante de la consommation de drogues injectables dans l'épidémie de VIH, un examen régional a été mené sur l'accès au dépistage et au traitement des personnes vivant avec le VIH qui s'injectent des drogues. Les résultats d'examen ont montré que seulement 6 % des personnes vivant avec



↑ **Modules de formation consacrés au VIH**

le VIH qui s'injectent des drogues ont reçu un traitement contre le VIH en 2014. Ces résultats ont été mis à disposition des parties prenantes au cours d'une consultation régionale, organisée en partenariat avec l'Association pour la réduction des risques liés au VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENAHRRA), ce qui a conduit à l'élaboration de recommandations spéciales afin de faire tomber les barrières en matière de prévention, de diagnostic et de traitement. Des consultations ont également été organisées pour solliciter la participation régionale à l'élaboration de nouvelles stratégies mondiales du secteur de la santé pour le VIH, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite pour la période 2016-2021.

L'hépatite constitue une priorité de santé publique dans la Région. On estime en effet que 14,8 et 16 millions de personnes ont une infection chronique par le virus de l'hépatite B et C

respectivement. Les nouveaux cas d'infection dans la Région sont le plus souvent le résultat d'injections et d'actes médicaux réalisés dans de mauvaises conditions sanitaires. Offrir un accès à des médicaments bien tolérés et efficaces, ainsi qu'à des diagnostics performants, constitue un défi pour tous les pays.

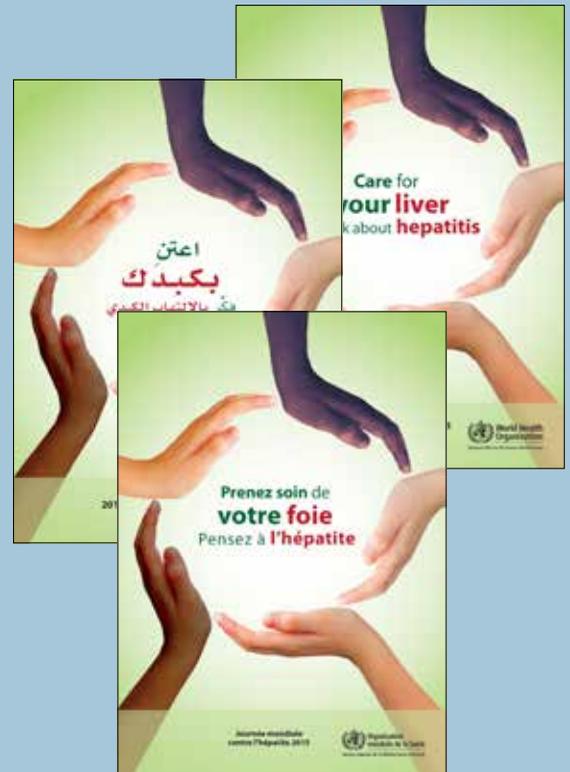
Afin de mobiliser une action de santé publique cohérente qui donne la priorité aux interventions efficaces et fait la promotion d'un accès équitable aux services, l'OMS a rassemblé un large éventail de parties prenantes pour s'engager dans l'élaboration d'un plan d'action régional contre l'hépatite virale. Le plan d'action régional fixe des cibles en accord avec la stratégie mondiale de l'OMS contre l'hépatite virale et fournit des orientations pour l'élaboration d'un plan d'action national, qui à ce jour a été soutenue dans cinq pays, dont l'Égypte et le Pakistan, les deux pays

ayant la plus forte charge d'hépatite C dans la Région.

L'action se concentrera sur la couverture sanitaire universelle, les prestations de services intégrés et des modèles de prestation de services adaptés. Nous continuerons également d'insister sur une utilisation rationnelle des ressources humaines et financières en matière de dépistage du VIH, et sur le lien entre les soins de santé et le succès thérapeutique. Des efforts concertés seront déployés en vue d'atteindre une tolérance zéro pour la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH en milieu de soins. Les pays seront soutenus dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux contre l'hépatite.

En 2014³, le nombre de cas de tuberculose notifiés (toutes formes confondues) a légèrement augmenté dans la Région par rapport à 2013 (465 677 et 448 000 respectivement). À l'échelle mondiale et régionale, le principal problème en matière de lutte antituberculeuse demeure le faible taux de dépistage de tous les cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante. En 2014, le taux de dépistage des cas a légèrement augmenté (61 %) comparé à 2013 (58 %). Le taux de guérison était de 91 %, donc supérieur à la cible mondiale fixée à 85 %. La prise en charge de la tuberculose multirésistante est un défi de taille. Sur 15 700 cas de tuberculose multirésistante estimés, 4 348 ont été confirmés multirésistants par les tests de laboratoire, et un traitement a été proposé à seulement 3 423 d'entre eux. Les ressources limitées et les faibles capacités de gestion en matière de polypharmacorésistance

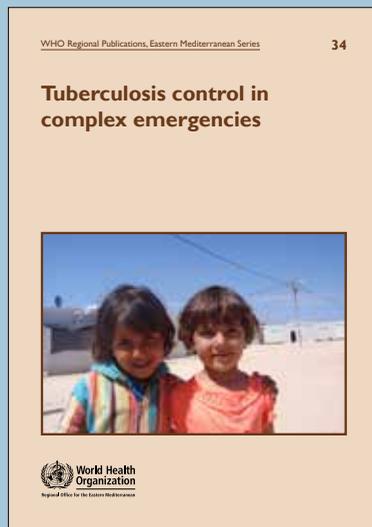
³ Pour le dépistage des cas de tuberculose, l'OMS reçoit les données un an plus tard. Par conséquent, les données sur le dépistage des cas concernent 2014 tandis que les données relatives à la guérison concernent 2015.



↑ Journée mondiale contre l'hépatite 2015

constituent une contrainte majeure. Le dépistage de VIH parmi les cas de tuberculose reste limité. En 2014, le statut VIH de seulement 15 % des patients atteints de tuberculose était connu.

Les situations d'urgence dans de nombreux pays et l'écart toujours plus grand entre les ressources disponibles et les besoins exposent les programmes de lutte antituberculeuse à des menaces de plus en plus importantes. En Jordanie et au Liban, les réfugiés syriens requièrent un soutien considérable, alors que les systèmes de santé sont déjà surchargés, ce qui a conduit à un retard de la mise en œuvre du plan pour l'élimination de la tuberculose en Jordanie. La mise en œuvre efficace et rapide des plans stratégiques nationaux de lutte antituberculeuse en Iraq et au Yémen est également ralentie par le nombre considérable de personnes déplacées à l'intérieur de ces



↑ **Orientations techniques sur la lutte contre certaines maladies**

pays. Un guide pour la lutte antituberculeuse dans les situations d'urgence complexes a été publié, et un programme sur la prise en charge transfrontalière des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante a été créé. Avec le soutien de l'OMS, la Jordanie et le Liban ont pu soumettre des propositions rapides et efficaces au Fonds mondial concernant la prise en charge de la tuberculose parmi les réfugiés syriens.

Le projet de plan stratégique régional de lutte antituberculeuse pour 2016-2020 a été développé en consultation avec les administrateurs de programmes. Les programmes de lutte antituberculeuse nationaux ont été revus dans six pays et les recommandations des missions d'examen ont ensuite été intégrées aux plans stratégiques nationaux. Le Comité Feu vert régional a maintenu son soutien pour assurer la prise en charge efficace de la tuberculose multirésistante au moyen d'un renforcement des capacités, d'études sur la résistance aux médicaments, et de missions de suivi et d'évaluation.

Huit pays de la Région connaissent des cas de transmission locale continue de paludisme. Deux de ces pays (l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran) mettent actuellement en œuvre des stratégies d'élimination et se rapprochent de la cible, avec seulement 187 et 83 cas locaux rapportés respectivement en 2015 (Tableau 2). Les six autres pays (l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) ont une charge de paludisme élevée (Tableau 3) et sont confrontés à différents problèmes. L'OMS estime que l'incidence du paludisme dans la Région a baissé de 70 % en 2015 par rapport à 2000. Les taux de mortalité estimés ont diminué de 64 % au cours de la même période. Sept pays ont atteint les cibles de réduction de la charge du paludisme fixées par le sixième objectif de développement durable et la résolution WHA58.2, grâce à une réduction de plus de 75 % de l'incidence des cas confirmés par microscopie entre 2000 et 2014 (Afghanistan, Arabie saoudite, République islamique d'Iran, Iraq, Maroc, Oman, République arabe syrienne). Au cours des 15 dernières années, la Région a réalisé d'importants progrès en matière de réduction de la charge de paludisme. Cependant,

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

Pays	2013		2014		2015	
	Total de cas rapportés	Cas autochtones	Total de cas rapportés	Cas autochtones	Total de cas rapportés	Cas autochtones
Arabie saoudite	2513	34	2305	51	2620	83
Bahreïn	182	0	100	0	ND	ND
Égypte	262	0	313	22	291	0
Émirats arabes unis	4380	0	4575	0	3685	0
République Islamique d'Iran	1373	519	1238	376	797	187
Iraq	8	0	2	0	2	0
Jordanie	56	0	102	0	59	0
Koweït	291	0	268	0	309	0
Liban	133	0	119	0	125	0
Libye	340	0	412	0	ND	ND
Maroc	314	0	493	0	510	0
Oman	1451	11	1001	15	822	4
Palestine	0	0	ND	ND	ND	ND
Qatar	728	0	643	0	445	0
République arabe syrienne	22	0	21	0	12	0
Tunisie	68	4	98	0	88	0

ND : Données non disponibles

Tableau 3
Cas de paludisme rapportés dans les pays ayant une forte charge de paludisme

Pays	2013		2014		2015	
	Total de cas rapportés	Total des cas confirmés	Total de cas rapportés	Total des cas confirmés	Total de cas rapportés	Total des cas confirmés
Afghanistan	319 742	46 114	290 079	83 920	350 044	103 377
Djibouti	1684	1684	9439	9439	ND	ND
Pakistan	3 472 727	281 755	3 666 257	270 156	3 776 244	202 013
Somalie	9135	7407	26 174	11 001	ND	ND
Soudan	989 946	592 383	1 207 771	1 068 506	ND	ND
Yémen ^a	149 451	102 778	122 812	86 707	96 348	68 938

ND: données non disponibles

^aL'exhaustivité de la notification, selon les estimations, était de 47 % en 2015 du fait de la situation

en 2014 et en 2015, de nouvelles flambées ainsi qu'une augmentation du nombre de cas rapportés ont été observées dans certains pays. Cet état de faits témoigne du besoin de maintenir la vigilance ainsi que les investissements en vue de la maîtrise et de l'élimination du paludisme.

Le Comité régional a approuvé le plan d'action régional contre le paludisme pour 2016-2020 en vue de la mise en œuvre de la *stratégie technique mondiale contre le paludisme pour 2016-2030*. Une stratégie de gestion vectorielle intégrée pour la période 2016-2020 a été élaborée en consultation avec les experts concernés des États Membres.

Un nouveau système de notification des cas en ligne reposant sur DHIS2 a été utilisé pour soutenir la surveillance des cas de paludisme. La surveillance entomologique, incluant le suivi de la résistance aux insecticides dans les pays prioritaires et de l'efficacité des médicaments dans les pays endémiques, a bénéficié d'un appui. Le cours de formation régional sur l'assurance qualité des diagnostics du paludisme a été mené en collaboration avec l'université de Gezira au Soudan. Le Bureau régional a mené la mise en œuvre des projets de démonstration soutenus par l'OMS, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et le Fonds pour l'environnement mondial (FEM) sur les alternatives durables au DDT. Les données factuelles générées et les capacités développées pendant les projets vont permettre de mettre à jour les stratégies de gestion vectorielle intégrée et de renforcer les activités de lutte vectorielle dans la Région.

Une intensification notable des traitements de masse contre la schistosomiase au moyen de dons de praziquantel effectués par l'OMS a eu lieu au Soudan grâce à un mécanisme innovant

permettant un financement national, ainsi qu'à des partenariats internationaux. Les zones endémiques prioritaires au Yémen ont également été ciblées en début d'année. En Somalie, la planification pour l'établissement d'une cartographie a été finalisée et des fonds ont été mobilisés, à la suite de la création d'un programme sur les maladies tropicales négligées au ministère de la Santé. Un soutien a été apporté à trois pays (l'Égypte, l'Iraq et Oman) pour la planification et la mise en œuvre d'études visant à confirmer l'interruption de la transmission sur la base du lancement du processus de vérification mené par l'OMS pour l'élimination de la schistosomiase.

Par rapport à 2014, un plus grand nombre de pays en 2015, dont l'Afghanistan, l'Iraq, la République arabe syrienne et la Somalie, ont demandé de bénéficier des dons d'albendazole et de mebendazole de l'OMS afin de traiter les enfants d'âge préscolaire et scolaire contre les géohelminthiases. La collaboration de l'OMS avec l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) a été renforcée afin de fournir gratuitement des médicaments destinés aux enfants d'âge scolaire dans les cinq zones d'opération de l'Office (Palestine - Bande de Gaza et Cisjordanie, Jordanie, Liban et République arabe syrienne).

Les dernières étapes en vue de l'élimination de la filariose lymphatique comme problème de santé publique ont été amorcées en Égypte et au Yémen. Le Soudan a conduit un recensement et finalisé la planification opérationnelle pour intensifier les traitements de masse à base d'albendazole et d'ivermectine donnés par l'OMS en 2016. L'onchocercose a été éliminée dans un foyer au Soudan, et des actions ont été entreprises pour atteindre le même objectif dans les trois autres



Photo : ©OMS/S. Ramo

↑ **Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit en Afghanistan par le Dr Feroz Firozuddin, Ministre de la Santé publique**

foyers persistants. Au Yémen, une étude pilote a été menée pour délimiter la zone endémique de l'onchocercose ; des fonds pour le traitement ont été mobilisés auprès des partenaires, et la planification pour les traitements de masse a été finalisée.

Concernant la leishmaniose, l'OMS a continué de soutenir la prise en charge des cas de tous les programmes de pays affectés : l'Afghanistan, l'Iraq, la République arabe syrienne, la Somalie et le Soudan.

En 2014, 213 899 nouveaux cas de lèpre ont été dépistés. L'élimination, considérée comme question de santé publique (moins d'un cas prévalent pour 10 000 personnes), a été atteinte au niveau national dans tous les pays de la Région. Néanmoins, cinq pays (l'Égypte, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) comptent toujours des poches de transmission intense, et doivent renforcer leurs activités de dépistage des cas. Une diminution constante de la proportion des incapacités de degré 2 parmi les nouveaux cas dépistés a été observée au cours des dernières années, confirmant que les cas sont dépistés de plus en plus tôt. La polychimiothérapie antilépreuse a

été fournie par l'OMS à tous les pays en ayant fait la demande.

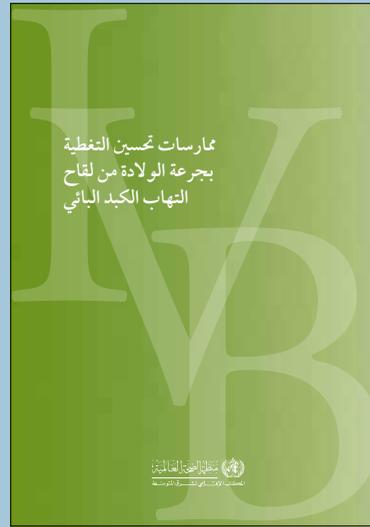
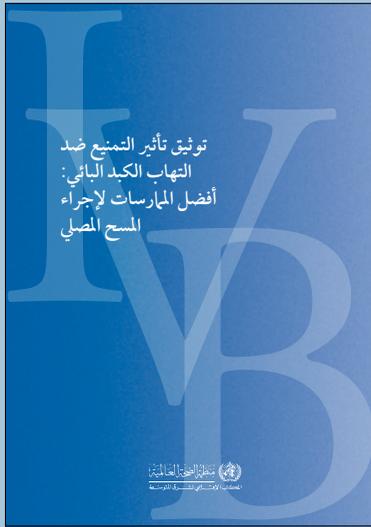
La cartographie des cas de trachome a été conduite au Soudan, est actuellement en cours en Égypte, au Pakistan et au Yémen, et a été planifiée pour l'Afghanistan et la Somalie. Les activités de traitement à base d'azithromycine et de tétracycline, et d'autres composants de la stratégie SAFE (chirurgie, propreté du visage et aménagement de l'environnement) ont été intensifiés au Pakistan et au Soudan.

Le Soudan est le seul pays de la Région qui doit encore être certifié exempt de dracunculose. Aucun cas n'a été rapporté depuis 2014 et le pays est en phase de pré-certification. Des activités sur le terrain, visant à évaluer le degré de préparation pour la conduite du processus de certification, ont été mises en place en 2015.

Vaccins et vaccination

La moyenne régionale pour la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) était estimée à 80 % en 2015. Tandis que 14 pays ont maintenu la réalisation de la cible d'une couverture supérieure ou égale à 90 %, celle-ci a chuté à 41 % en 2015 en République arabe syrienne (estimations OMS et UNICEF). On estime à 3,3 millions le nombre d'enfants n'ayant pas pu recevoir le DTC3 en 2015, et 94 % d'entre eux se trouvaient dans des pays en situation difficile (Afghanistan, Iraq, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen).

Huit pays ont atteint une couverture supérieure ou égale à 95 % avec la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1), tandis que 21 pays ont fourni une deuxième dose du vaccin



↑ **Orientations techniques sur la vaccination**

antirougeoleux (MCV2) à des degrés variables de couverture. Huit pays ont rapporté une très faible incidence de la rougeole (moins de cinq cas pour un million), et quatre d'entre eux ont maintenu une incidence zéro et sont fins prêts pour la vérification de l'élimination. La Jordanie est redevenue exempte de rougeole après une flambée épidémique de grande ampleur avec survenue de cas en 2013.

Concernant les nouveaux vaccins, le Yémen a introduit le vaccin contre la rubéole au titre de la vaccination systématique, et le Soudan a lancé la seconde phase d'une campagne contre la fièvre jaune. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit dans neuf pays où il ne faisait pas encore partie de la vaccination systématique. Par conséquent, le vaccin antipoliomyélitique inactivé est à présent utilisé dans tous les pays de la Région, excepté l'Égypte qui n'a pas été approvisionnée du fait d'une pénurie mondiale. La Région a conclu le processus de remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) dans le cadre de la vaccination systématique mi-mai 2016.

Les programmes de vaccination nationaux ont continué à se heurter à des problèmes en 2015, notamment des complications liées à la livraison de vaccins dans les zones touchées par les conflits, à l'achat et à la gestion des systèmes, et à la rupture de stock de plusieurs vaccins. Un soutien a été apporté aux pays ayant une faible couverture par la vaccination systématique, incluant l'intensification des activités de sensibilisation, la mise en œuvre de campagnes d'accélération pour augmenter la couverture et le maintien de la chaîne du froid, ainsi que les capacités de gestion des vaccins. Un appui a également été fourni pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux pour atteindre les populations non vaccinées ou sous vaccinées.

La Somalie a reçu une aide pour mettre en œuvre un plan d'amélioration de la couverture, un renforcement des capacités en matière de ressources humaines, et élaborer un plan pluriannuel global. En République arabe syrienne, un examen complet des programmes, l'élaboration d'un plan pluriannuel global, et une évaluation de la gestion des vaccins et du renforcement des capacités en matière de

gestion des vaccins ont pu être menés avec le soutien de l'OMS. L'Iraq a réalisé des examens programmatiques au niveau des gouvernorats et à mis en place des plans pour vacciner les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les enfants difficiles à atteindre, notamment dans les régions difficiles d'accès. Un soutien de grande ampleur a été fourni au Yémen pour maintenir le programme de vaccination, incluant la mise en œuvre des cinq cycles d'activités de sensibilisation renforcées dans les zones de faible couverture ou difficile d'accès, et pour maintenir la chaîne du froid. Cinq pays ont évalué le stade d'élimination de la rougeole et neuf pays ont procédé à des vaccinations supplémentaires contre la rougeole aux niveaux national et infranational.

Un soutien a été apporté aux pays en vue de l'amélioration des systèmes de gestion des données sur la vaccination et de la qualité des données, pour l'accréditation des laboratoires nationaux de recherche sur la rougeole/la rubéole, et sur le renforcement des capacités pour une gestion effective des vaccins. L'OMS a continué de soutenir et de suivre le réseau régional pour la surveillance des cas de rougeole/rubéole. Le réseau régional de surveillance de la méningite bactérienne, de la pneumonie bactérienne et du rotavirus a également continué de bénéficier d'un soutien, incluant des fournitures de laboratoire, un renforcement des capacités, un suivi et une évaluation de la performance et la coordination des systèmes externes de contrôle de qualité des laboratoires.

Le plan d'action pour les vaccins dans la Région de la Méditerranée orientale a été approuvé par le Comité régional comme cadre de mise en œuvre du plan d'action global pour les vaccins. L'OMS

continuera à fournir le soutien technique requis et à mobiliser les ressources nécessaires pour la mise à jour, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan pluriannuel global et des plans d'action annuels, l'accent étant mis sur les pays et les zones ayant une faible couverture vaccinale.

Six pays ont continué à réaliser les objectifs liés à la mise en place d'autorités de réglementation nationales fonctionnelles. L'OMS soutient les pays dans le renforcement des fonctions de réglementation requises, en particulier l'enregistrement des vaccins comme le vaccin antipoliomyélitique inactivé et le vaccin antipoliomyélitique bivalent dans le cadre de la stratégie du plan d'assaut final contre la poliomyélite ; le même appui est fourni pour le renforcement de la mise en œuvre d'un système de gestion de qualité pour certaines autorités de réglementation nationales dans les pays soutenus par le partenariat pour le cadre de préparation en cas de grippe pandémique, dans le but d'améliorer les capacités de réglementation pour la préparation des interventions d'urgence et l'organisation de la riposte en cas de grippe pandémique.

Des progrès significatifs ont continué d'être accomplis concernant l'innocuité des vaccins, et le réseau régional de pharmacovigilance a été inauguré lors d'une réunion régionale sur la pharmacovigilance tenue en septembre 2015. La mise en place d'autorités de réglementation nationales fonctionnelles est freinée dans certains pays par un certain nombre de problèmes, incluant un manque de vision claire, des changements fréquents de personnels et un manque de ressources financières permettant aux autorités de remplir leurs devoirs de façon indépendante, comme recommandé par l'OMS.

Préparation et riposte aux situations d'urgence

Aperçu

On a assisté en 2015 à une détérioration significative de la situation humanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale. La crise au Yémen a été déclarée situation d'urgence de niveau 3 par les Nations Unies en juillet 2015 et la Région compte actuellement trois situations d'urgence de niveau 3, dont les crises en Iraq et en République arabe syrienne. D'une manière générale, en 2015, plus de 62 millions de personnes avaient besoin de services de santé du fait des situations d'urgence dans l'ensemble de la Région, qui exercent une pression considérable sur des systèmes de santé déjà affaiblis et débordés. Le manque de personnel médical spécialisé, les pénuries de médicaments et de matériel médical ainsi que d'autres ressources sanitaires, en particulier dans les zones où l'accès de l'OMS et des partenaires est limité, ont eu un grave impact sur la prestation de services de santé, contribuant

à la détérioration de l'état de santé de certains patients et à l'augmentation du nombre de décès évitables.

Suite à l'escalade de la violence au Yémen en mars, la situation humanitaire et sanitaire s'est rapidement détériorée pour se transformer en l'une des pires crises humanitaires à l'échelle mondiale. Plus de 14 millions de personnes, dont 2,4 millions de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays, avaient besoin de services de santé à la fin de l'année. Les manques d'agents de santé et de médicaments, associées aux pénuries de carburant, ont mené à l'effondrement progressif du système de santé. En décembre, près de 25 % des établissements de santé n'étaient pas opérationnels et la couverture vaccinale avait diminué de 15 % par rapport à la même période en 2014. Un accès limité aux services de soins de santé et la mauvaise répartition des ressources en eau salubre et des services d'assainissement ont entraîné une augmentation des cas de maladies endémiques telles que le paludisme, la dengue et les maladies diarrhéiques aiguës.

En raison du conflit en Iraq, 3,2 millions de personnes au total ont été contraintes de quitter leur foyer lors de plusieurs vagues massives de



Photo : ©OMS/Sini Ramo



Photo : ©OMS

↑ Les dispensaires mobiles soutenus par l'OMS fournissent des services de soins de santé de base dans plusieurs pays, y compris l'Afghanistan (à gauche) et la Syrie (à droite)

déplacement de populations, et lors de nombreuses vagues moins importantes entre janvier 2014 et janvier 2016. Ces individus viennent s'ajouter au 1,1 million de personnes déjà déplacées pour fuir des zones de violence. On estime qu'environ 10 millions d'Iraqiens requièrent une aide mais que les partenaires humanitaires ciblent seulement 7,3 millions des individus ayant le plus grand besoin d'assistance, en raison des ressources limitées à leur disposition. Par ailleurs, plus de 220 000 réfugiés syriens vivent actuellement en Iraq, principalement dans la région du Kurdistan.

En République arabe syrienne, 2015 a été l'année la plus difficile depuis le début de la crise à la fois pour les Syriens et pour les intervenants humanitaires, avec une augmentation du nombre de personnes nécessiteuses qui est passé de 12,2 millions en 2014 à 13,5 millions en 2015, et plus de 1,2 million de personnes déplacées à l'intérieur du pays dans le courant de l'année. Le système de santé a continué de faire face à des défis dans la prestation de soins de santé en raison de cette détérioration, avec plus de la moitié des hôpitaux publics et des établissements de soins de santé primaires publics fermés ou partiellement opérationnels. Les Syriens ont été confrontés à un besoin croissant de soins de traumatologie puisque plus de 25 000 individus étaient blessés chaque mois, ainsi qu'à un besoin croissant de services de santé mentale, de services de santé génésique et de traitements contre les maladies non transmissibles telles que le diabète et les maladies rénales. Les taux de malnutrition ont augmenté, en particulier chez les enfants de moins de 5 ans. Près des deux tiers de la population ne disposait pas d'un accès à de l'eau salubre, ce qui génère un risque accru de contracter des maladies à transmission hydrique.

La situation sanitaire en Libye s'est rapidement détériorée du fait de la propagation du conflit et

des désaccords politiques, des faiblesses du système de santé héritées du passé et de la diminution des investissements dans le secteur de la santé. Pour mieux rendre compte de l'ampleur des besoins, la crise en Libye a été déclarée situation d'urgence de niveau 2 début 2016. Au total, 2,8 millions de personnes avaient besoin d'assistance humanitaire à la fin de l'année, parmi lesquelles 1,9 million de personnes nécessitant des services de santé. Plus de 430 000 personnes ont été déplacées à l'intérieur du pays en raison de la violence incessante. Les hôpitaux sont à la fois surpeuplés et contraints à fonctionner avec des capacités fortement réduites ; les fournitures et les médicaments essentiels font défaut, l'approvisionnement en électricité et en eau est souvent perturbé et les agents de santé étrangers ont quitté le pays. Les patients souffrant de maladies non transmissibles et de troubles mentaux disposent d'un accès limité aux soins de santé, et l'on observe une absence flagrante de services pour les personnes handicapées et des dizaines de milliers de blessés de guerre.

Au Soudan, près de 250 000 personnes nouvellement déplacées sont venues s'ajouter à la vague déjà massive de personnes déplacées en 2015. À la fin de l'année, un total de 420 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays et nécessitant une assistance sont restées dans les états du Darfour, bénéficiant d'un accès limité aux services de soins de santé primaires essentiels. Dans les cinq états du Darfour, 36 % des établissements de santé publique ne sont pas opérationnels, et seulement 24 % de ceux qui sont opérationnels proposent une offre standard de services. Les pénuries de médicaments et de fournitures et le manque de personnel et d'infrastructures ont continué de détériorer la qualité des services de santé.

.....

Au Pakistan, l'afflux soudain à Bannu de personnes déplacées à l'intérieur du pays en provenance du Nord-Waziristan s'est traduit par une saturation des ressources et des services de santé et par une augmentation de la demande de gestion des risques liés à l'hygiène du milieu et aux flambées épidémiques de maladies transmissibles.

Les catastrophes naturelles ont continué d'avoir un effet dévastateur sur les populations dans la Région. En octobre 2015, un tremblement de terre de magnitude 7,5 a frappé le nord de l'Afghanistan et le Pakistan, faisant des centaines de victimes et des milliers de blessés et endommageant et détruisant des milliers d'habitations. Atteindre les populations en détresse a représenté le défi le plus important dans au moins 194 villages touchés par le tremblement de terre. Un second tremblement de terre de magnitude 6,3 a frappé la région frontalière entre l'Afghanistan et le Tadjikistan en décembre, faisant des dizaines de blessés.

Enjeux et réponse de l'OMS

La Région est à l'origine des plus gros déplacements de population à l'échelle mondiale, principalement en raison de la crise syrienne. Plus de 60 % de l'ensemble des réfugiés et des personnes déplacées à l'intérieur de leur pays proviennent de la Région. Les réfugiés venaient principalement de Syrie, d'Afghanistan et de Somalie, et la Syrie, l'Iraq, le Soudan et le Yémen accueillait la plus grande part de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays. Alors que la Turquie est devenue le pays d'accueil de réfugiés syriens le plus important en 2015, le Liban, pays de quatre millions d'habitants, reste le pays qui accueille le plus de réfugiés au monde par habitant, avec un nombre total de réfugiés représentant

un tiers de sa population totale. En Jordanie, les Syriens représentent 10 % de la population.

En novembre, l'OMS a organisé une réunion de haut niveau consacrée à la santé des réfugiés et des migrants à Rome. Les pays se sont accordés sur la nécessité d'élaborer un cadre de collaboration pour la santé des réfugiés et des migrants et ils ont reconnu le besoin urgent de renforcer la collaboration entre les pays d'origine, de transit et de destination. Afin de développer cette collaboration interrégionale, une consultation technique a été organisée au Caire en mai 2016.

La forte demande de services de santé des réfugiés et des communautés d'accueil vulnérables de la Région a continué d'exercer une grosse pression sur les infrastructures de santé publique, entraînant une saturation des dossiers, une surcharge de travail pour les personnels de santé et des pénuries de médicaments et de fournitures. Dans certains établissements de santé s'occupant de réfugiés syriens et d'Iraqiens déplacés dans le nord de l'Iraq, les personnels de santé ont rapporté que leur nombre de dossiers de patients avait augmenté de près de 200 %.

Les besoins prioritaires des réfugiés syriens comprennent les soins de santé mentale, les services de santé génésique, les services de santé de la mère et de l'enfant (y compris la vaccination), la surveillance des maladies transmissibles, la prise en charge des maladies non transmissibles, les services d'hygiène du milieu et les soins aux victimes de traumatismes et aux brûlés. Les soins de traumatologie et de chirurgie demeurent une priorité pour la population de réfugiés. La malnutrition aiguë chez les enfants de moins de 5 ans et chez les femmes en âge de procréer parmi les réfugiés a constitué un point fondamental. Des problèmes supplémentaires se

sont posés, parmi lesquels un faible recours aux soins prénatals et des taux élevés de césariennes, de maladies diarrhéiques de l'enfant, d'infections aiguës des voies respiratoires et des carences en micronutriments.

Étant donné que la majorité des réfugiés vivent en dehors des camps, ils ont été exposés, ainsi que les communautés d'accueil, à un risque plus élevé de contracter des maladies infectieuses du fait de la surpopulation, de l'accès restreint à de l'eau ne présentant pas de risque sanitaire et à des services d'assainissement et différents degrés d'accès aux services de soins de santé primaires. Dans les pays accueillant des réfugiés syriens, l'OMS a fourni une assistance technique aux ministères de la santé et aux autres partenaires sur des questions de santé publique prioritaires. Elle soutient également la prestation de services de soins de traumatologie, la prise en charge des maladies non transmissibles et l'extension des programmes de santé mentale nécessaires d'urgence. L'OMS a également renforcé et étendu les systèmes d'alerte et d'intervention rapides pour lutter contre les maladies transmissibles. En vue de renforcer les capacités nationales, les partenaires, les agents de santé de première ligne et les responsables de la surveillance ont été

formés au dépistage et à l'intervention rapide face aux flambées épidémiques et aux menaces pour la santé publique.

Dans tous les pays traversant des conflits politiques, la fourniture d'aide humanitaire a été entravée par des contraintes de sécurité et un accès limité pour les partenaires de santé aux populations se trouvant dans certaines zones, ainsi que par un blocage de certaines routes et certains points d'entrée, rendant impossible le transport et l'approvisionnement en médicaments et en fournitures médicales. En Syrie, en Iraq et au Yémen, 30 % des populations touchées en moyenne se trouvaient dans des zones difficiles d'accès ou assiégées.



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS Iraq



Photo : ©OMS

↑ L'OMS soutient la prestation des services de santé publique et de soins de santé pour les personnes déplacées dans leur propre pays et pour les communautés hôtes dans plusieurs pays, y compris l'Iraq (à gauche) et le Yémen (à droite)

.....

Dans le cadre de l'approche couvrant l'ensemble de la Syrie adoptée suite aux résolutions 2165 et 2191 du Conseil de sécurité des Nations Unies, en 2015, l'OMS a dirigé la coordination du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans trois centres d'activité (Damas, Amman et Gaziantep). La riposte de l'OMS en cas d'urgence sanitaire a eu pour objectif d'atteindre les Syriens dans toutes les régions du pays, y compris dans les zones difficiles d'accès et assiégées.

À l'échelle nationale, l'OMS a élargi et renforcé ses partenariats, avec un total de 67 organisations non gouvernementales locales en Syrie, dont la plupart sont opérationnelles dans les zones difficiles à atteindre et contrôlées par l'opposition ; 34 dispensaires mobiles ont été mis à la disposition des organisations non gouvernementales pour soutenir la fourniture de services de soins de santé essentiels dans l'ensemble du pays. L'OMS a également décentralisé sa présence en Syrie à travers un système de 59 points focaux médicaux, dont 36 dans des zones difficiles d'accès et assiégées, qui fournissent des rapports de situation régulièrement à l'OMS.

Depuis janvier 2016, un meilleur accès aux zones de Syrie difficiles d'accès et assiégées a été obtenu. Pour la première fois en plus de deux ans, l'OMS a été en mesure de livrer des médicaments et des fournitures médicales d'importance vitale à 11 des 18 lieux assiégés. En 2015, 27 % (4,2 millions) des traitements médicaux fournis ont été distribués à des personnes dans le besoin dans 127 zones difficiles d'accès et assiégées dans le pays.

En Iraq, l'OMS a continué de diriger le groupe de responsabilité sectorielle Santé des Nations Unies dans différentes régions du pays et d'apporter un soutien sanitaire, incluant la prestation de soins de santé de base au moyen de dispensaires mobiles

et de centres de santé dans les camps, ainsi que des ambulances et des fournitures médicales aux autorités sanitaires fédérales et locales. L'OMS continue de remplir son mandat en tant que fournisseur de dernier recours, alors que la situation humanitaire connaît une aggravation et que le nombre de personnes déplacées augmente. Plus de 4 millions de consultations médicales ont eu lieu tout au long de l'année, dépassant la cible initiale établie à 3,2 millions de consultations. Plus de 1,8 million de personnes ont directement bénéficié des médicaments/fournitures et du matériel médical livrés par l'OMS et distribués dans l'ensemble du pays. L'accès à des services de soins de santé primaires dans les camps et les communautés d'accueil, y compris dans les zones difficiles d'accès, a été rendu possible par le déploiement de 27 dispensaires mobiles.

Au Yémen, des pauses humanitaires ont permis à l'OMS d'augmenter ses livraisons de médicaments et de fournitures médicales dans les zones touchées. L'OMS a également pu déployer des dispensaires mobiles dans des zones accueillant un grand nombre de personnes déplacées à l'intérieur du pays, et garantir le fonctionnement des services de santé à travers la fourniture de carburant et d'eau ne présentant pas de risque sanitaire. Début 2016, après plusieurs mois de blocage de l'accès à la ville de Taïz et en réponse à l'augmentation des besoins sanitaires d'urgence, l'OMS a pu distribuer des médicaments et des fournitures médicales d'importance vitale. Ces fournitures comprenaient des kits de prise en charge des traumatismes, des kits sanitaires d'urgence interinstitutions, des kits pour le traitement des maladies diarrhéiques et des bouteilles d'oxygène, ainsi que des solutions de dialyse. L'OMS et les partenaires du groupe ont pu atteindre 7 millions de personnes entre mars et décembre 2015 en mettant à leur disposition des médicaments, des

fournitures médicales, des équipes médicales et des dispensaires mobiles. Afin de garantir le fonctionnement du système de santé, l'OMS a fourni plus d'un million de litres de carburant pour assurer le fonctionnement de 72 établissements de santé dont 51 hôpitaux, 7 grands centres, 6 dépôts de vaccins et 8 centres de dialyse rénale. Afin de réduire le risque de maladies à transmission hydrique, l'OMS a livré 19 millions de litres d'eau potable, des fournitures d'hygiène et du matériel de nettoyage aux personnes déplacées dans tous les gouvernorats touchés.

L'escalade des conflits et l'ampleur massive de l'aide humanitaire dans la Région ont continué de faire courir d'importants risques aux agents de santé. En 2015, les attaques contre les agents de santé et les établissements de soins en Afghanistan ont augmenté de 50 % et la Syrie est actuellement le lieu le plus meurtrier au monde pour les agents de santé. Au Pakistan, cinq tournées de campagnes de vaccination ont été annulées pour la seule année 2015 du fait de sérieuses menaces de sécurité. Cette tendance préoccupante se poursuit, et des attaques d'agents de santé et d'établissements



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS Yémen



Photo : ©OMS

↑ L'OMS a fourni des médicaments vitaux, des fournitures médicales, des cliniques mobiles, de l'eau, du carburant et d'autres produits essentiels à l'appui de la mission humanitaire au Yémen

de soins dans la Région sont rapportées presque chaque mois. Dans un certain nombre de pays, l'OMS, en collaboration avec les partenaires de santé, tient à jour une base de données en temps réel sur les attaques portées aux établissements de soins et aux agents de santé, comme projet pilote fournissant une rétro-information en vue d'une action de sensibilisation afin de faire cesser ces attaques et de protéger les agents de santé.

Les pénuries de vaccins et les faibles taux de vaccination, associés à un mouvement de plus en plus massif de populations, ont fait augmenter les risques de flambées de poliomyélite et de rougeole chez les enfants. Dans les trois pays déclarés en situations d'urgence de niveau 3, plus de 13 millions d'enfants au total ont été vaccinés contre la poliomyélite en 2015, y compris dans les zones difficiles d'accès, contrôlées par l'opposition et présentant un niveau de risque élevé. Pour la première fois en dix ans, une campagne nationale de vaccination contre la rougeole a été menée en Somalie en 2015, ciblant 4,4 millions d'enfants. Suite à de l'éradication de la poliomyélite en Somalie, où le dernier cas a été notifié en août 2014, des campagnes de vaccination contre la poliomyélite sont actuellement en cours. En Afghanistan, plus de 9 millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite grâce à des

campagnes aux niveaux national et infranational, venant s'ajouter au 1,2 million d'enfants à la frontière avec le Pakistan. Plus de 6 millions d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole en 2015. En réaction à la flambée de rougeole qui frappe actuellement le Soudan, une campagne nationale a permis la vaccination de 8,6 millions d'enfants âgés de 6 mois à 15 ans.

Renforcer la surveillance des maladies en collaboration avec les autorités nationales reste une priorité pour l'OMS dans les pays en situation de crise. En Syrie, le système d'alerte et d'intervention rapides basé à Damas a été étendu, pour passer de 650 sites sentinelles en 2014 à 995 sites sentinelles en 2015, tandis que le réseau d'alerte et d'intervention rapides géré par le bureau de l'OMS à Gaziantep couvrait 517 sites sentinelles dans le nord de la Syrie. Ensemble, ces systèmes de surveillance ont pour objectif de couvrir l'ensemble des gouvernorats et toutes les populations de Syrie. En 2015 également, le système d'alerte et d'intervention pour la pollution de l'eau a été mis en place à Damas et dans Damas rural. En Iraq, un réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) comptant environ 80 sites sentinelles continue d'être développé. Les efforts de préparation ont également été intensifiés dans les pays voisins afin d'empêcher une propagation



Photo : ©OMS



Photo : ©OMS

↑ Plus de 13 millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite dans trois pays en situation d'urgence de niveau 3 en 2015

de la maladie au-delà des frontières nationales. Pour la première fois en Libye, un système d'alerte précoce pour lutter contre les maladies a été mis en place dans 100 sites sentinelles sur l'ensemble du pays.

Le nombre de patients victimes de traumatismes et nécessitant un traitement augmente progressivement. En Syrie uniquement, 1 million de personnes ont été blessées au premier trimestre 2015, soit une moyenne de 25 000 blessés par mois. Au Yémen, le nombre de morts et de blessés causés par les armes explosives entre janvier et juillet 2015 a été enregistré comme étant le plus élevé au monde. Cette augmentation, ainsi qu'une présence réduite sur le terrain des organismes d'aide en raison de l'insécurité, ont fait augmenter la demande qui pèse sur l'OMS et les partenaires pour combler les lacunes et assurer la disponibilité de services de soins de traumatologie et de chirurgie, ainsi que de services d'orientation-recours. Plus de 17 millions de traitements médicaux ont été administrés aux patients atteints de maladies chroniques, de maladies transmissibles, victimes de traumatismes ou souffrant de maladies nécessitant des soins primaires et secondaires. Dans le nord de la Syrie, les partenaires en santé ont reçu une assistance technique, financière et/ou matérielle pour mener à bien 1,7 million de consultations médicales et mettre au monde près de 25 000 enfants. L'OMS a distribué des fournitures médicales pour soutenir environ 2000 interventions chirurgicales majeures dans un service de soins traumatologiques souterrain.

En Libye, l'OMS a fourni des kits de prise en charge des traumatismes, des kits sanitaires d'urgence et des médicaments d'importance vitale dont de l'insuline, des médicaments anti-VIH, des vaccins, des anesthésiques, et des médicaments

contre la leishmaniose et la tuberculose en nombre suffisant pour traiter 300 000 personnes.

En Afghanistan, plus d'1,2 million de personnes ont bénéficié des services de soins de santé primaires grâce aux centres de santé auxiliaires temporaires et aux dispensaires mobiles mis à disposition par l'OMS, et plus de 300 000 personnes qui ont reçu des kits sanitaires d'urgence et des fournitures médicales.

À Djibouti, l'OMS a fourni des kits de prise en charge des traumatismes, des kits sanitaires d'urgence, des médicaments contre les maladies diarrhéiques, des antibiotiques, des antipaludiques et du matériel médical et des fournitures à l'hôpital régional d'Obock, qui fait face à une augmentation de 20 % de la demande de services de soins de santé en raison du camp de réfugiés de Markazi pour les réfugiés yéménites établis près de cette ville.

Au Soudan, l'OMS a distribué près de 600 tonnes de médicaments, de fournitures médicales, et de matériel et de fournitures dans le cadre du programme WASH (Eau, Assainissement et Hygiène) en quantité suffisante pour couvrir les besoins d'1,8 million de personnes. L'OMS a soutenu le fonctionnement de 24 dispensaires fixes et mobiles dans neuf états, couvrant les besoins de plus de 500 000 personnes.

L'OMS a apporté une aide au renforcement des capacités pour développer les compétences des personnels de santé et combler les lacunes générées par les pénuries de personnel. En Syrie, plus de 20 000 responsables et agents de santé dans l'ensemble du pays ont été formés dans des domaines tels que la prise en charge des traumatismes, les premiers secours, les soins de santé primaires, la santé génésique, la surveillance

des maladies et la prise en charge des maladies non transmissibles. Au Yémen, plus de 50 équipes médicales mobiles et 20 équipes médicales fixes dans 11 gouvernorats ont été formées et déployées pour fournir un ensemble de soins de santé primaires intégrés. Une assistance a été apportée à 18 hôpitaux dans sept des gouvernorats les plus touchés, comprenant un soutien aux médecins, aux chirurgiens, aux gynécologues, aux psychiatres et aux nutritionnistes. En Iraq, plus de 10 000 professionnels de la santé ont été formés aux domaines concernant la médecine d'urgence et 58 professionnels médicaux ont été déployés dans des camps de réfugiés dans le nord du pays.

Le renforcement des capacités a également été soutenu en Afghanistan, en Libye, en Somalie et au Soudan pour développer les aptitudes des personnels de santé dans les services d'urgence et pour le diagnostic, la surveillance, la santé mentale et la lutte contre les maladies.

L'OMS et le groupe de responsabilité sectorielle Santé des Nations Unies dans les pays déclarés en situations d'urgence continuent d'être sous-financés. En 2015, les besoins de ce groupe de responsabilité sectorielle au niveau des plans de riposte des Nations Unies pour huit pays de la Région ont été financés à 39 %, tandis que l'OMS a été financée à hauteur de 36 %. Par conséquent, plusieurs programmes et services de santé en Iraq et en Somalie ont été limités et les services des dispensaires mobiles pour les communautés fragilisées en zone C de la Cisjordanie ont été interrompus pendant six mois.

Gestion des risques sanitaires

Afin de standardiser les mesures de préparation et de riposte aux situations d'urgence dans les pays,

un cadre de préparation aux situations d'urgence englobant l'ensemble des risques a été élaboré lors d'une consultation technique internationale, soulignant 10 mesures prioritaires à mettre en œuvre au niveau national et à aligner sur le RSI. Une recherche opérationnelle a ainsi été menée dans cinq pays en vue de la validation du cadre.

Un ensemble de documents génériques incluant des modes opératoires normalisés a été mis en place à l'appui des plans d'urgence pour la préparation et la riposte face à Ebola ou à toute autre maladie infectieuse dans les pays. Un ensemble d'exercices de simulation à grande échelle a également été développé pour aider les pays à tester le niveau de préparation aux situations d'urgence de leur secteur sanitaire. Cet ensemble a également été partagé avec tous les pays pour accélérer le processus de planification.

Une très grande attention a été portée au renforcement des capacités des établissements de santé et des hôpitaux pour la préparation et la riposte aux situations d'urgence. Un programme d'études complet dédié à la gestion des situations d'urgence et des risques de catastrophe a été mis au point pour soutenir les capacités de formation des directeurs des hôpitaux et le premier cycle de la formation a été réalisé. L'outil OMS d'évaluation de la sécurité des établissements de santé a été mis au point et traduit en arabe et en français, répondant ainsi à la demande régionale.

Un programme de formation préalable au déploiement pour les urgences de santé publique a été établi et cinq formations sont prévues pour renforcer les capacités d'intervention de la Région. Ce programme a été rattaché au fichier d'experts à déployer en cas de crise humanitaire.

Mise en œuvre des stratégies adoptées par le Comité régional

Le domaine des situations d'urgence du Bureau régional a été renforcé à travers la restructuration et le déploiement de l'équipe d'urgence. Une restructuration supplémentaire aura lieu si nécessaire pour garantir la cohérence avec les réformes mondiales adoptées par le Conseil exécutif en janvier 2016. Le Centre régional pour les situations d'urgence et l'éradication de la poliomyélite a été inauguré à Amman en janvier 2016 en vue de poursuivre le travail de l'OMS pour l'éradication de la poliomyélite et d'assurer la préparation organisationnelle aux situations d'urgence de différents niveaux et aux urgences de santé publique.

Le fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence a été activé en janvier 2016 en vue de permettre le financement d'une riposte renforcée/rapide pour répondre aux catastrophes d'origine naturelle ou humaine dans la Région. Le centre de logistique de l'OMS, créé dans la Cité humanitaire internationale de Dubaï pour assurer l'approvisionnement, en temps opportun, en médicaments, en fournitures médicales et en matériel médical de première nécessité des pays de la Région et au-delà, a été rendu opérationnel en 2015.

Un groupe consultatif régional pour les situations d'urgence dédié à la préparation et la riposte aux situations d'urgence a été créé pour fournir au Directeur régional une assistance et des conseils indépendants dans les domaines politiques et stratégiques. La liste régionale affinée d'experts internes et externes à déployer en situations d'urgence a été étendue à travers des formations

préalables au déploiement dans le domaine de la santé publique et de la communication sur les risques.

Alors que les situations d'urgence continuent d'avoir des implications transfrontalières, il devient nécessaire de garantir une approche plus systématique et efficace, à la fois à l'intérieur des pays et dans l'ensemble de la Région, pour répondre aux besoins sanitaires des populations touchées et s'assurer que les systèmes de santé dans tous les pays concernés continuent de fournir les services de santé nécessaires en urgence aux populations déplacées et aux communautés d'accueil. L'OMS reconnaît progressivement que les solutions aux principaux défis sanitaires nécessitent une coordination, des mesures et un engagement améliorés et étendus de la part d'autres secteurs. Une stratégie sanitaire efficace comprend l'inclusion des communautés touchées elles-mêmes, ainsi que des parties prenantes de différentes disciplines – gouvernement, acteurs non étatiques et parlement. Cette stratégie comprend des partenariats renforcés avec les autorités sanitaires, les organisations non gouvernementales et les responsables communautaires, et une coopération avec les établissements universitaires et les étudiants en médecine. Pour que cet effort aboutisse, l'OMS continuera de renforcer le système humanitaire et de soutenir les réformes en cours afin d'améliorer son fonctionnement en situation d'urgence.

L'OMS développe son action de plaidoyer en faveur de la protection des agents de santé et des établissements de soins accordée en vertu du droit international, y compris des Conventions de Genève, et en faveur de l'accès aux pays en conflit.

Mettre en œuvre les réformes gestionnaires de l'OMS

Programmes et définition des priorités

L'OMS a continué de renforcer sa mise en œuvre de la réforme en matière de stratégie programmatique et de définition des priorités, avec l'objectif d'améliorer les résultats en matière de santé aux niveaux mondial et régional en se concentrant sur les avantages comparatifs. Le Bureau régional a fourni un appui pour les aspects stratégiques de l'action de l'OMS au niveau des pays en assurant une liaison régulière avec les bureaux OMS de pays et les parties prenantes régionales concernées pour ce qui concerne l'élaboration, le suivi et l'évaluation des stratégies de coopération avec les pays. De nouvelles directives relatives à ces stratégies de coopération avec les pays ont été publiées. Un groupe pilote initial de quatre pays a été constitué et une formation organisée. Les nouvelles directives plaident en faveur d'une appropriation nationale importante et d'un processus de négociation et de développement consultatif et inclusif. La mise en place de partenariats a été encouragée, notamment avec la Ligue des États arabes, le Groupe régional des Nations Unies pour le développement, l'Organisation de la coopération islamique et des organisations et institutions régionales des Nations Unies. Le processus de planification opérationnelle régional ascendant a eu lieu à temps pour le Dialogue sur le financement de l'OMS qui s'est tenu à Genève en novembre 2015



Photo : ©Ligue des États arabes

↑ L'OMS et la Ligue des États arabes ont associé leurs efforts lors d'une consultation régionale pour renforcer le rôle des organisations de la société civile dans le programme d'action pour la santé et le développement durable, Le Caire, août 2015

et a ainsi permis d'initier la mise en œuvre pour l'exercice biennal 2016-2017 de manière tout aussi ponctuelle.

Les résultats du rapport de fin d'exercice biennal sur l'appréciation de l'exécution du budget programme 2014-2015 ont montré que le budget régional de base de USD 268 millions avait été financé à hauteur de 84 %, tandis que le budget alloué aux urgences, d'un montant de USD 585 millions, avait été financé à 89 %. L'utilisation du budget programme de base (dépenses et charges financières) a été de 83 % et l'utilisation des financements réellement disponibles a atteint 99 %. Quant au budget du programme d'urgence pour la Région dans son ensemble, son utilisation a été de 85 % et celle des financements de 96 %, l'OMS au niveau régional atteignant un taux global élevé d'utilisation des financements de 97 % à la clôture de l'exercice. En ce qui concerne l'investissement dans les domaines d'action prioritaires au niveau des pays, 85 % du financement souple a été alloué aux priorités nationales.

La livraison des produits techniques a également atteint un niveau élevé, en particulier au regard des efforts constants déployés par le Bureau régional et les bureaux de pays pour répondre aux situations d'urgence liées à des événements, 78 % des objectifs ayant été réalisés en totalité et 22 % en partie.

Le Bureau régional a été un partenaire actif dans le renforcement des réseaux mondiaux de catégories et de secteurs de programme, qui contribuent à la cohérence programmatique et technique aux niveaux mondial, régional et national. Les réseaux de catégories et de secteurs de programme jouent un rôle essentiel dans l'harmonisation des priorités pour la planification ascendante au niveau des pays, avec des engagements émanant, entre autres, de résolutions régionales et mondiales visant à assurer l'exhaustivité et la complétude des plans de travail.

Dans la perspective de l'adoption en septembre 2015 par l'Assemblée générale des Nations Unies du nouveau programme de développement pour la période 2016-2030 exprimé dans le cadre des 17 objectifs de développement durable (ODD), dont un (l'Objectif 3) concerne spécifiquement la santé et comporte 13 cibles, des travaux ont débuté en vue de préparer des plans pour aborder les OMD non terminés et le programme intégré des ODD. Ils ont été présentés lors de la soixante-deuxième session du Comité régional.

Dans le cadre des examens programmatiques périodiques en cours, une consultation d'experts s'est tenue début 2016 sur le Programme mondial en langue arabe. Des participants régionaux possédant une expertise en traduction, publications et santé publique ont examiné l'action du programme et les réalisations des deux



Photo : ©OMS

↑ La 62^e session du Comité régional pour la Méditerranée orientale s'est tenue au Koweït

.....

dernières décennies. Prenant en compte le contexte actuel, la pression sur les ressources disponibles et la nécessité de rationaliser l'orientation stratégique du programme, il a été recommandé de concentrer les ressources sur la traduction des publications de l'OMS dans les domaines stratégiques prioritaires et de mettre à jour le Dictionnaire médical unifié.

Gouvernance

Conformément aux pratiques de ces dernières années, une réunion de haut niveau des ministres et des représentants des États Membres et des missions permanentes à Genève s'est tenue avant la réunion de l'Assemblée mondiale de la Santé. Ces réunions offrent à chaque fois l'occasion d'évaluer, en présence des ministres de la Santé et des représentants des gouvernements, les progrès réalisés dans la gestion des principales priorités depuis la dernière réunion du Comité régional. Elles renforcent également la participation des États Membres aux discussions mondiales sur la santé et sur la réforme de l'OMS. Des réunions quotidiennes pendant la session du Conseil exécutif et l'Assemblée mondiale de la Santé ont fourni aux États Membres de la Région des opportunités supplémentaires d'entrer en contact et de convenir de positions communes qui affectent la Région.

Lors de sa soixante-deuxième session qui a eu lieu en octobre, le Comité régional a adopté cinq résolutions en relation avec les priorités stratégiques régionales. 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.

Ce processus, qui suit la révision du règlement intérieur approuvée par le Comité régional lors de sa cinquante-neuvième session, s'est avéré être un forum de discussions techniques de haut niveau avec les États Membres.

Gestion

Le Bureau régional a continué de développer des instruments essentiels pour le renforcement du processus de réforme de l'OMS en mettant particulièrement l'accent sur la réforme gestionnaire, en travaillant en étroite collaboration avec tous les autres niveaux de l'Organisation en vue d'atteindre les objectifs du douzième Programme général de travail. Le Bureau régional a également continué d'améliorer ses capacités en matière de planification, prévision, mise en œuvre, suivi et évaluation, de manière à parvenir à une utilisation et à une distribution plus efficaces des ressources limitées, afin que l'OMS dans la Région soit mieux adaptée à son objectif.

Les mesures gestionnaires, associées au processus de réforme en rapport avec la mobilité et de la rotation des équipes, la gestion de la performance et la planification et la gestion des ressources humaines ont été renforcées par la promotion d'une culture favorisant la redevabilité. Cette dernière et les contrôles ont continué de constituer le cœur des efforts d'amélioration, l'accent étant mis sur les cinq domaines concernés par le contrôle de la conformité qui ont été mentionnés à plusieurs reprises au cours d'observations issues des vérifications des comptes internes et externes les années passées : les contributions financières directes, la mise en œuvre directe, les ordres d'achat sur le compte d'avance, les inventaires de stocks et les méthode de contractualisation des employés n'ayant pas le statut de membres du

personnel. Ces domaines ont été suivis de près tout au long de l'année au moyen de tableaux de conformité mensuels. L'objectif consistant à réduire au minimum les observations des vérifications et à classer toutes les observations des vérifications en cours depuis longtemps a été atteint en totalité à la fin de l'année, avec plus de 230 recommandations classées. Cette tâche a été accomplie tandis que la Région accueillait un nombre jamais atteint de missions de vérification (sept, dont deux au Bureau régional) au cours de la même année. Toutes les vérifications ont donné lieu à des évaluations satisfaisantes ou partiellement satisfaisantes, montrant une nette amélioration des contrôles par rapport aux années précédentes et un engagement profond en faveur de la tolérance zéro envers la non-conformité dans l'ensemble de la Région.

Plusieurs initiatives lancées au cours du dernier exercice biennal se sont également avérées utiles pour d'autres régions. Il s'agit notamment des points suivants : un poste dédié à la conformité et à la gestion du risque ; un suivi amélioré de la conformité et la préparation de rapports au moyen de tableaux de bord ; des pactes de redevabilité avec les responsables de centres budgétaires et les agents administratifs liés aux mécanismes de gestion des performances ; des questionnaires d'auto-évaluation pour les responsables à l'appui

des énoncés de gestion sur le contrôle interne ; des initiatives de renforcement des capacités, telles qu'un programme de formation intégré pour les centres budgétaires, les forums de conformité et de nombreuses autres initiatives de vulgarisation ; des projets pilotes comme base des examens programmatiques et administratifs ; la création d'une capacité d'appui supplémentaire dans la Région, avec un accent particulier sur les pays qui connaissent une situation d'urgence ; des visites de pays ciblées visant à fournir un appui sur place ; et un appui gestionnaire renforcé en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte, notamment la création d'un fonds de solidarité régional.

L'OMS relèvera plusieurs défis spécifiques en 2016-2017, parmi lesquels la nécessité de renforcer les capacités au sein des institutions afin d'aider les États Membres à rester alignés sur les besoins changeants ; de renforcer les perspectives au niveau des pays en matière de réponse aux situations d'urgence aiguës et prolongées ; d'envisager un déploiement et une mise en œuvre selon le principe des mesures « sans regrets » ; de créer un registre des risques régional en plus du registre des risques institutionnels ; et apporter en permanence des améliorations en matière de redevabilité et de contrôle, intégrés dans les cadres réglementaires.

Conclusion

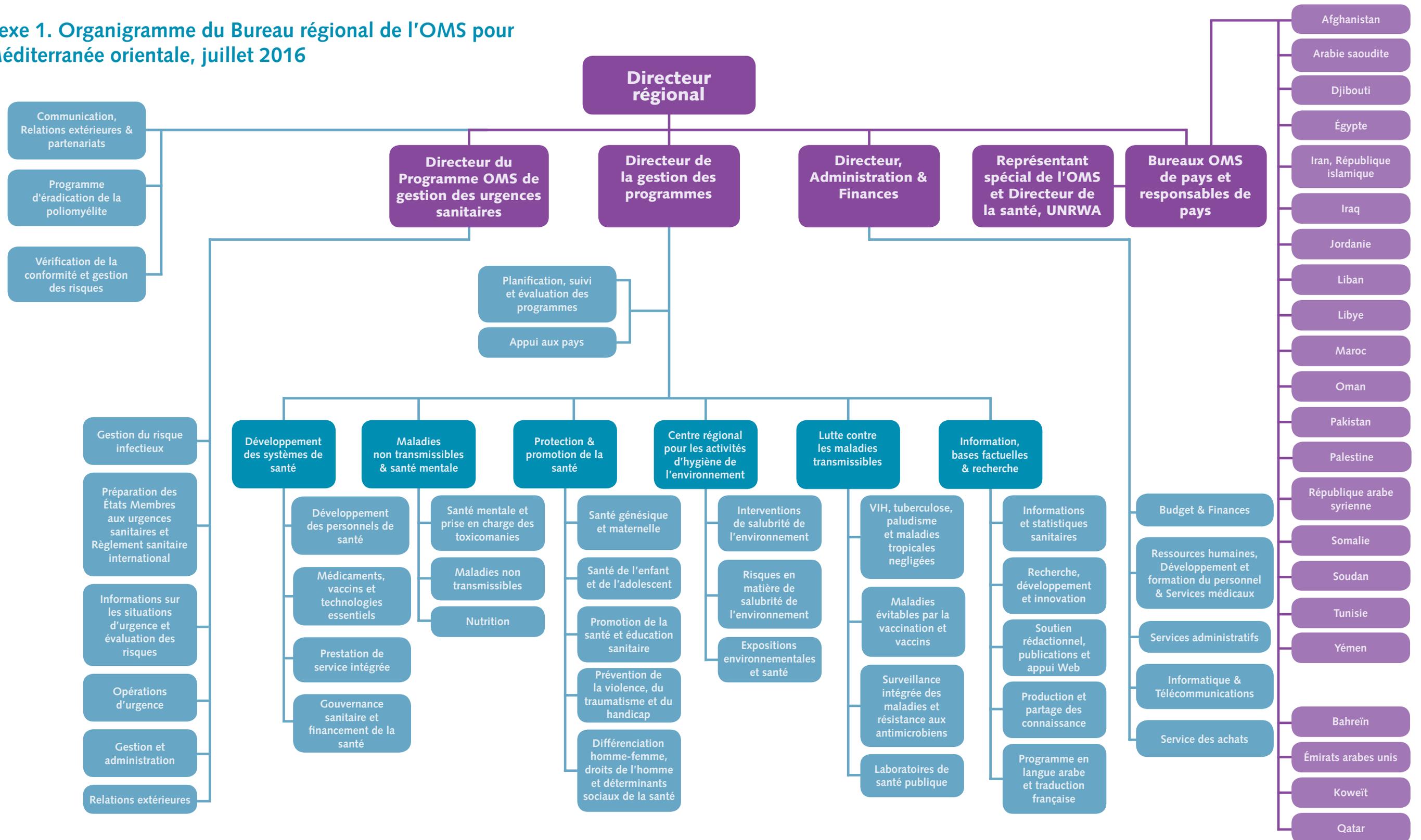
Il ne fait aucun doute que 2015 a été une année de défis et de réalisations considérables pour les États Membres ainsi que pour le travail mené par l'OMS dans la Région. Néanmoins, grâce à une vision claire des besoins et à l'aptitude à renforcer nos efforts collectifs, nous sommes en mesure de répondre à des besoins émergents et dans le même temps de continuer à mettre en œuvre le programme de priorités stratégiques suivi depuis 2012. J'espère que ce rapport a répondu à son objectif qui consistait à souligner les progrès effectués et les défis persistants.

À mesure que nous progressons, les objectifs de développement durable approuvés par les Nations Unies en septembre 2015 représenteront l'une

des influences les plus importantes dans notre collaboration avec les États Membres. Ces objectifs se veulent globaux et auront un impact profond sur le développement de la santé à l'échelle régionale et mondiale s'ils sont atteints. Ils ont été élaborés avec l'objectif déclaré de garantir que « personne ne soit laissé de côté ». Bien que l'Objectif 3 soit le plus en lien avec la santé, dans la pratique, tous les objectifs sont importants pour le développement sanitaire. Celui-ci constitue en soi un élément clé pour la réalisation d'un développement durable. La couverture sanitaire universelle est au cœur de l'ODD 3 et le renforcement des systèmes de santé en vue de la couverture universelle demeurera le pilier central de l'ensemble de notre action.

À cet égard, nous devons rester unis dans notre engagement en faveur de la santé dans la Région.

Annexe 1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, juillet 2016



Annexe 2

a) Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale, par effectif et par nationalité au 31 décembre 2015

Nationalité	Régional/Interpays	Pays	Total
Égypte	14	4	18
Pakistan	8	3	11
États-Unis d'Amérique	6	5	11
Royaume-Uni	7	1	8
Liban	6	1	7
Soudan	3	4	7
Tunisie	4	3	7
Jordanie	4	2	6
Belgique	2	3	5
Canada	5	-	5
Allemagne	3	2	5
Iran, République islamique d'	5	-	5
Yémen	1	4	5
Inde	2	2	4
Iraq	2	2	4
Maroc	4	-	4
Membres apatrides	4	-	4
République arabe syrienne	3	1	4
Bangladesh	2	1	3
Italie	1	2	3
Pays-Bas	1	2	3
Somalie	2	1	3
Suisse	3	-	3
Afghanistan	-	2	2
Danemark	1	1	2
Éthiopie	-	2	2
Finlande	2	-	2
France	1	1	2
Kenya	-	2	2
Espagne	1	1	2
Ouganda	-	2	2
Algérie	-	1	1
Arménie	1	-	1
Autriche	-	1	1
Australie	-	1	1
Bahreïn	1	-	1
Erythrée	-	1	1
Géorgie	-	1	1
Hongrie	1	-	1
Irlande	1	-	1
Japon	-	1	1
Malawi	1	-	1

Nationalité	Régional/Interpays	Pays	Total
Nouvelle-Zélande	1	-	1
Norvège	-	1	1
Roumanie	-	1	1
Arabie saoudite	-	1	1
Sénégal	1	-	1
Sri Lanka	-	1	1
Suède	-	1	1
Tanzanie	-	1	1
Trinité-et-Tobago	-	1	1
Turquie	1	-	1
Total	105	67	172

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 originaires d'États Membres de la Région de la Méditerranée orientale, par effectif et par nationalité au 31 décembre 2016

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	30	18
Pakistan	C	005-014	24	11
Iran, République islamique d'	C	004-012	15	5
Liban	C	001-008	13	7
Soudan	C	001-010	13	7
Jordanie	C	001-008	11	6
Tunisie	C	001-008	10	7
Maroc	B1	001-010	9	4
Iraq	B1	002-009	6	4
Yémen	B1	001-008	5	5
République arabe syrienne	B1	001-008	4	4
Somalie	B2	001-008	4	3
Afghanistan	B1	001-008	2	2
Arabie saoudite	A	005-011	2	1
Bahreïn	B1	001-007	1	1
Djibouti	B1	001-007	1	-
Total des nationalités de la Région			150	85
Total des autres nationalités			1895	87
Grand total			2045	172

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

¹ A – Pays parmi lesquels le recrutement pour les postes professionnels doit être encouragé comme première priorité

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

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

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

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

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2015

Titre de la réunion, lieu et date

Réunions officielles et consultatives

Première consultation du Comité consultatif régional sur les maladies non transmissibles et la législation de santé publique, Le Caire (Égypte), 11-12 février 2015

Vingt-neuvième réunion de la Commission de la Région de la Méditerranée orientale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, Mascate (Oman), 19-21 avril 2015

Première réunion du Comité directeur régional et du Groupe spécial sur la résistance aux antimicrobiens, Le Caire (Égypte), 26-28 avril 2015

Vingt et unième réunion du Groupe de travail de la Région de la Méditerranée orientale consacrée à l'Alliance mondiale sur les vaccins et la vaccination (GAVI), Djibouti (Djibouti), 27-29 avril 2015

Cinquième réunion du Comité Feu vert de la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 25-26 mai 2015

Réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, Islamabad (Pakistan), 1-2 juin 2015

Réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan, Islamabad (Pakistan), 4-5 juin 2015

Réunion du Comité consultatif sur la recherche en santé dans la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 6-7 juillet 2015

Réunion du Comité d'examen éthique de la recherche dans la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 6-7 septembre 2015

Troisième réunion du Comité du Groupe consultatif technique auprès du Directeur régional, Le Caire (Égypte), 10-11 septembre 2015

Soixante-deuxième session du Comité régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la Méditerranée orientale, Koweït (Koweït), 5-8 octobre 2015

Consultations

Troisième réunion régionale des parties prenantes en vue d'examiner l'application du RSI (2005) avec une attention particulière pour la maladie à virus Ebola, Le Caire (Égypte), 11-13 janvier 2015 et Tunis (Tunisie), 4-5 février 2015

Réunion d'examen de la phase II et de planification de la Phase III de la riposte à la flambée de poliomyélite au Moyen-Orient, Beyrouth (Liban), 26-27 janvier 2015

Séminaire-atelier de consultation sur les estimations des Nations-Unis du taux de mortalité maternelle et infantile, Tunis (Tunisie), 9-11 février 2015

Réunion de consultation sur la planification stratégique en vue de l'élimination de la tuberculose, Le Caire (Égypte), 10-12 février 2015

Consultation technique sur l'éradication de poliomyélite au Pakistan, Islamabad (Pakistan), 14-15 février 2015

Réunion du groupe d'experts sur l'enseignement médical, Le Caire (Égypte), 9 mars 2015

Consultation pour la mise à jour du cadre stratégique régional sur la gestion intégrée des vecteurs, Le Caire (Égypte), 11-12 mars 2015

Réunion de consultation d'experts sur l'élargissement de la couverture sanitaire universelle au secteur informel et aux groupes vulnérables dans la Région de la Méditerranée orientale, Rabat (Maroc), 15-16 mars 2015

Deuxième réunion du Groupe spécial sur la cybersanté, Le Caire (Égypte), 19-20 mars 2015

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2015 (suite)

Titre de la réunion, lieu et date

Consultations

Réunion de consultation technique sur les stratégies de réduction du sel et des graisses dans la Région de la Méditerranée orientale, Tunis (Tunisie), 30-31 mars 2015

Réunion du Groupe de travail informel sur la promotion des soins préconceptionnels dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 5-7 avril 2015

Consultation d'experts sur le développement d'une stratégie hospitalière régionale et le renforcement des capacités des directeurs d'hôpitaux, Le Caire (Égypte), 6-7 avril 2015

Consultation régionale sur la réduction des iniquités en santé dans la Région de la Méditerranée orientale grâce aux mesures sur les déterminants sociaux de la santé, Téhéran (République islamique d'Iran), 21-23 avril 2016

Consultation régionale en vue d'examiner le projet de plan d'action mondial sur le renforcement du rôle des systèmes de santé dans la lutte contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles, et des enfants, Le Caire (Égypte), 27-28 avril 2015

Consultation régionale sur les maladies non transmissibles et la santé publique, Le Caire (Égypte), 2-4 mai 2015

Réunion scientifique internationale sur le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), Le Caire (Égypte), 5-6 mai 2016

Consultation d'experts sur l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires grâce à la mise en œuvre d'indicateurs et de normes de qualité, Le Caire (Égypte), 11-12 mai 2015

Réunion finale du Fonds pour l'Environnement mondial (FEM), Amman (Jordanie), 20-21 mai 2015

Réunion élargie du Comité de rédaction de la Revue de Santé de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 6-7 juin 2015

Réunion de consultation régionale sur la prévention et le contrôle du surpoids et de l'obésité chez l'enfant dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 2-3 juillet 2015

Réunion de consultation technique sur la réduction des apports en sucre dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 26-27 juillet 2015

Consultation régionale conjointe entre l'OMS et la Ligue arabe en vue de renforcer le rôle des organisations de la société civile dans le programme d'action sur la santé et le développement durable dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 23-24 août 2015

Séance de réflexion pour l'Initiative « Ce qui est nécessaire maintenant dans la lutte antitabac », Le Caire (Égypte), 7-8 septembre 2015

Réunion de consultation technique sur la préparation à l'ensemble des risques sanitaires associés aux urgences dans la Région de la Méditerranée orientale : application des enseignements tirés du plan d'action opérationnel, Le Caire (Égypte), 8-10 septembre 2015

Forum ouvert pour s'attaquer à la commercialisation des aliments et des boissons malsains destinés aux enfants dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 13-14 septembre 2015

Réunion du groupe d'experts sur la gouvernance de l'eau pour les exigences en matière de sécurité de l'eau en vue de la protection de la santé, Amman (Jordanie), 14-17 septembre 2015

Réunion de consultation d'experts sur la commercialisation des aliments et des boissons non alcoolisées destinés aux enfants dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 18-19 septembre 2015

Quatorzième réunion du groupe d'examen régional du programme d'élimination de la filariose lymphatique et d'autres programmes de chimiothérapie préventive, Le Caire (Égypte), 12-14 octobre 2015

Réunion de suivi pour les coordonnateurs nationaux du confinement des poliovirus sur la mise en œuvre du Plan d'action mondial (GAP III), Beyrouth (Liban), 13-14 octobre 2015

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2015 (suite)

Titre de la réunion, lieu et date

Consultations

Réunion en vue de la mise en place d'un Réseau régional d'alerte et d'action en cas d'épidémie, Casablanca (Maroc), 19-21 octobre 2015

Réunion d'examen de la Phase III de la riposte à la flambée de poliomyélite au Moyen-Orient, Beyrouth (Liban), 22-23 octobre 2015

Première réunion et atelier d'experts d'Afrique et du Moyen-Orient sur l'impact de la poussière en suspension sur la santé, Amman (Jordanie), 2-5 novembre 2015

Réunion de consultation sur une approche stratégique en matière de préparation et de riposte contre le choléra dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 17-19 novembre 2015

Consultation d'experts sur l'élaboration et l'adaptation des lignes directrices fondées sur bases factuelles dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 18-19 novembre 2015

Réunion du groupe d'experts sur la réglementation des personnels infirmiers, obstétricaux et paramédicaux, Le Caire (Égypte), 8-10 décembre 2015

Consultation sur l'élaboration de critères mis à jour et d'un cadre exécutif pour la promotion des écoles-santé dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 19-20 décembre 2015

Réunions interpays

Dix-septième réunion interpays des directeurs des laboratoires nationaux et régionaux de référence pour la poliomyélite dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 26-28 janvier 2015

Réunion interpays des directeurs de laboratoire de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale, Tunis (Tunisie), 24-27 février 2015

Réunion sur la promotion des soins préconceptionnels dans la Région de la Méditerranée orientale, Mascate (Oman), 25-27 mars 2015

Réunion des administrateurs nationaux des programmes de santé maternelle, néonatale et infantile pour s'attaquer aux principales causes de mortalité maternelle, néonatale et infantile, Amman (Jordanie), 29 mars-2 avril 2015

Réunion régionale sur la sécurité sanitaire des aliments, Amman (Jordanie), 5-7 avril 2015

Réunion interpays sur le renforcement de la riposte de santé publique face à l'utilisation de substances psychoactives, Le Caire (Égypte), 14-16 avril 2015

Troisième réunion 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), 27-29 avril 2015

Troisième réunion des centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 29-30 avril 2015

Réunion des coordonnateurs nationaux pour le confinement du poliovirus dans le cadre du plan d'action mondial de l'OMS pour minimiser les risques associés aux établissements stockant le poliovirus (GAP III), Tunis (Tunisie), 12-13 mai 2015

Forum régional sur les soins infirmiers intitulé « L'avenir des soins infirmiers et obstétricaux dans la Région de la Méditerranée orientale », Amman (Jordanie), 24 mai 2016

Réunion interpays sur la nutrition, Amman (Jordanie), 7-9 juin 2015

Réunion régionale sur la réalisation de la cible concernant la consommation de tabac dans le cadre de la lutte contre les maladies non transmissibles (diminution de 30 % d'ici à 2025), Tunis (Tunisie), 8-9 juin 2015

Première réunion des points focaux nationaux pour l'hépatite, Le Caire (Égypte), 8-10 juin 2015

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2015 (suite)

Titre de la réunion, lieu et date

Réunions interpays

Réunion sur les alternatives viables au dichloro-diphényl-trichloroéthane (DDT) et le renforcement des capacités nationales de lutte antivectorielle dans la Région de la Méditerranée orientale, Téhéran (République islamique d'Iran), 9-11 juin 2015

Réunion régionale intitulée « qualité des soins et sécurité des patients : de l'évaluation des capacités à l'amélioration », Tunis (Tunisie), 14-16 juin 2015

Réunion des associations et des institutions nationales de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 29-30 juin 2015

Réunion interpays sur la bonne gouvernance dans le secteur pharmaceutique pour les pays de la Région de la Méditerranée orientale engagés dans la phase I, Téhéran (République islamique d'Iran), 16-19 août 2015

Réunion régionale sur le renforcement du partenariat avec les organisations de la société civile pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, Le Caire (Égypte), 1-2 septembre 2015

Réunion régionale sur l'élargissement de la couverture sanitaire universelle au secteur informel et aux groupes vulnérables dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 1-3 septembre 2015

Seizième réunion des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre la tuberculose pour la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 6-8 septembre 2015

Réunion régionale sur le renforcement des systèmes de pharmacovigilance dans la Région de la Méditerranée orientale, Rabat (Maroc), 7-10 septembre 2015

Troisième réunion interpays du Réseau de surveillance des infections respiratoires aiguës dans la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 14-16 septembre 2015

Sommet « œil sur la terre » 2015, Abou Dhabi (Émirats arabes unis), 6-8 octobre 2015

Quatrième réunion interpays des personnels de lutte contre la poliomyélite, Amman (Jordanie), 18-20 octobre 2015

Réunion interpays annuelle sur la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac : Le Caire (Égypte), 26-28 octobre 2015

Vingt-troisième réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le sida, Beyrouth (Liban), 27-29 octobre 2015

Onzième réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte antipaludique des pays de la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 22-24 novembre 2015

Réunion sur l'Analyse et l'évaluation mondiales de l'eau potable, de l'assainissement et de l'hygiène (GLASS) dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 24-26 novembre 2015

Septième réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte antipaludique des pays faisant partie du Réseau de surveillance du traitement antipaludique dans la Corne de l'Afrique ainsi que du réseau PIAM-NET (regroupant le Pakistan, la République islamique d'Iran et l'Afghanistan), Amman (Jordanie), 25-26 novembre 2015

Vingt-neuvième réunion interpays des administrateurs nationaux du Programme élargi de vaccination (PEV) et seizième réunion interpays sur la lutte contre la rougeole/la rubéole et l'élimination de ces maladies à Amman (Jordanie), 29 novembre-3 décembre 2015

Réunion sur la lutte contre la fièvre hémorragique de Crimée-Congo dans la Région Méditerranée orientale, Mascate (Oman), 7-9 décembre 2015

Réunion régionale sur les principes et la pratique de l'accréditation des soins de santé, Le Caire (Égypte), 13-15 décembre 2015

.....

Annexe 3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2015 (suite et fin)

Meeting title, location and date

Séminaires-ateliers et formations

Séminaire-atelier régional de renforcement des capacités de surveillance des données sanitaires nationales concernant les inégalités en santé pour les données sur la santé nationale, Le Caire (Égypte), 22-25 février 2015

Quatrième séminaire sur la diplomatie sanitaire, Le Caire (Égypte), 2-4 mai 2015

Séminaire-atelier régional sur les achats stratégiques pour la couverture sanitaire universelle : moyens de mise en œuvre de méthodes novatrices de paiement des prestataires, Le Caire (Égypte), 10-12 juin 2015

Séminaire-atelier de formation régional du Centre CEHA sur la gestion sans risque des déchets d'activités de soins, y compris les déchets très infectieux et contagieux produits par les établissements de soins de santé, Amman (Jordanie), 27-29 juillet 2015

Séminaire-atelier de renforcement des capacités intitulé « Rôle du secteur privé dans le passage à la couverture sanitaire universelle » Le Caire (Égypte), 9-12 août 2015

Séminaire-atelier sur des nouvelles lignes directrices pour la stratégie de coopération avec les pays, Le Caire (Égypte), 30 août -1er septembre 2015

Séminaire-atelier sur les médias et les campagnes de marketing social pour l'activité physique, Amman (Jordanie), 23-25 septembre 2015

Séminaire-atelier interpays de formation/certification sur la collecte d'échantillons de laboratoire, le transport et l'expédition des virus de la grippe et d'autres virus respiratoires potentiellement pandémiques, conformément aux réglementations de l'Association internationale du Transport aérien (IATA), Le Caire (Égypte), 12-14 octobre 2015

Séminaire-atelier interpays sur l'auto-évaluation des autorités de réglementation nationale, Amman (Jordanie), 25-27 octobre 2015

Cours de formation sur le terrain de maîtres formateurs régionaux dans le domaine de la médecine familiale, Al Yarmouk (Koweït), 15-18 novembre 2015

Cours de formation sur la gestion des programmes visant à améliorer la santé de l'enfant, Le Caire (Égypte), 22-26 novembre 2015

Séminaire-atelier de développement des capacités pour les directeurs d'hôpitaux dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 28 novembre-7 décembre 2015

Séminaire-atelier de formation sur l'Initiative des hôpitaux amis des bébés pour les responsables politiques dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 15-17 décembre 2015

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2015

Titre	Origine
Publications	
A guide to nursing and midwifery education standards Langue : anglais	Bureau régional
Documenting the impact of hepatitis B immunization: best practices for conducting a serosurvey Langue : arabe	Siège
Donor Update 2015 (Q1): Syrian Arab Republic Langue : anglais	Bureau de pays
Donor Update 2015 (Q2): Syrian Arab Republic Langue : anglais	Bureau de pays
Eastern Mediterranean Region: framework for health information systems and core indicators for monitoring health situation and health system performance 2015 Langue : anglais	Bureau régional
Global recommendations on physical activity for health 18-64 years old Langue : arabe	Bureau régional
Global recommendations on physical activity for health 5-17 years old Langue : arabe	Bureau régional
Global recommendations on physical activity for health 65 years and above Langue : arabe	Bureau régional
Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Document destiné aux participants Langues : anglais/français	Bureau régional
Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Présentation du cours Langues : anglais/français	Bureau régional
Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Module 1. Épidémiologie, transmission et prévention du VIH Langues : anglais/français	Bureau régional
Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Module 2. Histoire naturelle et aspects cliniques Langues : anglais/français	Bureau régional
Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Module 3. Conseil et dépistage en matière de VIH et aspects éthiques Langues : anglais/français	Bureau régional
Connaissances de base sur le VIH et réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Module 4. Soins et soutien psychosocial liés au VIH Langues : anglais/français	Bureau régional
Superzamis n° 2. Je mène une vie saine Langue : français	Bureau régional

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2015 (suite)

Titre	Origine
Publications	
Interim infection prevention and control guidance for care of patients with suspected or confirmed filovirus haemorrhagic fever in health-care settings, with focus on Ebola Langue : arabe	Bureau régional
Prévention de la violence interpersonnelle dans la Région de la Méditerranée orientale : extrait du rapport de situation 2014 sur la prévention de la violence dans le monde Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Managing disaster risks in communities: a community-based approach to disaster risk reduction: training manual for the trainers of cluster representatives and volunteers Langue : anglais	Bureau régional
Patient safety tool kit Langue : anglais	Bureau régional
Practices to improve coverage of the hepatitis B birth dose vaccine Langue : arabe	Siège
Principles and considerations for adding a vaccine to a national immunization programme. From decision to implementation and monitoring Langue : arabe	Siège
Promotion de l'activité physique tout au long de l'existence dans la Région de la Méditerranée orientale Langue : français	Bureau régional
Promotion de l'activité physique tout au long de l'existence : Appel régional à l'action Langue : français	Bureau régional
Test procedures for insecticide resistance monitoring in malaria vector mosquitoes Langue : arabe	Siège
The growing need for home health care for the elderly Home health care for the elderly as an integral part of primary health care services Langue : anglais	Bureau régional
Situation concernant le commerce illicite des produits du tabac dans la Région de la Méditerranée orientale Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Tuberculosis control in complex emergencies Langue : anglais	Bureau régional
L'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale. Rapport annuel du Directeur régional 2014 Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
World Health Organization Syrian Arab Republic Annual Report 2014 Langue : anglais	Bureau de pays
Périodiques	
La Revue de Santé de la Méditerranée orientale; Vol.21 No 1-No 12 Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
IMEMR current contents; Vol.14 No. 1-No. 4 Langue : anglais	Bureau régional

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2015 (suite)

Titre	Origine
Fiches	
Assessing essential public health functions in the Eastern Mediterranean Langue : anglais	Bureau régional
Better Health for people with disabilities Langue : arabe	Siège
Prenez soin de votre foie : pensez à l'hépatite Journée mondiale contre l'hépatite 2015 Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
Children and road safety Langue : anglais/arabe	Bureau régional
Fact sheet: HIV testing services: fact sheet to the WHO consolidated guidelines of HIV testing services Langue : arabe	Siège
Frequently asked questions About tobacco control Policies for the prevention and control of noncommunicable diseases Alternative crops to tobacco Illicit tobacco trade Raise taxation on all tobacco products Enforce a total comprehensive ban on tobacco products advertising, promotion and sponsorship Protect people from second hand smoke through enforcing a total ban on tobacco use in all public places, with no designated areas for smokers Warn people of the hazards of tobacco use through displaying large clear graphic health warnings Offer help to quit, enact cessation services Langue : anglais	Bureau régional
Commerce illicite du tabac Meilleures pratiques à l'échelle mondiale Faits et chiffres sur le commerce illicite des produits du tabac Mesures immédiates en dix étapes Taxation et commerce illicite Rôle de l'industrie du tabac Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac Langues : anglais/arabe/français	Bureau régional
MPOWER in the Eastern Mediterranean Region Enforce bans on tobacco advertising, promotion and sponsorship (TAPS) Monitor tobacco use and prevention policies Offer help to quit tobacco use Overview of the WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC) and MPOWER Protect people from tobacco smoke Raise taxes on tobacco Warn about the dangers of tobacco Langue : anglais	Bureau régional

.....

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2015 *(suite et fin)*

Titre	Origine
Fiches	
Policy brief: HIV testing: WHO recommends HIV testing by lay providers Langue : arabe	Siège
Policy brief: HIV testing: WHO recommendations to assure HIV testing quality Langue : arabe	Siège
Violence against women Langue : arabe	Siège

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2015

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'Eau Potable (ONEP) Complexe Bou-Regreg, Station de Traitement
Assurance qualité	WHO Collaborating Centre for Quality Control and Clinical Chemistry	République Islamique d'Iran	Reference Laboratories of Iran, Ministry of Health and Medical Education
Cancer	WHO Collaborating Centre for Cancer Education, Training and Research*	Jordanie	King Hussein Cancer Center
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Health's Professionals' Educational Development*	Bahreïn	Arabian Gulf University
	WHO Collaborating Centre for Research and Development in Medical Education and Health Services	Égypte	Suez Canal University (SCU)
	WHO Collaborating Centre for Training in Research and Educational Development of Health Personnel	Pakistan	College of Physicians and Surgeons
	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Educational Development	Soudan	University of Gezira
Diabète	WHO Collaborating Centre for Diabetes Research, Education and Primary Health Care	Jordanie	National Centre for Diabetes, Endocrine and Inherited Diseases
	WHO Collaborating Centre for Treatment, Education and Research in Diabetes and Diabetic Pregnancies	Pakistan	Diabetic Association of Pakistan
Endocrinologie	WHO Collaborating Centre for Research and Training on Endocrine science*	République Islamique d'Iran	Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMUS)
Enregistrement et réglementation pharmaceutiques	Centre collaborateur de l'OMS pour l'enregistrement des médicaments et la réglementation pharmaceutique	Tunisie	Direction de la Pharmacie et du Médicament, Ministère de la Santé
Gestion sanitaire	WHO Collaborating Centre for training and research on Health Management	République Islamique d'Iran	National Public Health Management Centre (NPMC), Tabriz University of Medical Sciences
Information sanitaire	WHO Collaborating Centre for Family of International Classifications	Koweït	Health Information and Medical Records, Ministry of Health

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2015 (suite)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Lutte antitabac	WHO Collaborating Centre on Tobacco Control	République Islamique d'Iran	National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease (NRITLD)
	WHO Collaborating Centre for Treating Tobacco Dependence*	Qatar	Hamad Medical Corporation
Lutte contre les maladies non transmissibles	WHO Collaborating Centre for Research on NCDs and Gastrointestinal Cancers*	République Islamique d'Iran	Digestive Diseases Research Institute
	WHO Collaborating Centre for NCD prevention and control*	Koweït	Ministry of Health, Kuwait
Maladies cardio-vasculaires	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Cardiovascular Diseases Control, Prevention, and Rehabilitation for Cardiac Patients	République Islamique d'Iran	Isfahan Cardiovascular Research Centre
Médecine transfusionnelle	WHO Collaborating Centre for Transfusion Medicine	Jordanie	National Blood Bank, Ministry of Health
	Centre 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	Institute of Public Health, UAE University
Mycétome	WHO Collaborating Centre on Mycetoma	Soudan	University of Khartoum
Nutrition et technologie alimentaire	WHO Collaborating Centre for Research on Nutrition and Food Technology*	République Islamique d'Iran	National Nutrition and Food Technology Research Institute (NNFTRI)
Ostéoporose et diabète	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Management of Osteoporosis and Diabetes	République Islamique d'Iran	Teheran University of Medical Sciences
Perte d'audition	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Hearing Loss	République Islamique d'Iran	Otolaryngology, Head and Neck Research Centre
Pharmacovigilance	Centre collaborateur de l'OMS pour la pharmacovigilance	Maroc	Centre antipoison et de pharmacovigilance du Maroc

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2015 (suite)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Politiques et pratiques fondées sur des bases factuelles	WHO Collaborating Centre for Evidence-Informed Policy and Practice	Liban	American University of Beirut
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 Prevention of Blindness	Pakistan	Al-Shifa Trust Eye Hospital
Rage	WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Rabies	République Islamique d'Iran	Pasteur Institute of Iran
Rassemblements de masse	WHO Collaborating Centre for Mass Gatherings	Arabie saoudite	Office of Assistant Deputy Minister for Preventive Medicine, Ministry of Health
Soins de santé bucco-dentaire primaires	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 des femmes	WHO Collaborating Centre for Women Health*	Jordanie	The National Women Health Care Center
Santé mentale	WHO Collaborating Centre for Mental Health	République Islamique d'Iran	Iran University of Medical Sciences
	Centre collaborateur de l'OMS pour la santé mentale	Maroc	Université Ibn Rushd
Santé oculaire	WHO Collaborating Centre for the Eye Health and Prevention of Blindness Programme	République Islamique d'Iran	Shahid Beheshti Medical University
Santé publique dentaire	WHO Collaborating Centre for Training and Research in Dental Public Health	République Islamique d'Iran	Department of Community Oral Health, School of Dentistry Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU)
Sécurité hématologique	WHO Collaborating center for research and training on blood safety	République Islamique d'Iran	Iranian Blood Transfusion Organization (IBTO)

*Encours de désignation/de re-désignation

Annexe 5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale, décembre 2015 (suite et fin)

Domaine	Titre	Pays	Nom de l'établissement
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Bahreïn	College of Health Sciences, Ministry of Health
	WHO Collaborating Centre for Education and Research in Nursing and Midwife	République Islamique d'Iran	Iran University of Medical Sciences, Center for Nursing Care Research
	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Jordanie	Jordanie University of Science and Technology (JUST)
Surveillance du VIH	WHO Collaborating Centre for HIV surveillance	République Islamique d'Iran	Regional Knowledge Hub for HIV Surveillance, Kerman University of Medical Sciences
Transfusion sanguine	WHO Collaborating Center for Training and Research in Blood Transfusion	Émirats arabes unis	Sharjah Blood Transfusion and Research Center
Toxicomanies et santé mentale	WHO Collaborating Centre for Research and Training on Substance Use Disorders and Mental Health	République Islamique d'Iran	Iranian National Center for Addiction Studies (INCAS), Teheran University of Medical Sciences
	WHO Collaborating Centre for Mental Health Research, Training and Substance Abuse	Pakistan	Rawalpindi Medical College
Troubles métaboliques osseux	WHO Collaborating Center for Metabolic Bone Disorders	Liban	American University of Beirut
Tuberculose	WHO Collaborating Centre for Tuberculosis Education	République Islamique d'Iran	Shahid Beheshti University of Medical Sciences & Health Services
VIH/sida	WHO Collaborating Centre for Acquired Immunodeficiency Syndrome	Koweït	University of Kuwait
VIH/sida, tuberculose et maladies pulmonaires	WHO collaborating centre for research on HIV/AIDS, tuberculosis and lung diseases	Soudan	The Epidemiological Laboratory (Epi-Lab)

