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

Rapport annuel du Directeur régional

1er janvier—31 décembre 2011

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

1er janvier – 31 décembre 2011

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 1er janvier – 31 décembre 2011 / Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale

p.

Édition anglaise au Caire (ISBN 978-92-9021-868-5)
(ISBN 978-92-9021-867-8) (en ligne)
(ISSN 1020-9166)
Édition arabe au Caire (ISBN 978-92-9021-872-2)
(ISBN 978-92-9021-873-9) (en ligne)
(ISSN 9220-1020)

1. Planification régionale santé 2. Politique sanitaire 3. Administration services de soins 4. Promotion santé 5. Lutte contre maladie contagieuse I. Titre II. Bureau régional de la Méditerranée orientale

ISBN 978-92-9021-870-8 (Classification NLM : WA 541)
(ISBN 978-92-9021-871-5) (en ligne)
(ISSN 1816-2061)

Crédits photographiques : Fariba Aldarazi/OMS, Mohamed Assai/OMS, Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA), Shehata Gad, Gratiane de Moustier/IRIN (Réseaux d'information régionaux intégrés), Ibtihal Fadhil/OMS, Association de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du Nord, Lucy Ngugi/OMS, Jose Postigo/OMS, Bureaux OMS de pays en Jordanie, au Pakistan et en Somalie, Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale.

Le texte intégral de la présente publication se trouve à l'adresse www.emro.who.int

© Organisation mondiale de la Santé 2012

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 Distribution et Ventes, 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 : PMP@emro. 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 : WAP@emro.who.int.

Conception, mise en page et impression : Bureau régional de l'OMS
pour la Méditerranée orientale, Le Caire

Table des matières

Abréviations **7**

Introduction **9**

Résumé d'orientation **13**

Chapitre 1: développement et sécurité sanitaires **23**

Objectif stratégique 1 : réduire la charge sanitaire, économique et sociale due aux maladies transmissibles 25

Objectif stratégique 2 : combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme 39

Objectif stratégique 3 : prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes 50

Objectif stratégique 4 : réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé 58

Objectif stratégique 5 : réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques 62

Objectif stratégique 6 : promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque 66

Objectif stratégique 8 : promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement 70

Objectif stratégique 9 : améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable 73

Chapitre 2 : renforcement des systèmes de santé **77**

Objectif stratégique 7 : traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme 79

Objectif stratégique 10 : améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles 85

Objectif stratégique 11 : élargir l'accès aux technologies et produits médicaux, et en améliorer la qualité et l'utilisation 99

Chapitre 3 : partenariats et performances de l'OMS 103

Objectif stratégique 12 : jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'acquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail 105

Objectif stratégique 13 : faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat 112

Profils statistiques de pays 115

1. Indicateurs démographiques 117
2. Indicateurs socioéconomiques 118
3. Indicateurs des dépenses de santé 120
4. Indicateurs sur les ressources humaines et physiques 121
5. Indicateurs de couverture par les services de soins de santé primaires 122
6. Indicateurs de l'état de santé 124
7. Sélection d'indicateurs sur la morbidité 125

Annexes 127

1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale 128
2. Membres du personnel de la catégorie professionnelle dans la Région de la Méditerranée orientale 130
3. Réunions organisées dans la Région de la Méditerranée orientale, 2011 132
4. Nouvelles publications parues en 2011 135
5. Centres collaborateurs de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale 138

Tableaux

1.1 Charge de VIH/SIDA, 2011 40

1.2 Cas confirmés par l'analyse parasitologique dans les pays où la transmission est inexistante ou sporadique ou dans les pays d'endémicité palustre faible 41

1.3 Cas de paludisme enregistrés et estimés dans les pays fortement touchés 42

1.4 Notifications de cas de tuberculose en 2011 47

2.1 Situation du programme des initiatives communautaires dans 17 pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale 81

2.2 Nombre de bourses d'études attribuées par pays d'origine, Région de la Méditerranée orientale, 2011 94

3.1 Partenariats et collaborations sur des matériels d'information sanitaire en langue arabe 108

Figures

1.1 Établissements de santé mettant en œuvre la PCIME dans la Région, 1998-2010 59

1.2 État d'exécution (%) par les établissements de santé mettant en œuvre la PCIME dans la Région 60

2.1 Répartition des bourses d'études par région de placement, 2011 95

2.2 Répartition des bourses d'études par domaine d'étude, Région de la Méditerranée orientale, 2011 95

3.1 Tendance de la production d'informations au Bureau régional, 2000-2011 109

3.2 Achat de documentation sanitaire pour le Bureau régional, les bureaux de pays et les États Membres en 2011 110

3.3 Croissance du système d'archivage institutionnel numérique, 2006-2011 110

3.4 Tendance dans les références bibliographiques biomédicales et sanitaires indexées et publiées dans l'*Index Medicus* de la Méditerranée orientale, 2006-2011 111

Abréviations

ACDI	Agence canadienne de développement international
AGFUND	Programme arabe du Golfe pour les Organismes de Développement des Nations Unies
BCAH	Bureau de la coordination des affaires humanitaires
CCG	Conseil de Coopération du Golfe
CDC	Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, (États-Unis)
CEHA	Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement
CESAO	Commission économique et sociale pour l'Asie occidentale
DTC	Vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux
FAO	Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture
FEM	Fonds pour l'environnement mondial
GTZ	Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit
HCDH	Haut Commissariat aux droits de l'homme
HCR	Haut Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
IOMS	Organisation islamique des sciences médicales
ISESCO	Organisation islamique pour l'Éducation, les Sciences et la Culture
JNV	Journée nationale de la vaccination
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OIT	Organisation internationale du travail
OMC	Organisation mondiale du commerce
ONODC	Office des Nations Unies contre la drogue et le crime
ONUDI	Organisation des Nations Unies pour le développement industriel
ONUSIDA	Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida
PAM	Programme alimentaire mondial
PAPFAM	Projet panarabe pour la santé de la famille
PCIME	Prise en charge intégrée de la santé de l'enfant
PEV	Programme élargi de vaccination
PFA	Paralysie flasque aiguë
PNUAD	Plan-cadre des Nations Unies pour l'Aide au Développement
PNUD	Programme des Nations Unies pour le développement
PNUE	Programme des Nations Unies pour l'environnement
SIDA	Syndrome d'immunodéficience acquise
TDCI	Troubles dus à une carence en iode
TDR	Programme spécial PNUD/OMS/Banque mondiale de recherche et de formation concernant les maladies tropicales
UNESCO	Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNRWA	Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient
USAID	Agence des États-Unis pour le développement international
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
VPO	Vaccin antipoliomyélitique oral

Au nom de Dieu, le Compatissant, le Miséricordieux

Introduction

J'ai grand plaisir à vous présenter ce rapport annuel sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale. L'année 2011 a été capitale à bien des égards. Dans le domaine de la santé, l'adoption par les chefs d'État et de gouvernement de la Déclaration politique de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles a représenté un événement mondial unique. À travers elle, la communauté mondiale s'est engagée dans une démarche claire visant à agir contre les affections chroniques comme les maladies cardio-vasculaires, le cancer, le diabète et les maladies respiratoires chroniques, de même que leurs facteurs de risque associés. La Région de la Méditerranée orientale est confrontée à une hausse rapide de la charge de morbidité des maladies non transmissibles, car la population vieillit, l'urbanisation augmente et les modes de vie changent. La Région présente la plus forte prévalence de diabète de toutes les Régions de l'OMS. C'est également l'une des deux régions où la sédentarité est la plus forte au monde, et sa population - enfants comme adultes – est de plus en plus souvent affectée par le surpoids. Alors que de nombreux pays dans d'autres régions parviennent à réduire le tabagisme, nous ne réussissons pas, dans notre Région, à prendre des mesures de lutte antitabac exhaustives. En réponse à la Déclaration, nous œuvrons avec les États Membres à élaborer des stratégies claires préconisant un renforcement de la surveillance, la prévention des facteurs de risque et l'amélioration des soins, notamment l'intégration dans les soins de santé primaires. Il existe des mesures d'un très bon rapport coût-efficacité pouvant prévenir les maladies non transmissibles. J'appelle instamment les États Membres à les étudier et à les mettre en œuvre le plus rapidement possible.

Alors que nous nous rapprochons de 2015, qui est la cible fixée pour la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, les taux de mortalité maternelle et infantile dans plusieurs de nos États Membres sont encore parmi les plus élevés au monde. La malnutrition côtoie l'obésité dans la Région, parfois dans le même pays. La pauvreté et un accès insuffisant aux soins de santé de base accablent les mères et les enfants. Les interventions fondées sur des bases factuelles ayant démontré leur efficacité sur la baisse de la mortalité maternelle et infantile sont connues ; élargir leur mise en œuvre et leur couverture est donc une nécessité impérieuse. Dans le secteur de la santé, les activités doivent porter en priorité sur ces groupes vulnérables. Cependant, ce n'est pas en soi suffisant. Il faut aussi agir de manière coordonnée et intégrée dans tous les secteurs concernés et dans les autres domaines d'intervention primordiaux, comme la nutrition et la vaccination. Le dernier domaine fera l'objet d'une forte priorité au cours des cinq prochaines années. L'OMS prendra sa part et fera la promotion de stratégies intégrées complètes, dans et hors du secteur de la santé.

La vaccination est l'un des moyens essentiels pour prévenir les maladies de l'enfant. La deuxième semaine régionale de la vaccination, en avril 2011, a remporté un succès majeur : presque tous les États Membres y ont participé, dans le but de sensibiliser les populations et de faire bénéficier davantage d'enfants des vaccins essentiels. Pourtant, des problèmes existent dans la plupart des pays et la qualité et la couverture des programmes de vaccination est variable d'un point à l'autre de la Région. Si nous ne supprimons pas ces disparités, nous ne pourrons pas venir à bout de ces meurtrières maladies de l'enfant. La poliomyélite sévit toujours dans certaines zones d'Afghanistan et du Pakistan, mais des mesures encourageantes ont été adoptées l'an passé. L'OMS et ces deux pays ont fait de l'éradication de cette maladie un objectif à atteindre

d'urgence, et mis en place des plans d'action d'urgence. Cette dynamique doit être maintenue pour assurer une mise en œuvre rapide de ces plans, une surveillance et l'identification sans délai des obstacles, de façon à les surmonter.

La nécessité de renforcer les systèmes de santé se trouve au cœur des défis sanitaires de la Région. Tous les pays connaissent des difficultés majeures dans ce domaine. Il est clair qu'un modèle unique ne suffira pas pour agir sur toutes les composantes des systèmes nationaux de santé, qui sont des entités complexes, ni à prendre en compte les divers besoins de tous les pays de la Région. En effet, les conditions socioéconomiques, le profil épidémiologique et démographique, les infrastructures, les besoins en matière de personnel et les dépenses de santé diffèrent d'un État Membre à un autre. Le degré d'intégration horizontale au sein du secteur de la santé, de même que l'étendue de la collaboration avec les autres secteurs sont également divers, ce qui revêt une importance tout aussi grande. Je crois néanmoins que des approches claires, fondées sur des bases factuelles, peuvent être utilisées pour offrir une vision et des orientations partagées susceptibles d'aider les États Membres à renforcer leurs systèmes de santé actuels. Je me réjouis de collaborer prochainement avec les ministres de la Santé pour déterminer la meilleure voie à suivre dans chaque pays.

Il me serait impossible d'ignorer le formidable élan en faveur du changement politique et social qu'a connu la Région en 2011. Cette exigence populaire d'égale participation aux actions qui façonnent l'avenir d'un pays et à la prise des décisions qui influent sur le développement individuel, communautaire et national est le résultat de l'existence d'inégalités sociales. L'OMS a d'ailleurs exprimé de longue date son inquiétude vis-à-vis des conséquences de ces inégalités sur la santé des populations. Le rapport 2008 de la Commission de l'OMS sur les déterminants de la santé l'a explicitement souligné. La pauvreté, le faible accès à l'éducation et à l'emploi, et l'absence de protection sociale universelle contre la souffrance due à la maladie et à un mauvais état de santé ont été identifiés comme des déterminants fondamentaux de la santé. La corrélation entre santé, éducation, conditions socioéconomiques, droits de l'homme et développement national à long terme est à présent fermement établie. En tant que force motrice du secteur de la santé, nous avons un rôle majeur à jouer, au moyen d'une collaboration étroite avec les autres secteurs pour faire avancer la cause de la santé des populations et du développement durable dans la Région.

Les bouleversements politiques et sociaux ont eu des conséquences immédiates en termes d'augmentation de la violence, de l'insécurité et du chômage, qui à leur tour ont sérieusement ébranlé le bien-être physique et mental des populations. L'OMS est présente pour agir sur ces deux fronts. Premièrement, l'Organisation, par son rôle de direction du groupe Santé des Nations Unies dans les divers pays, effectue un suivi des événements à mesure qu'ils se déroulent et fournit son soutien à une riposte aux situations d'urgence. Deuxièmement, elle œuvre avec les ministères de la Santé concernés, en vue de réharmoniser les priorités et de réviser les approches dans le secteur de la santé. Nous ne sommes qu'au début du processus de changement et continuerons à plaider avec force pour une vision équitable des soins de santé. Enfin, nous nous trouvons face à une opportunité sans précédent de façonner l'avenir de la santé dans la Région.

Ce document est le premier rapport annuel sur l'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale depuis que j'ai pris mes fonctions en février 2012. Il a été préparé sur la base des mêmes principes et en reprenant la même structure qu'au cours des années précédentes.

J'attends avec impatience vos vues sur ce rapport et sur les améliorations qu'il est possible d'y apporter afin qu'il soit plus utile aux États Membres. Au cours des semaines suivant mon arrivée en poste, j'ai souhaité que les États Membres, experts et collègues expriment leurs opinions au sujet des priorités de la Région et des moyens que nous devrions collectivement mettre en œuvre pour y faire face. Le résultat est consigné dans un document intitulé « L'avenir de la santé dans la Région OMS de la Méditerranée orientale », qui expose cinq domaines prioritaires dans lesquels nous pouvons et devons faire des progrès au cours des cinq prochaines années : les systèmes de santé, la santé maternelle et infantile, les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles et la préparation aux situations d'urgence et l'intervention. J'ai pris des mesures pour adapter la structure et les priorités du Bureau régional et des bureaux de pays à ces nouvelles réalités. Le processus de réforme continu de l'OMS soutiendra sans aucun doute nos efforts. Je me réjouis d'œuvrer avec les États Membres à l'exécution de ce programme d'action et aurai plaisir à vous faire part des défis et des progrès réalisés à mesure que nous avancerons.

Ala Alwan
Directeur régional
de la Méditerranée orientale

Résumé d'orientation

Développement et sécurité sanitaires

- De manière générale et malgré l'instabilité politique qui a touché plusieurs pays, les réalisations antérieures dans le domaine de la lutte contre les maladies transmissibles ont été maintenues, en particulier grâce à la coordination et la collaboration renforcée avec les pays.
- En ce qui concerne la lutte contre les maladies évitables par la vaccination, leur élimination et éradication, la réalisation des résultats escomptés au niveau régional était ponctuelle pour la majorité des indicateurs en 2011. Du fait de la situation prévalant dans la Région, une certaine diminution dans la couverture vaccinale systématique a été observée en Libye, en République arabe syrienne et au Yémen ; toutefois seize pays ont atteint la cible de 90 % pour la couverture vaccinale systématique et trois autres pays sont en passe d'atteindre cette cible. Une augmentation significative de la couverture par la vaccination systématique a été obtenue en Somalie. Bien que la cible de l'élimination de la rougeole n'ait pas été atteinte en 2010, neuf pays sont en passe de valider l'élimination de cette maladie. Toutefois, l'Afghanistan, le Pakistan et le Soudan ont connu des flambées de rougeole du fait de retards dans la mise en œuvre des campagnes de suivi. De nouveaux vaccins ont été introduits dans plusieurs pays, faisant passer le nombre de pays qui utilisent les vaccins anti-Hib, antipneumococcique et antirotavirus à 18, 8 et 4, respectivement. Le Bureau régional s'efforce de développer davantage les introductions de nouveaux vaccins, notamment dans les pays à revenu intermédiaire, par la mise en place d'un système d'achat régional groupé de vaccins, la sensibilisation et le renforcement des capacités nationales pour la prise de décision fondée sur des bases factuelles. La célébration de la deuxième semaine régionale de la vaccination a connu le succès en avril 2011.
- La Région continue ses progrès sur la voie de la réalisation de l'objectif d'éradication de la poliomyélite. Tous les pays, sauf l'Afghanistan et le Pakistan, sont libérés de la poliomyéllite. L'engagement des dirigeants politiques de haut niveau pour atteindre cette cible a été plus visible en 2011 mais les importants problèmes qui restent à régler nécessitent une action concertée et fortement coordonnée de la part des gouvernements et des partenaires internationaux. Les groupes consultatifs techniques régionaux et sous-régionaux ont continué de conseiller sur l'adéquation des stratégies pour atteindre cette cible. Dans les pays libérés de la poliomyélite, des mesures d'atténuation ont été prises pour maintenir ce statut. En Somalie, les efforts déployés pour se procurer un accès aux enfants actuellement inaccessibles se sont poursuivis. Au Yémen, une journée nationale de la vaccination a été organisée dans ce but. Des efforts sont effectués pour intensifier la coopération entre les régions de l'OMS. Le système régional de surveillance de la PFA a continué de fonctionner conformément aux normes internationales acceptées. Obtenir un financement adéquat pour les activités de vaccination supplémentaires, et gérer l'engagement politique continu dans les pays endémiques et dans les pays exempts de poliomyélite figuraient parmi les principaux défis pour le programme. En 2012, la première priorité sera d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan. Au Pakistan, l'accent sera mis principalement sur la mise en oeuvre totale du

plan d'action d'urgence national, et en Afghanistan, une attention particulière sera accordée aux périodes de trêve, à la supervision stricte et à l'obligation redditionnelle basée sur la performance.

- Des réalisations similaires ont été obtenues dans la lutte contre les maladies tropicales négligées. En 2011, les cas de dracunculose (maladie du ver de Guinée) ont diminué de 42 % par rapport à l'année précédente, avec aujourd'hui plus de 75 % du nombre total de cas provenant d'un état au Soudan du Sud. La cible d'élimination (prévalence inférieure à 1 pour 10 000) a été maintenue dans tous les pays sauf au Soudan du Sud, et certains districts d'Égypte, du Soudan et du Yémen, où la situation doit faire l'objet d'une nouvelle évaluation. Les activités régionales pour la schistosomiase ont été légèrement perturbées par la situation politique. Néanmoins, du praziquantel a été fourni à plus d'un million et demi de personnes au Yémen. Seuls deux pays, le Soudan et le Soudan du Sud, demeurent hyperendémiques pour la schistosomiase. En ce qui concerne la filariose lymphatique, l'Égypte a mis au point des outils sensibles nécessaires à la surveillance post-administration massive de médicaments. Le Soudan a effectué une nouvelle cartographie de la maladie et s'apprête à mettre en route le programme de lutte par administration massive de médicaments. Au Soudan du Sud, le nouveau protocole de traitement pour la trypanosomiase humaine africaine a été introduit pour les patients à un stade avancé dans tous les centres admettant ce type de patients et l'OMS a fourni des kits diagnostiques gratuits. Toutefois, le nombre de nouveaux cas détectés est bien en deçà des attentes, et ce, principalement du fait de la réduction des activités de lutte en raison de l'absence de partenaires pour la mise en œuvre du programme.
- Le nombre de flambées épidémiques majeures a été considérablement réduit, et il y a eu de grandes améliorations dans la détection, la riposte et la lutte contre ces flambées. La flambée de dengue au Pakistan a été l'événement le plus important de 2011, et la dengue continue de poser la plus forte menace pour la sécurité en matière de santé publique dans la Région. Le Bureau régional prend cette menace très au sérieux et a mis en route plusieurs interventions pour aider les ministères de la santé à renforcer les systèmes de surveillance pour une alerte précoce sur les maladies et améliorer la préparation aux flambées épidémiques et leur gestion, notamment pour les pays connaissant une crise humanitaire.
- Les principales capacités nationales pour le Règlement sanitaire international 2005 se sont améliorées avec la mise en route des missions d'évaluation et de sensibilisation de l'OMS. La fourniture et la traduction des lignes directrices, documents d'orientation et procédures opérationnelles standardisées à ce sujet ont facilité la mise en oeuvre des activités au niveau des pays. La coordination a été encouragée entre les différents partenaires impliqués dans la mise en œuvre du Règlement. Le suivi des principales capacités nationales par les points focaux nationaux, pour satisfaire les exigences fixées d'ici au 15 juin 2012, a représenté un défi de taille. L'OMS a fourni un soutien aux pays qui ne satisferont pas à ces exigences à temps pour demander une prolongation pour une période supplémentaire de deux ans, jusqu'au 15 juin 2014. Le Bureau régional continuera à fournir un appui aux pays pour combler les lacunes en matière de capacités principales estimées, pour appliquer les recommandations du comité d'examen du Règlement sanitaire international, et maintenir les capacités atteintes jusqu'à présent.

- L'épidémie de VIH a poursuivi l'expansion qu'elle a connue lors de la précédente décennie. Le nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH était de 560 000 en 2010. Bien que la prévalence globale demeure basse (0,2 %), le nombre estimatif annuel de nouvelles infections était de 82 000 nouvelles infections (dont 7400 enfants) en 2010, ce qui place la Méditerranée orientale dans les deux premières régions du monde ayant l'augmentation la plus rapide de l'épidémie de VIH. Les décès liés au sida augmentent également, atteignant un nombre estimatif de 38 000 en 2010. Les informations épidémiologiques locales dans les pays s'améliorent et indiquent une augmentation des infections chez les personnes ayant un comportement à haut risque et leurs partenaires. La disponibilité, l'accessibilité et la qualité des interventions du secteur de la santé varient considérablement entre les pays. L'accès au traitement s'est amélioré régulièrement, avec une augmentation avoisinant 25 % entre 2009 et 2010. Toutefois, la Région continue d'afficher la plus faible couverture de toutes les régions en ce qui concerne les principales interventions du secteur de la santé en matière de VIH, y compris la couverture par le traitement. Souvent, les approches actuelles visant à augmenter la couverture des services de prévention et de test du VIH pour les personnes à risque et la couverture par le traitement des personnes vivant avec le VIH ne sont pas suffisamment efficaces. Toutefois, des exemples de stratégies et de modèles de prestation de service ayant permis d'atteindre ceux qui en ont besoin apparaissent dans la Région.
- Des progrès considérables ont été effectués sur la voie de l'élimination du paludisme en Arabie saoudite, en République islamique d'Iran et en Iraq. Les sept autres pays endémiques ont augmenté leur couverture grâce aux principales interventions de lutte antivectorielle et de traitement même s'ils restent bien en deçà de la cible des 80 %. L'accès limité aux établissements pratiquant le diagnostic parasitologique et la mauvaise qualité de ces établissements dans ces sept pays nécessitent une action de toute urgence. Pour atteindre la cible de la couverture universelle, les services de diagnostic et de traitement doivent être développés dans le secteur privé et la communauté, avec une bonne formation et supervision. La propagation de la résistance aux insecticides dans de nombreuses zones de la Région constitue une grande menace. Une action coordonnée est nécessaire pour élaborer un plan global pour le suivi, la prévention et la gestion de la résistance aux insecticides. La survenue de flambées épidémiques localisées de paludisme dans certains pays exempts de cette maladie met en évidence la faiblesse des systèmes de surveillance et de vigilance. Avec l'augmentation des mouvements de population, l'importation du paludisme et les complexités politiques, des mesures urgentes sont nécessaires pour éviter tout échec.
- En 2010, la charge tuberculeuse dans la Région a été classée comme étant faible à intermédiaire, 421 834 cas ayant été notifiés, ce qui représente 7 % de la charge mondiale. Environ 61 % de ces cas ont été notifié par un pays, à savoir le Pakistan. Le taux régional de dépistage a connu une amélioration et a atteint 63 % en 2010 ; il n'a par conséquent pas encore atteint la cible (70 %). Néanmoins, 88 % de la cohorte de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif en 2009 ont été guéris (dépassant la cible de 85 %). Le taux régional de dépistage pour les cas de tuberculose multirésistante continue d'être faible (5,9 %) avec seulement 829 cas notifiés sur un total de 14 000 cas estimés. Ceci est dû principalement à la capacité limitée de prise en charge de la tuberculose multirésistante au niveau des pays, et à sa complexité. En outre, le programme fait face à des contraintes financières qui peuvent mettre en

péril ses principales réalisations à l'avenir. En conséquence, l'accent sera mis sur l'amélioration des notifications, l'intensification de la prise en charge de la polypharmacorésirance, la revitalisation de l'initiative d'élimination de la tuberculose, et la mise en place de stratégies pérennes d'un bon rapport coût-efficacité pour éviter le recours excessif au Fonds mondial.

- Le domaine de la maîtrise et de la prévention des maladies non transmissibles dans la Région a connu un renforcement important de par la Déclaration politique de l'Assemblée générale en septembre 2011, qui a représenté un événement historique. Dans la lignée de cet événement marquant, l'attention apportée à la priorité accordée aux maladies non transmissibles au niveau régional a été prise en compte dans toutes les consultations et conférences régionales. Un nombre croissant de pays ont élaboré des plans d'action sur les maladies non transmissibles conformément au plan d'action de l'OMS, faisant porter le total à neuf pays, bien que la mise en oeuvre de ces plans ait été variable. La surveillance des facteurs de risque a augmenté. L'enquête e-STEPS a été achevée dans trois nouveaux pays, portant le total à 18. Les capacités techniques pour la surveillance demeurent faibles dans la plupart des pays. Un appui technique pour la mise en œuvre d'un ensemble d'interventions essentielles pour les maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires a été fourni dans trois pays. En outre, un soutien technique a été apporté à six pays pour le dépistage des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires. La collaboration avec des partenaires régionaux et internationaux pour les programmes de lutte contre le cancer s'est orientée sur l'évaluation des cancers, la formation aux soins palliatifs et le renforcement du dépistage du cancer du sein. Le Bureau régional s'est engagé à soutenir les pays dans la mise en œuvre de la Déclaration politique sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles dans la Région. Le Bureau régional a continué à fournir un appui à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, notamment les directives sur le sevrage tabagique et le soutien au traitement de la dépendance tabagique.
- Sur la base des éléments de preuve générés par l'évaluation des systèmes de santé mentale nationaux à l'aide de l'instrument d'evaluation des systèmes de santé mentale nationaux (IESM-OMS) et l'ATLAS régional sur la santé mentale, une stratégie régionale sur la santé mentale et les toxicomanies a été mise au point et a été approuvée par le Comité régional. On a observé une augmentation des dépenses pour la santé mentale en proportion des budgets de santé, et la part des dépenses consacrées aux soins institutionnels a été considérablement réduite dans la Région, passant de plus de 65 % à 38 % pour les dépenses totales en faveur de la santé mentale. L'appui technique à l'élaboration des stratégies et de la législation s'est poursuivi. On a mis en route le renforcement des capacités pour l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires en Jordanie et au Soudan. Un appui pour la santé mentale et un soutien psychologique ont été fournis en Égypte, en Jordanie, en Libye et en République arabe syrienne ; le renforcement des capacités pour les premiers soins psychologiques a bénéficié d'un soutien dans la région du Darfour au Soudan.
- L'instabilité dans la Région est venue s'ajouter à l'énorme charge de traumatismes et d'incapacités qui existe déjà. L'impact exact doit encore être évalué. La Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 a été lancée au niveau régional et dans de nombreux pays. L'exercice pour le deuxième rapport mondial sur la sécurité routière a été réalisé par 20 pays, et des plans préliminaires sont en cours d'établissement sur la base des conclusions

de ce rapport. Un cadre stratégique pour la prévention des traumatismes chez l'enfant et l'adolescent a été mis au point et une initiative régionale pour améliorer les programmes de formation en prosthétique et orthoptique a continué son action. Les directives sur la réadaptation communautaire et le Rapport mondial sur le handicap ont été traduits en arabe. Le Bureau régional a poursuivi son appui aux pays pour développer ou renforcer la surveillance des traumatismes et les enregistrements des incapacités, pour planifier la lutte contre les incapacités et les traumatismes et leur prévention de manière plus efficace et pour améliorer la prise en charge des traumatismes et les services de réadaptation. Le Bureau régional continuera à appuyer les pays dans la mise en place d'une planification nationale efficace, qui intègre les soins oculaires et auditifs aux plans de développement sanitaire plus larges, développe les ressources humaines, renforce les infrastructures destinées à la mise en œuvre de programmes de soins oculaires et auditifs efficaces, et contribue à la promotion d'un soutien plus large au développement international. Une attention particulière est accordée à cet égard aux pays prioritaires tels que l'Afghanistan, le Soudan, la Somalie et le Yémen.

- La réalisation de l'accès et de la couverture universels par le biais d'interventions de santé publique efficaces dans le but d'améliorer la santé génésique et maternelle et la santé du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, et promouvoir un vieillissement actif et en bonne santé pour tous les individus continue d'être confrontée à des défis majeurs. Un engagement politique plus fort est nécessaire ainsi que des ressources supplémentaires tant au plan financier qu'humain pour la promotion de la santé des populations vulnérables, notamment les femmes et les enfants. Toutefois, certains pays ont eu des expériences réussies. L'Égypte, notamment, a réalisé de grandes avancées en ce qui concerne les Objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement. Les réseaux des villes-amies des aînés et les centres de soins de santé primaires respectueux des besoins des personnes âgées, qui représentent un modèle pour la promotion de modes de vie sains chez les personnes âgées, se répandent à travers toute la Région. Le Bureau régional a élaboré un ensemble de mesures destinées à renforcer les services nationaux en matière de santé scolaire. Un guide régional pour la conduite d'analyses de situation sur la santé de l'adolescent a été publié afin d'appuyer les pays dans le processus de mise en œuvre de programmes liés à la santé de l'adolescent. Le Bureau régional continuera à préconiser des initiatives visant à accorder une priorité à la santé de la mère et de l'enfant dans les programmes de santé publique des États Membres et d'y consacrer les ressources humaines et financières nécessaires. Une attention particulière sera accordée à la promotion de l'approche intégrée des soins de santé primaires, au renforcement de l'enregistrement et de la surveillance des registres d'état civil, à l'amélioration de la coordination et de la collaboration avec d'autres domaines d'action pertinents en matière de santé publique ainsi que le recueil et le partage d'expériences réussies.
- Un nombre sans précédent de pays ont été touchés par diverses catastrophes dans la Région. L'OMS a continué de soutenir les pays par le biais d'un cadre général d'action de santé publique d'urgence et de relèvement accéléré. Cela a demandé un appui organisationnel considérable pour la mise en place d'opérations dans les zones touchées et la réponse aux besoins liés à la santé publique au sein des communautés affectées. Face à ces demandes croissantes, et pour venir en appui des ministères de la santé, les partenaires de l'action de santé mondiale ont eu recours au Groupe Santé comme moyen de coordonner la prestation des services de santé

essentiels et pour renforcer les programmes de santé publique préventifs. Les partenariats humanitaires régionaux élargis, qui se sont développés grâce au Groupe Santé, ont permis d'optimiser le temps d'intervention et d'améliorer l'appui technique apporté aux pays en situation de crise. Les activités de renforcement des capacités, portant notamment sur la prévention des catastrophes, ont été menées aux niveaux national et régional. Le premier programme régional de communication sur les risques pour la santé a été mis au point pour les enfants scolarisés, en collaboration avec la Stratégie internationale des Nations unies pour la prévention des catastrophes naturelles (UNISDR). L'OMS a entrepris l'élaboration d'un nouveau cadre opérationnel destiné à orienter son action future lors des opérations d'urgence et de sécurité sanitaire. Le prochain exercice biennal portera essentiellement sur la mise au point et l'expérimentation de systèmes permettant de gérer les débuts de situation grave dans la Région. Les capacités organisationnelles de gestion de tels événements au niveau national seront consolidées en insistant fortement sur la gestion des connaissances et des informations et en proposant les meilleures pratiques qui soient en matière de santé publique.

- Afin de réduire la mortalité et la morbidité liées aux facteurs de risque associés au tabac, à l'alcool, à l'usage de drogues et d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque, il est nécessaire de mettre l'accent sur le renforcement de l'engagement politique de haut niveau, les interventions législatives et l'élaboration de politiques de santé publique. Cela vaut particulièrement pour les domaines liés à la réglementation de la commercialisation des aliments et des boissons destinés aux enfants, la prestation de services de prévention, de traitement des toxicomanies et de réadaptation, ainsi que l'élargissement du réseau et le renforcement des partenariats en matière de promotion de la santé et d'éducation sanitaire à tous les niveaux. Il est d'une grande nécessité de réduire la consommation de tabac en intensifiant la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, en adoptant notamment les mesures les plus efficaces proposées dans ses directives.
- Les pays reconnaissent l'importance de la salubrité de l'environnement pour réduire la double charge des risques environnementaux traditionnels et nouveaux qui pèsent sur la santé. Toutefois, de nombreux ministères de la santé n'ont pas encore identifié les déterminants environnementaux de la santé comme priorités essentielles pour l'amélioration de la santé publique. Selon les estimations de l'OMS, plus d'un million de décès pourraient être évités dans la Région chaque année si des interventions appropriées étaient disponibles dans le domaine de la salubrité de l'environnement. La Région est toujours aux prises avec les problèmes de salubrité de l'environnement traditionnels, tels que la gestion des déchets solides et liquides, et la pollution de l'air ambiant intérieur et extérieur. Les politiques de salubrité de l'environnement sont insuffisantes et la sensibilisation du public pour influencer ces politiques est faible. La diminution de la disponibilité et de la qualité de l'eau, l'accroissement des populations, les modifications rapides des modes de vie, l'urbanisation, le caractère non durable de la consommation énergétique et l'utilisation inefficace des ressources hydriques constituent des préoccupations majeures en matière de santé publique. Les catastrophes naturelles et d'origine humaine et le changement climatique aggravent la plupart de ces problèmes et exacerbent l'impact qu'ils ont sur la santé publique. Des mesures sont nécessaires, tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs pour s'attaquer

aux risques liés à la salubrité de l'environnement. Les pays doivent développer des plans nationaux de préparation en matière de salubrité de l'environnement pour les situations d'urgence et améliorer l'accès à l'information pour la recherche et la prise de décision. Pour que l'action du secteur de la santé soit efficace, les risques doivent être réduits/maîtrisés dans les secteurs et les environnements où ils surviennent, tels que les maisons, les écoles, les lieux de travail et les villes, ainsi que dans les secteurs de l'énergie, du transport, de l'industrie et de l'agriculture.

- La prévalence de la malnutrition est alarmante et celle-ci est considérée comme sévère dans de nombreux pays à revenu faible, notamment en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie et au Yémen où plus de 50 % des enfants âgés de moins de 5 ans souffrent d'un retard de croissance. La situation s'est aggravée du fait des situations d'urgence, des conflits internes et de la crise financière dans la Région. Les maladies chroniques liées à l'alimentation et à l'obésité coûtent très cher et contribuent à accroître la morbidité et la mortalité, notamment dans les pays à revenu élevé. Assurer la sécurité sanitaire des aliments et l'élimination des maladies d'origine alimentaire compte toujours parmi les défis majeurs dans tous les pays. Conformément à la stratégie régionale en matière de nutrition, la plupart des pays ont élaboré des plans d'action nationaux afin de s'attaquer au double fardeau de la malnutrition. Le renforcement des capacités en matière de prise en charge de la malnutrition sévère, de prévention et d'élimination de l'obésité et de surveillance nutritionnelle ont été introduits dans tous les pays. Le Bureau régional travaillera en étroite collaboration avec les pays afin de s'assurer de l'application des plans fonctionnels de mise en œuvre pour lutter contre les troubles nutritionnels et les maladies d'origine alimentaire, institutionnaliser la surveillance des systèmes et renforcer les capacités nationales en matière de nutrition et de sécurité sanitaire des aliments.

Renforcement des systèmes de santé

- L'engagement politique à haut niveau, la participation et l'esprit d'initiative de la communauté, et la collaboration intersectorielle sont nécessaires pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé, et d'atteindre les objectifs d'égalité des sexes et d'équité en santé, et parvenir à la pleine réalisation du droit à la santé. La répartition inégale des ressources, l'urbanisation rapide, l'insuffisance de la sécurité sociale pour les pauvres, les inégalités entre les sexes, et la crise financière sont les principaux éléments qui contribuent aux disparités en matière d'accès et d'utilisation des services sociaux et sanitaires et à l'augmentation du nombre de personnes vulnérables. Le Bureau régional soutient les pays dans la mise en place d'une collaboration intersectorielle efficace en vue de l'élaboration de politiques nationales de santé et de développement qui soient axées sur l'équité, la parité homme-femme et les droits de l'homme. Le renforcement des capacités, les informations opérationnelles sur les inégalités entre les sexes et en matière de santé et le renforcement de la riposte du secteur de la santé à la violence sexiste constitueront des priorités dans l'activité durant la période biennale 2012-2013.

- L'importance des systèmes de santé pour contribuer à l'amélioration des résultats sanitaires ne fait aucun doute. Néanmoins, de nombreux problèmes persistent pour améliorer les performances des systèmes de santé et leurs différentes composantes dans la Région. Les pays réalisent que davantage doit être fait pour garantir que les systèmes de santé aient un financement convenable, qu'ils soient dotés de ressources suffisantes, qu'ils soient suivis pour assurer une prestation de services de santé efficace et que les politiques soient formulées et les plans mis au point en fonction de bases factuelles fiables.
- Des domaines clés pour le renforcement des systèmes de santé ont bénéficié d'un appui. Parmi ces domaines, il y avait notamment la mise au point et le renforcement des politiques et des plans nationaux stratégiques en matière de santé ; la promotion des politiques de transparence et de bonne gouvernance ainsi que la promotion de la protection sociale en matière de santé et des comptes de santé nationaux ; la collaboration intersectorielle pour lutter contre les déterminants sociaux et économiques de la santé ; le renforcement des compétences du personnel national notamment par la mise en place de modules et de séminaires-ateliers de formation. On trouvait également le suivi de la mise en œuvre des initiatives mondiales visant à renforcer les systèmes de santé dans les pays concernés ; le renforcement de la gouvernance et de la planification des ressources humaines au niveau national ; la formation d'infirmières, de sages-femmes et de personnels de santé apparentés ainsi que le développement de leurs compétences de direction et de gestion. Les autres domaines concernaient l'octroi d'accréditations pour la formation aux professions de santé afin de garantir l'obtention du diplôme uniquement par les praticiens compétents ; la mobilisation des ressources régionales pour venir en appui du Plan stratégique régional (2010-2015) pour la mise en œuvre de plans de prestations de services fondés sur les soins de santé primaires ; et la création de partenariats et de coalitions avec d'autres partenaires stratégiques afin de répondre aux besoins des pays en matière de renforcement des systèmes de santé et de développement des services de santé.
- De nombreux pays souffrent encore de ne pas avoir accès aux dernières informations sanitaires. Le principal défi pour la Région consiste à renforcer la disponibilité d'informations biomédicales et sanitaires valides et actualisées et à améliorer l'accès à ces dernières. Les capacités régionales pour rationnaliser l'utilisation des ressources d'information sanitaires se sont considérablement améliorées, mais elles doivent faire l'objet de davantage d'efforts. Le développement des réseaux de cyberbibliothèques et de bibliothèques médicales est une étape essentielle pour améliorer la gestion et le partage du savoir. Le renforcement des capacités régionales en matière de publication de revues médicales de qualité s'est poursuivi au cours de l'année écoulée. Le Bureau régional a continué d'œuvrer à la promotion d'une culture de la recherche pour la santé aux niveaux national et régional. Le Comité régional a adopté les orientations stratégiques pour l'intensification de la recherche pour la santé dans la Région, et une consultation a recommandé la mise en place d'un registre régional des essais cliniques. L'observatoire régional de la santé s'est développé, en incorporant des informations statistiques provenant de tous les domaines techniques. L'action de sensibilisation pour l'adoption de politiques nationales en faveur des soins de santé primaires, y compris l'accès universel, va se poursuivre. Des efforts particuliers seront déployés pour plaider en faveur d'une approche fondée sur la médecine familiale au cœur du développement des systèmes de santé et la prestation de soins de santé.

- Dans la Région, le secteur public dépense environ 50 % du budget ordinaire de la santé publique en produits et services médicaux sous la forme de sang, médicaments, vaccins, dispositifs, examens cliniques et procédures chirurgicales. Mais la capacité des systèmes nationaux actuels à gérer ces technologies de la santé est extrêmement faible, car ceux-ci manquent de fonds comme de personnel. Cette faiblesse pose un problème opérationnel et politique de plus en plus visible dans de nombreux pays, en particulier ceux qui sont confrontés à des situations d'urgence complexes et à des catastrophes. En tant que ressource importante du système des soins de santé, les technologies de la santé devraient être correctement gérées et utilisées afin de permettre des interventions sanitaires efficaces. Or, l'évaluation de la situation régionale révèle d'importants problèmes de disponibilité, d'équité de l'accès, de pertinence et d'accessibilité économique des technologies de la santé ainsi que de responsabilisation. Pour surmonter ces difficultés, une approche globale de systèmes de santé doit être adoptée. Cette approche comprend les éléments suivants : la mise en place de mécanismes d'achat et de fourniture transparents, l'élaboration de profils spécifiques aux pays appropriés, la promotion des concepts de transparence et de bonne gouvernance, l'usage rationnel et le renforcement des capacités. Certaines mesures ont été prises dans ce sens, dont les suivantes : l'élaboration de stratégies de gestion des technologies de la santé ; la préparation de règlements et le renforcement des autorités nationales de réglementation ; la garantie d'une bonne qualité et de normes de sécurité ; la promotion de politiques sur la transparence et la bonne gouvernance ; la diffusion de lignes directrices, d'instruments et de normes pour les bonnes pratiques ; la réalisation d'études d'examen fonctionnel sur les programmes nationaux existants dans le domaine des technologies de la santé ; la promotion des concepts de bonnes pratiques de fabrication (BPF) pour la qualité et la sécurité des produits médicaux manufacturés ; la production d'un programme d'action pour la recherche à l'intention des fabricants ; et le renforcement des capacités. D'autres efforts sont nécessaires pour identifier et surmonter les problèmes nationaux et régionaux. Un partenariat et des coalitions avec d'autres partenaires stratégiques pour identifier les intérêts communs, les mécanismes de financement et les ressources potentielles seront nécessaires pour garantir la pérennité du soutien technique de l'OMS.

Partenariats et performance de l'OMS

- L'année 2011 a constitué une période difficile et éprouvante pour le Bureau régional du fait de la situation complexe à laquelle sont confrontés 13 États Membres, dont le pays hôte, l'Égypte. Malgré ces difficultés ainsi que la persistance de la crise financière, l'OMS a continué à renforcer sa présence dans les pays, à promouvoir des partenariats fonctionnels et à impliquer les États Membres dans l'activité des organes directeurs. Il est devenu prioritaire pour le Bureau régional de trouver des moyens novateurs pour la communication en santé et de renforcer les partenariats avec toutes les parties prenantes, et ceci a entraîné une augmentation de l'utilisation des médias sociaux en tant que moyen visible de diffuser les messages de l'OMS à une audience plus large. Le Bureau régional a continué à relever les défis en matière de gestion et de partage des connaissances en améliorant l'accessibilité et la disponibilité des connaissances en santé, ainsi qu'en prônant le recours aux ressources d'information électroniques. Le projet majeur de transformation et de remaniement du site

Web du Bureau régional s'est poursuivi et un nouvel Intranet a été lancé. L'OMS a poursuivi sa forte collaboration avec les États Membres pour améliorer la situation sanitaire et atténuer l'effet des situations d'urgence dans la Région, montrant son engagement à jouer un rôle moteur et à encourager des partenariats.

- La disparité existant entre les fonds et les ressources humaines disponibles d'une part, et leur répartition dans l'Organisation d'autre part, demeure problématique. L'une des priorités est donc l'obtention de fonds et de mécanismes flexibles supplémentaires, permettant d'assurer une meilleure allocation des ressources disponibles. L'ampleur des troubles civils et des crises actuelles dans la Région a entraîné une hausse des coûts de la mise en œuvre des programmes. Des médicaments essentiels, des vaccins et d'autres fournitures médicales ont été livrées aussi rapidement que possible, y compris dans les zones où la sécurité est réduite. Le taux d'exécution final enregistré pour l'exercice 2010-2011 représentait 100 % de l'ensemble des fonds disponibles au titre du budget émanant des contributions fixées. L'exécution au titre des fonds provenant des contributions volontaires s'élevait à USD 411 millions, dépassant de plus de quatre fois le budget des contributions fixées. Si la mise à niveau des infrastructures des télécommunications et des technologies de l'information a été reportée à une date ultérieure, plusieurs renforcements ont été réalisés. En outre, la première phase de la mise en œuvre du projet « Global Synergy » au Bureau régional, qui alignera les systèmes de l'OMS dans tous les bureaux principaux, a été achevée. Les plans-cadres approuvés en matière d'équipement et de sécurité pour la Région ont été appliqués, jetant les bases d'un renforcement de la sécurité et d'un environnement de travail adéquat pour la mise en œuvre des activités programmatiques. Un certain nombre de mesures ont été introduites et ont permis au Bureau régional de faire face à la pénurie de ressources financières sans compromettre les services administratifs et logistiques.

Chapitre 1
Développement et sécurité sanitaires

1. Développement et sécurité sanitaires

Objectif stratégique 1 : réduire la charge sanitaire, économique et sociale des maladies transmissibles

Issues and challenges

Enjeux et défis

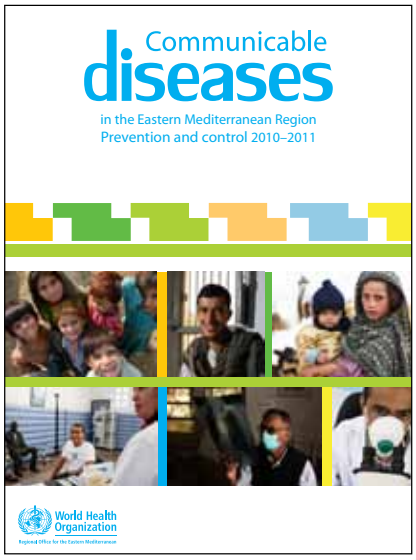
L'expansion de la dengue à de nouvelles zones géographiques a été confirmée en 2011 et l'infection transmise par des moustiques la plus répandue chez l'homme est maintenant devenue un problème de santé publique dans la Région, un nombre croissant de flambées épidémiques ayant été notifiées ces dernières années. Les facteurs de cette expansion comprennent l'urbanisation anarchique, le changement climatique et les mouvements de population. Il est donc nécessaire de mettre davantage l'attention sur la surveillance de la dengue et de son vecteur, ainsi que sur la notification et la préparation, y compris les interventions de lutte antivectorielle adéquates. L'étendue de ce problème de santé publique et la détérioration des tendances épidémiologiques nécessitent de toute urgence des efforts intenses coordonnés pour la prévention et la lutte. Prenant en considération la résistance d'*Aedes aegypti* aux insecticides courants, l'utilisation judicieuse et la gestion rationnelle des insecticides sont cruciales pour garantir la pérennité de la lutte contre la maladie.

L'année 2011 a vu la confirmation de l'amélioration remarquable réalisée dans les programmes de vaccination au cours des dernières années. La couverture par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) s'approche maintenant de 90 % ou dépasse ce niveau dans la majorité des pays et une amélioration considérable de la couverture par la vaccination systématique a été observée en Somalie et au Soudan du Sud. La moyenne régionale pour la couverture par le DTC3, sur la base des données notifiées par les pays, a atteint 88 % en 2010. La cible fixée pour la réduction de la mortalité rougeoleuse a été atteinte trois ans avant la date butoir ; plusieurs pays sont proches d'atteindre la cible de l'élimination de la rougeole et la surveillance de cette maladie en laboratoire fait l'objet d'un renforcement continu. L'introduction de nouveaux vaccins a connu un grand succès, notamment dans les pays à faible revenu. Toutefois, environ 1,8 million de nourrissons n'ont pas reçu la troisième dose du vaccin DTC, dont 90 % se trouvent dans sept pays (Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud, Yémen). L'objectif régional pour l'éradication de la rougeole n'a pas été réalisé à temps et la Région a connu une augmentation du nombre des cas de rougeole en 2010. Les pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure continuent d'accuser un retard dans l'introduction de nouveaux vaccins. Les situations d'urgence existantes et émergentes dans la Région, les variations des capacités techniques et gestionnaires, la différence de force des systèmes de santé, les priorités concurrentes, l'insuffisance de l'allocation financière gouvernementale et la faiblesse de la sensibilisation communautaire représentent toujours les principaux facteurs qui entravent l'accès aux populations ciblées.

En 2011, l'Afghanistan et le Pakistan étaient les deux seuls pays de la Région à notifier des cas de poliomyélite. La situation de la poliomyélite au Pakistan est grave et complexe. Les raisons de la poursuite de la circulation du poliovirus comprennent l'insécurité dans certaines zones et des problèmes de gouvernance et de gestion, notamment dans les zones infectées à haut risque. En Afghanistan, les cas survenus durant 2011 n'étaient pas limités à la région méridionale, mais s'étendaient à plusieurs autres provinces. L'engagement politique au plus haut niveau est indéniable mais il doit encore se traduire par des actions au niveau de la mise en œuvre. Certains pays de la Région courent plus particulièrement un risque élevé de survenue de cas suite à une importation, principalement à cause des faibles niveaux d'immunité chez les enfants. C'est en particulier le cas en Somalie où les enfants ciblés ont maintenant été privés de vaccination depuis deux ans du fait du refus du groupe Al-Shabab de permettre l'accès à ces enfants. Il est essentiel de maintenir des systèmes de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) très sensibles dans les pays d'endémie tout comme dans les pays exempts de poliomyélite. Obtenir un financement adéquat pour les activités de vaccination supplémentaires, et gérer l'engagement politique continu dans les pays endémiques et dans les pays exempts de poliomyélite représentent des défis pour le programme.

Dans le domaine de la lutte contre les maladies tropicales, bien que l'incidence des cas de dracunculose (maladie du ver de Guinée) ait continué à chuter, le défi a consisté à veiller à la notification continue et complète et la vérification adéquate des rumeurs, ainsi qu'à la documentation dans les zones qui ont été libérées de la maladie. Ces zones sont élargies en permanence et certaines demeurent peu sûres. La plupart des pays de la Région ont une très faible endémicité lépreuse. L'Égypte, le Maroc et le Yémen ont atteint la cible de l'élimination au

Distribution de fournitures médicales au Soudan du Sud à l'appui du programme de lutte contre la leishmaniose



niveau national mais ont toujours des districts où cet objectif pourrait ne pas avoir été réalisé. Les programmes de lutte contre la lèpre en Afghanistan, en Somalie, au Soudan et au Soudan du Sud sont touchés par les situations d'urgence et de sécurité complexes et doivent être renforcés. Outre la stigmatisation associée à la lèpre, la diminution des capacités nationales du fait de la rareté des cas de lèpre dans la plupart des pays constitue un problème important. Cette situation peut entraîner des retards dans le dépistage des cas et augmenter la possibilité de survenue d'incapacités. Dans les pays qui ont réussi à éliminer la filariose lymphatique (Égypte et Yémen) et ceux qui ont éliminé la schistosomiase ou atteint une faible endémicité (Arabie saoudite, Égypte, République islamique d'Iran, Libye et République arabe syrienne), il est nécessaire de renforcer les capacités et les compétences afin d'introduire de nouveaux outils sensibles pour vérifier et certifier l'élimination des deux maladies. La situation générale relative à la maladie du sommeil au Soudan du Sud demeure un sujet de préoccupation majeur puisque la plupart des partenaires impliqués dans la mise en œuvre du programme se sont retirés du programme ou ont réduit leurs activités sans qu'il n'y ait de remplacement par des nationaux. La flambée actuelle de leishmaniose viscérale au Soudan du Sud représente un énorme défi du fait du nombre important de personnes qui retournent vivre dans les zones de transmission et de l'insécurité qui entrave la mise en œuvre des activités de lutte.

Les maladies émergentes et réémergentes constituent une menace majeure pour la sécurité en matière de santé publique et peuvent entraver le développement socio-économique. Au cours de 20 dernières années, la Région a connu une augmentation marquée du nombre de flambées épidémiques et de pandémies causées par des maladies émergentes et réémergentes telles que la fièvre hémorragique alkhurma, la fièvre à virus Chikungunya, le choléra, la dengue, la fièvre Ébola, la grippe A/H5N1, la grippe pandémique A/H1N1 2009 et la fièvre de la Vallée du Rift. Cette situation a été exacerbée par une crise humanitaire chronique et aiguë dans de nombreux pays. Le Bureau régional a continué de soutenir les pays pour renforcer leurs capacités à dépister rapidement les menaces de flambées et de pandémies et y répondre de manière adéquate, outre la coordination de la riposte régionale et internationale à de telles flambées.

Suite à l'entrée en vigueur du Règlement sanitaire international 2005 le 15 juin 2007, un délai de cinq années avait été accordé aux pays pour évaluer et renforcer leurs capacités principales en vue d'une pleine mise en œuvre d'ici au 15 juin 2012. La principale préoccupation de l'OMS a été de maintenir des niveaux élevés de transparence et de partager des informations en temps opportun pendant certains événements pouvant être de portée nationale, régionale et internationale.

À cette fin, un accès a été fourni au Site d'information sur les événements pour les pays afin qu'ils puissent suivre tous les événements survenant dans le monde entier. Le renforcement des infrastructures du Règlement exige des bases solides. On peut y parvenir en favorisant l'autonomie des points focaux nationaux et en établissant des mécanismes de communication appropriés pour améliorer la coordination entre toutes les parties prenantes impliquées dans la mise en œuvre du Règlement. Le maintien de la surveillance et des capacités de riposte et le renforcement des capacités aux points d'entrée demeurent un défi majeur aux niveaux national, régional et mondial. La surveillance et le maintien des principales capacités, avant et après le 15 juin 2012, pour détecter, vérifier, notifier les événements et d'autres risques potentiels, et y riposter, dans le contexte du Règlement sanitaire, nécessiteront d'importants efforts nationaux, soutenus par l'OMS à tous les niveaux.

La biologie des vecteurs et la lutte antivectorielle ont continué d'être remis en cause par les capacités nationales limitées afin de coordonner et d'intensitier efficacement les interventions de lutte antivectorielle en vue de garantir la gestion rationnelle des pesticides et de contrôler la propagation de la résistance aux insecticides, notamment aux pyréthroïdes.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Dans le domaine de la *vaccination et des maladies évitables par la vaccination*, le niveau de 90 % pour la couverture systématique par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) a été atteint dans 16 pays. De plus, Djibouti et le Pakistan s'approchent de ce niveau. La détérioration de la situation sécuritaire dans plusieurs pays explique en grande partie le retard pris dans la réalisation de cet objectif. Le Bureau régional a concentré son soutien sur l'amélioration de la planification, le renforcement des capacités nationales, la sensibilisation et la mobilisation des ressources nécessaires pour mettre en œuvre les activités prévues. On a procédé au renforcement des capacités et à la mise à jour des plans globaux pluriannuels nationaux dans plusieurs pays. Un appui important a été apporté aux pays prioritaires, notamment la Somalie et le Soudan du Sud, afin d'atteindre tous les enfants au moyen d'approches adaptées, dont l'approche Atteindre chaque district, les journées de la santé de l'enfant et les campagnes d'accélération qui comportent la vaccination multi-antigènes et d'autres interventions pour la survie de l'enfant. Un soutien complet a aussi été fourni au Yémen pour une intervention de santé infantile intégrée, et au Pakistan pour renforcer la vaccination systématique et les capacités provinciales afin de répondre aux besoins du programme de vaccination suite à la décentralisation. Un examen approfondi du programme a été

Vaccination d'un enfant contre la rougeole dans un établissement de santé en Somalie

mené au Qatar. Le renforcement des capacités dans le domaine de la gestion des vaccins a été soutenu et une évaluation de la gestion des entrepôts de vaccins a été réalisée dans trois pays. La deuxième semaine régionale de la vaccination a été organisée en avril 2011 avec la participation de 19 pays, malgré la situation politique dans plusieurs pays.

Bien que la cible de l'élimination de la rougeole n'ait pas été atteinte en 2010 et que la date butoir ait été repoussée à 2015, plusieurs pays sont en passe de valider l'élimination de la rougeole. Quatorze pays ont réalisé une couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole de plus de 95 % au niveau national et dans la majorité des districts. Neuf pays ont notifié une incidence de la rougeole inférieure à 1 cas par million d'habitants en présence d'un système de surveillance sensible et pleinement opérationnel (Bahreïn, Égypte, Iraq, République islamique d'Iran, Jordanie, Oman, Territoire palestinien occupé, République arabe syrienne et Tunisie).

Des flambées de rougeole sont survenues en Afghanistan, au Pakistan, au Soudan et au Yémen. La situation a été aggravée par une rupture de stocks des vaccins contre la rougeole au Pakistan du fait de la décentralisation; à cette occasion, le Bureau régional a fourni trois millions de doses de ce vaccin. Dans toute la Région, 16 millions d'enfants ont été vaccinés dans le cadre des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaires de suivi, des journées de la santé de l'enfant et des campagnes d'urgence. Des ressources considérables ont été mobilisées pour ces campagnes, ainsi qu'un soutien technique, pour garantir une qualité élevée.

La surveillance de luarougeole en laboratoire basée sur les cas a été mise en œuvre dans tous les pays. Dix-neuf pays appliquent une surveillance au niveau national et le Pakistan est en voie de le faire, tandis que Djibouti, la Somalie et le Soudan du Sud réalisent une surveillance sentinelle. Les pays ont fait des progrès remarquables dans l'identification du virus de la rougeole en circulation du fait du renforcement des capacités du réseau de laboratoires spécialisés dans la détection et le génotypage du virus. Vingt pays ont identifié des génotypes locaux de la rougeole. L'appui du Bureau régional a représenté un facteur clé dans ces réalisations.

L'introduction de nouveaux vaccins a connu des succès sans précédent, notamment dans les pays à bas revenu. Le vaccin antipneumococcique conjugué a été introduit au Yémen et le vaccin antirotavirus au Soudan. Plusieurs pays ont obtenu l'accord de l'Alliance GAVI pour l'introduction de nouveaux vaccins : Djibouti pour les vaccins antipneumococcique conjugué et antirotavirus, l'Afghanistan pour le vaccin antipneumococcique conjugué, le Yémen pour le vaccin antirota virus, la Somalie pour le vaccin pentavalent et le Soudan pour une campagne utilisant le vaccin antiméningococcique conjugué. En ce qui concerne les pays à revenu intermédiaire, la vaccination anti-Hib a repris en Tunisie. Le nombre total de pays ayant introduit les vaccins anti-Hib, antipneumococcique et antirotavirus s'élève maintenant à 18, 8 et 4 respectivement. En outre, l'Iraq a mis en route les préparations nécessaires pour introduire les vaccins anti-Hib et antirotavirus en janvier 2012. Le Pakistan se prépare à introduire le vaccin antipneumococcique en 2012. L'introduction des vaccins antirotavirus et antipneumococcique conjugué en Libye avait été reportée du fait de la situation politique et devrait maintenant avoir lieu en 2012. Le soutien financier apporté par l'Alliance GAVI, ainsi que l'engagement national en faveur du

cofinancement par les pays à faible revenu et les allocations financières apportées par les pays à revenu intermédiaire, ont constitué les facteurs directs qui ont permis cette réalisation. De plus, un soutien important a été fourni par le Bureau régional. Ceci comprenait l'appui à l'évaluation de la charge de morbidité grâce au réseau de surveillance régional et l'utilisation des données générées à des fins de sensibilisation et de prise de décision fondée sur des bases factuelles, pour l'élaboration/l'actualisation des plans pluriannuels complets, la préparation des dossiers soumis à l'Alliance GAVI et la préparation de l'introduction de nouveaux vaccins. Le renforcement des capacités nationales et des groupes consultatifs techniques nationaux pour la vaccination était également englobé dans ce soutien.

Des efforts particuliers sont effectués pour mettre en place un système d'achat de vaccins groupé conformément à la demande des États Membres afin de faciliter davantage l'introduction de nouveaux vaccins, notamment dans les pays à revenu intermédiaire. Le réseau de surveillance régional pour l'évaluation de la charge de morbidité évitable par les nouveaux vaccins est en cours de renforcement. Conformément à la cible des indicateurs régionaux, 18 pays mettent actuellement en œuvre une surveillance de la méningite bactérienne et 8 pays appliquent en outre une surveillance d'autres infections invasives bactériennes (pneumonie et septicémie) ; 19 pays collectent des informations documentant la charge de morbidité du rotavirus. En ce qui concerne le suivi et l'évaluation du programme, la plupart des pays effectuent actuellement le suivi des données sur la vaccination au niveau du district et 19 pays ont renvoyé le formulaire de notification commun à l'OMS/l'UNICEF dans les délais convenus, ce qui est conforme à l'indicateur régional.

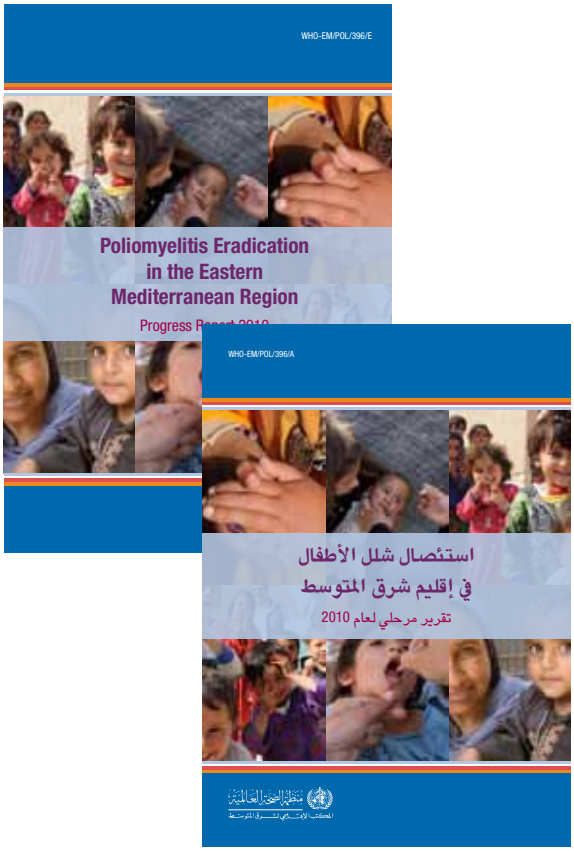
Malgré les nombreuses difficultés que rencontre l'*éradication de la poliomyélite*, la Région a poursuivi son cheminement vers la cible fixée. Tous les pays sont exempts de poliomyélite, sauf les deux pays d'endémie, l'Afghanistan et le Pakistan. L'engagement des dirigeants politiques de haut niveau pour atteindre cette cible a été plus visible en 2011. D'importants efforts et des initiatives significatives ont été mis en œuvre par le programme : il s'agit en particulier de l'utilisation appropriée du VPO bivalent, de l'introduction de doses supplémentaires à brefs intervalles, de la préparation de plans complets pour les sous-districts, de l'augmentation du personnel d'appui au niveau de la mise en œuvre, des améliorations du système de suivi grâce à l'introduction de l'assurance qualité des lots et de la maintenance d'un système de surveillance très sensible soutenu par un réseau de laboratoires pleinement opérationnels. Le Groupe consultatif technique régional ainsi que les groupes consultatifs techniques pour la Corne de l'Afrique, l'Afghanistan et le Pakistan ont continué à conseiller sur l'adéquation des stratégies actuelles, et à recommander des stratégies/approches supplémentaires pour atteindre la cible. Grâce à l'étroite collaboration et aux efforts de sensibilisation auprès des autorités nationales, l'éradication de la poliomyélite a été déclarée comme une urgence par les dirigeants pakistanais et afghans.

Le plan d'action d'urgence national pour le Pakistan ciblait 2011 pour l'interruption de la transmission. Toutefois, ce plan n'a pas été complètement mis en œuvre, notamment au niveau des livraisons, et la cible n'a donc pas été atteinte. Le Gouvernement pakistanais a développé le plan existant, mettant en œuvre des mesures correctives pour s'attaquer

aux problèmes, y compris la cohérence dans la vue d'ensemble gouvernementale, l'appropriation et l'obligation redditionnelle à chaque niveau administratif. En vue d'obtenir l'interruption d'ici fin 2012, des efforts similaires sont en cours en Afghanistan pour renforcer les phases de planification et de mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaires et améliorer l'immunité dans la population, en mettant l'accent plus particulièrement sur la zone endémique du sud. Le programme prend des mesures innovantes en permanence pour augmenter l'accès et la sécurité du personnel.

Dans les pays libérés de la poliomyélite, des mesures d'atténuation ont été prises pour maintenir ce statut. Des activités de vaccination supplémentaires ont été menées à Djibouti, en Iraq, au Soudan et au Soudan du Sud (avec des tournées additionnelles au Darfour). Pour parer à l'éventualité d'une importation à Djibouti, en Libye et au Soudan, les efforts déployés conjointement par les bureaux régionaux de la Méditerranée orientale et de l'Afrique ont été couronnés de succès, garantissant la vaccination des voyageurs lors du passage des frontières. La Libye prévoit d'organiser une journée infrarégionale de la vaccination dans toutes les populations frontalières cibles, notamment dans le sud du pays. En Somalie, des journées nationales de la vaccination

Suivi de la campagne contre la poliomyélite au Pakistan



et des journées de la santé de l'enfant ont été organisées dans les zones accessibles comme prévu. Une journée nationale de la vaccination a été organisée au Yémen vers la fin de l'année, pour améliorer l'immunité dans la population qui a été mise à mal du fait des troubles politiques courants, la deuxième série devant avoir lieu en 2012.

Le système régional de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) se poursuit conformément aux normes internationales établies et dépasse même les indicateurs requis dans de nombreux pays prioritaires. En 2011, tous les pays ont atteint la cible fixée pour le taux de PFA non-poliomyélitique, sauf le Maroc (0,68) et Djibouti (1,83). Le réseau de laboratoires a maintenu son excellente performance et tous les laboratoires sont maintenant accrédités. Les

processus de confinement et de certification se poursuivent de manière satisfaisante. Des examens indépendants de la surveillance de la PFA ont été réalisés au Soudan du Sud ainsi qu'une évaluation rapide dans les états limitrophes de l'Égypte et du Soudan, et de la province du Pendjab au Pakistan. Un examen complet est prévu au Soudan en janvier 2012. Les activités de surveillance supplémentaires comprenaient le sondage des contacts et la surveillance environnementale.

Le bulletin hebdomadaire *Polio Fax* continue de constituer un moyen de surveillance et d'évaluation des indicateurs de performance, avec un retour d'information en temps opportun envoyé aux ministères de la santé, aux partenaires et aux organismes bailleurs de fonds. Le risque de flambée épidémique due aux poliovirus sauvages suite à une importation est surveillé de manière régulière pour chaque pays et en particulier les pays à haut risque, avec l'objectif de les alerter en temps voulu et de veiller à ce que les mesures d'atténuation soient mises en œuvre en riposte. Le Bureau régional a intensifié sa coopération avec les bureaux régionaux de l'Afrique et du Pacifique occidental pour fournir une aide aux pays de la Corne de l'Afrique et à la Chine (en réponse à l'importation en provenance du Pakistan), respectivement.

En ce qui concerne les *maladies tropicales et les zoonoses*, des progrès ont été effectués malgré les défis auxquels sont confrontées ces « maladies négligées ». Les cas de dracunculose (maladie du ver de Guinée) au Soudan du Sud sont passés de 1797 en 2010 à 1028 en 2011 (données jusqu'à nov. 2011) ; 76 % des cas sont maintenant notifiés par un seul état : l'Équatoria oriental. Des activités de pré-certification et des procédures opérationnelles normalisées ont été mises en œuvre au Soudan dans les anciennes zones d'endémie. Ces activités doivent être

intensifiées dans les zones frontalières avec le Soudan du Sud.

La Région de la Méditerranée orientale demeure la région ayant la charge lépreuse la moins importante. Tous les pays ont éliminé la lèpre (prévalence inférieure ou égale à 1 pour 10 000 habitants), sauf le Soudan du Sud où la situation doit être réévaluée. Pour répondre au défi posé par la diminution des capacités parmi les agents de soins de santé dans les pays de faible endémicité, un renforcement des capacités a été réalisé pour les Régions de la Méditerranée orientale et de l'Afrique. En collaboration avec le Programme mondial de lutte antilépreuse, le Bureau régional a obtenu le soutien de la *Sasakawa Memorial Health Foundation* pour une proposition relative à la lèpre qui sera réalisée en Somalie en 2012 par *World*

Concern International, le principal partenaire pour la mise en œuvre des programmes dans ce pays.

L'Égypte a pu maintenir ses progrès sur la voie de l'élimination de la schistosomiase. Des prévalences inférieures à 1 % ont été notifiées pour les formes urinaire et intestinale de la schistosomiase, et seulement quelques points névralgiques demeurent dans le Delta et en Haute Égypte. Au Yémen, malgré les troubles civils, 1,68 million de personnes ont été traitées dans certaines parties accessibles des zones touchées. L'Égypte a terminé l'élaboration d'outils sensibles et a mis en route leur utilisation pour la vérification/confirmation de l'élimination de la filariose lymphatique. Un appui technique a été fourni au Soudan pour corriger la cartographie de la distribution de la filariose lymphatique dans huit États afin de permettre la mise en œuvre d'un programme de contrôle de l'administration massive de médicaments fondée sur des bases factuelles.

La distribution massive d'ivermectine pour la lutte contre l'onchocercose a continué d'être mise en œuvre au Soudan dans trois États (Nil, Gedaref et Darfour du sud) où les foyers sont isolés. Le *Carter Center* est le principal partenaire du programme. Au Soudan du Sud, le Programme africain de lutte contre l'onchocercose a soutenu les activités dans les neuf États affectés. La couverture des zones touchées et celle de la population ont atteint 60 % et 80 % respectivement en 2011. Au Yémen où l'infection prend la forme d'une affection dermatologique débilitante, appelée localement *sowda*, le traitement clinique des lésions cutanées sévères par ivermectine continue d'être mis en œuvre dans la plupart des zones accessibles.

Formation à l'utilisation des nouvelles associations pharmaceutiques nifurtimox-de l'éflornithine pour le traitement de la maladie du sommeil, Yambio (Soudan du Sud)

L'OMS a fourni des médicaments et des réactifs pour la prise en charge des cas de trypanosomiase humaine africaine. L'utilisation de l'association thérapeutique éflornithine-nifurtimox, introduite en 2010, a fait l'objet d'un suivi. Le nouveau protocole thérapeutique s'est avéré efficace sans aucun effet secondaire majeur. La trypanosomiase humaine africaine au Soudan du Sud demeure un problème de santé publique majeur parce que les activités de lutte contre les maladies et de surveillance ne sont pas mises en œuvre au niveau approprié (seul 0,3 % des 1,8 million d'habitants vivant dans les zones d'endémie sont soumis à un dépistage pour cette maladie). Dans certains foyers, la maladie est déjà réémergente.

En ce qui concerne la leishmaniose viscérale, l'OMS a joué un rôle majeur dans la riposte à la flambée en cours au Soudan du Sud, où plus de 18 000 cas ont été traités depuis octobre 2009, avec une moyenne de 1000 cas par mois en 2011. L'OMS a fourni des tests diagnostiques et des médicaments spécifiques, y compris un soutien logistique pour accéder aux zones très reculées. Un groupe régional d'experts a été nommé par le Bureau régional pour fournir un soutien aux pays pour la leishmaniose cutanée. Le premier plan stratégique régional (2012-2016) et des lignes directrices régionales pour la prise en

charge des cas de leishmaniose cutanée ont été préparés et fourniront un nouveau cadre standardisé pour la lutte contre cette maladie dans l'ensemble de la Région.

Dans le domaine de la *surveillance des maladies transmissibles, de la prévision et de l'action de lutte*, les systèmes de surveillance dans tous les pays ont été grandement améliorés. Plusieurs pays (Afghanistan, Oman, Pakistan, Somalie, Soudan du Sud et Yémen) ont adopté les directives de l'OMS en matière de formation pour toutes les maladies transmissibles d'importance sur le plan de la santé publique et ont renforcé les capacités pour la surveillance et la riposte contre les flambées en 2011. Le Bureau régional a continué à fournir un appui aux États Membres pour élaborer, renforcer et maintenir les moyens de dépistage, d'évaluation, de notification des événements de santé publique de portée nationale et internationale. Le renforcement des capacités dans la Région a été soutenu dans les domaines suivants : la préparation aux flambées épidémiques et aux pandémies et l'atténuation des effets dans les milieux de réfugiés et de populations déplacées ; les pratiques standard de lutte contre les infections dans les établissements de soins de santé; la préparation aux infections à potentiel épidémique et la grippe pandémique ; et l'élaboration de lignes directrices, protocoles et normes sur la surveillance sentinelle de la grippe.

Cette année, 15 des 20 rumeurs concernant des flambées épidémiques de maladies provenant de 11 pays ont été confirmées après suivi et vérification. Sauf pour trois flambées épidémiques majeures (chikungunya/dengue au Yémen, diarrhée aqueuse aiguë/choléra en Somalie et dengue au Pakistan), la plupart de ces flambées étaient d'ampleur limitée, ont été détectées et endiguées rapidement par les pays, avec le soutien des bureaux OMS de pays. L'Afghanistan a notifié plusieurs petites flambées de coqueluche, de diphtérie et de rougeole qui ont été rapidement endiguées par les équipes du Système d'alerte précoce pour les maladies avec le soutien actif du bureau OMS de pays et du Bureau régional. L'Égypte a continué à notifier des cas humains de grippe aviaire A/H5N1. De manière générale, les pays sont aujourd'hui mieux préparés pour la riposte aux flambées épidémiques et la lutte efficace contre les maladies à potentiel épidémique. Toutefois, la grande flambée de dengue au Pakistan a nécessité de recourir au Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie pour fournir un soutien. Le Bureau régional et le centre collaborateur de l'Unité 3 de recherche médicale de la marine des États-Unis (NAMRU-3) ont continué de répondre aux demandes de soutien technique dans ce domaine.

Le Bureau régional s'est lancé dans plusieurs initiatives visant à élaborer des lignes directrices et des protocoles régionaux afin de fournir un appui aux pays dans la lutte contre les infections à potentiel épidémique. En réponse à la réémergence et à l'expansion de la dengue dans la Région, le Bureau régional a réuni les pays affectés pour discuter et convenir d'une approche commune pour lutter contre les flambées récurrentes. Le résultat des discussions est en cours d'intégration dans un document d'orientation stratégique régional sur la lutte contre la dengue dans la Région. Le Comité régional a également examiné ce problème et a souligné l'importance d'un engagement politique à haut niveau, de disposer de capacités nationales à tous les niveaux de soins de santé, d'une forte coordination pour la gestion rationnelle et l'utilisation judicieuses des pesticides et de l'échange d'informations (EM/RC58/R.4).

Des lignes directrices, protocoles et normes sur le système de surveillance sentinelle de la grippe (ILI/SARI) ont été élaborés et plusieurs pays ont commencé à les adapter et les mettre en œuvre. Un projet de document d'orientation a été préparé pour la formation des agents de santé à l'utilisation des concepts épidémiologiques dans les services de santé publique. Un cadre pour la mise en œuvre et l'intégration du système de surveillance syndromique dans le système de surveillance de santé publique systématique a également été élaboré.

À l'appui du renforcement des capacités nationales, un programme de formation international a été introduit pour renforcer les capacités en matière de lutte contre le choléra. Il a été élaboré conjointement par le Bureau régional et le Siège et le premier cours a été mené à bien avec succès en collaboration avec l'Université américaine de Beyrouth. Une réunion sous-régionale a concentré l'attention sur les menaces posées par la fièvre hémorragique virale et a formulé des recommandations qui viendront compléter la résolution du Comité régional EM/RC54. R.4 et formera la base des directives régionales pour la lutte contre les fièvres hémorragiques virales.

Pour ce qui concerne l'application du *Règlement sanitaire international* (2005), les principales capacités ont été améliorées suite au soutien fourni par le Bureau régional afin de réaliser des missions de sensibilisation, d'évaluation et de suivi au niveau national. En 2011, de telles missions ont été menées en Arabie saoudite, à Djibouti, en Égypte, en République islamique d'Iran, au Koweït, au Liban, au Pakistan et en République arabe syrienne. Tous les pays qui ont évalué leurs principales capacités depuis l'entrée en vigueur du Règlement ont maintenant mis au point des plans d'action nationaux pour satisfaire aux exigences et capacités techniques d'ici au 15 juin 2012. Des missions spécifiques pour renforcer les capacités aux points d'entrée et modifier les législations de santé publique conformément au Règlement ont fait l'objet d'un soutien en Égypte, au Liban, à Oman et au Pakistan. Un cadre de suivi mis au point au Siège a été applique au niveau régional pour aider les pays à suivre leurs progrès et les capacités ont été renforcées pour permettre aux pays d'utiliser cet outil. L'analyse des résultats a montré que d'importants progrès avaient été réalisés dans la Région. Toutefois, il y a toujours des lacunes dans la surveillance basée sur les événements, les capacités de riposte à la périphérie, la gestion des risques biologiques et la sécurité des laboratoires, les stratégies de communication sur les risques, la coordination avec d'autres secteurs et partenaires, les points d'entrée et les ressources humaines. Le Bureau régional a contribué à l'élaboration de modules de formation et d'orientation mondiaux pour aider les pays à développer leurs principales capacités aux points d'entrée, à renforcer les stratégies de communication sur les risques et à développer les capacités en matière de ressources humaines pour satisfaire aux exigences.

Le Bureau régional et l'Organisation de l'Aviation civile internationale (OACI) se sont réunis pour examiner l'Arrangement de coopération pour la prévention de la propagation des maladies transmissibles par les voyages aériens (CAPSCA) dans la Région. Le Bureau régional a en outre fourni un appui technique pour l'échange d'informations durant les rassemblements de masse et d'autres événements mondiaux, sur le risque biologique et la biosécurité et la mise en réseau des laboratoires. Un cadre visant à inclure l'approche multirisque dans le contexte du Règlement sanitaire international est en cours de développement

en collaboration avec le programme des situations d'urgence et de l'action humanitaire. Le secrétariat du Règlement sanitaire international a fourni aux pays des outils et des procédures nécessaires pour demander une prolongation de deux années supplémentaires afin d'être en mesure de se doter des capacités techniques pour la mise en œuvre.

Dans le domaine de la *gestion intégrée des vecteurs*, une consultation régionale sur la bonne gestion des pesticides utilisés en santé publique qui a été organisée conjointement avec le Système OMS d'évaluation des pesticides (WHOPES) s'est conclue par l'élaboration d'un cadre d'action sur la bonne gestion des pesticides utilisés en santé publique (2012-2016). Ce cadre guidera la mise en œuvre de la résolution du Comité régional sur cette question (EM/RC58/R.10). Il définit des mesures spécifiques dans les domaines suivants : politiques et législation relatives aux pesticides ; systèmes d'homologation des pesticides ; achat, stockage et distribution des pesticides, et élimination des récipients contenant des pesticides ; contrôle efficace de la qualité des pesticides, application des réglementations et surveillance post-homologation ; et application judicieuse et sans risque des pesticides pour la lutte contre les vecteurs et les nuisibles d'importance en santé publique.

Le Bureau régional a soutenu les pays dans la mise en œuvre du projet soutenu par le Fond pour l'environnement mondial (FEM) concern l'élaboration d'alternatives au DDT et visant à renforcer les capacités nationales en matière de lutte antivectorielle. La quatrième réunion du Comité consultatif scientifique et technique du projet OMS/PNUE soutenu par le FEM a recommandé à tous les pays de mettre en œuvre les stratégies de gestion de la résistance aux insecticides, même lorsqu'aucune résistance n'a été détectée. Avec le soutien du FEM, les pays ont réactivé le comité d'orientation sur la gestion intégrée des vecteurs. La République islamique d'Iran, la Jordanie et le Maroc ont reçu un soutien pour reconditionner et éliminer les pesticides obsolètes, en collaboration avec la FAO. Le Soudan a commencé à mettre en œuvre des mesures pour la gestion de la résistance aux insecticides, en optant pour un autre insecticide plus coûteux pour la pulvérisation intradomiciliaire à effet rémanent dans l'État de Gezira. Le Bureau régional a continué de soutenir la surveillance de la résistance aux insecticides en fournissant des papiers à filtre et des kits d'épreuve pour la réalisation d'essais sur le terrain à Djibouti, en Égypte, en Iraq, en République arabe syrienne, au Soudan et au Soudan du Sud, le renforcement des capacités en Jordanie et le renforcement du laboratoire national d'entomologie au Soudan. Des ressources supplémentaires ont été mobilisées par la Fondation Bill et Melinda Gates pour le Soudan en appui au projet d'une durée de trois années sur l'impact de la résistance d'*Anopheles arabiensis* aux insecticides sur l'efficacité de la lutte contre les vecteurs du paludisme. Le projet est mis en œuvre actuellement par le programme national de lutte antipaludique, en étroite collaboration avec l'OMS, l'Université Kassala, l'Institut national du Nil bleu pour les maladies transmissibles, la *London School of Hygiene and Tropical Medicine* et *la Liverpool School of Tropical Medicine*.

Le *Programme de petites subventions pour la recherche* a soutenu huit nouveaux projets en 2011. Sur les projets ayant bénéficié d'un soutien auparavant et d'après les résultats reçus en 2011, ceux qui ont guidé la politique et la stratégie ont permis d'évaluer les éléments suivants : la qualité des services de vaccination et l'efficacité

du vaccin antirougeoleux-antiourlien antirubéoleux, l'impact de la formation des directeurs d'établissement de formation et des vaccinateurs et de l'engagement du secteur privé dans les services de vaccination ; le respect du Règlement sanitaire international par les voyageurs ; le risque de transmission des arboviroses ; les outils moléculaires pour le diagnostic de la leishmaniose ; les vecteurs de la fièvre à Papattaci ; et le rôle de l'hépatite occulte dans la transmission de la maladie durant la transfusion sanguine.

Suite à la réunion de 2010 du groupe de référence sur les maladies consacré aux zoonoses et aux maladies infectieuses marginalisées, le Bureau régional a contribué au rapport annuel et à la rédaction d'un article qui a été publié en 2011.

Orientations futures

Le renforcement de la couverture vaccinale systématique, notamment dans les pays dont la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) est inférieure à 90 % au niveau national et/ou à 80 % dans chaque district, continuera d'être prioritaire. Le soutien sera axé sur le renforcement des capacités nationales de gestion et dans d'autres domaines, l'élaboration de plans pluriannuels globaux, et l'appui aux pays concernant la mise en œuvre de l'approche Atteindre chaque district, complétée par d'autres approches appropriées à la situation locale. La troisième semaine régionale de la vaccination en avril 2012, qui aura pour thème « Atteindre chaque communauté », permettra d'obtenir davantage de soutien pour continuer d'améliorer la couverture vaccinale. La consolidation des systèmes de suivi et d'évaluation afin d'utiliser les données pour prendre des mesures constituera une priorité de premier rang. Davantage de soutien sera accordé au renforcement des capacités au Pakistan pour garantir la performance après la décentralisation. La mise en œuvre des plans provinciaux, mis au point en 2011 avec l'appui du Bureau régional, fera l'objet d'un suivi étroit et le soutien technique nécessaire sera fourni.

Les efforts visant à accélérer l'élimination de la rougeole se concentreront sur la mise en place et le renforcement de comités nationaux et régionaux pour l'élimination de la rougeole, la réalisation de l'examen du système de surveillance pour cette maladie et la validation de l'élimination de la rougeole dans les pays qui ne notifient aucun cas. L'accent continuera d'être mis sur la réalisation en temps opportun des campagnes de suivi de la rougeole, grâce à un soutien technique à la planification, à la mise en œuvre et aux campagnes de persuasion en vue d'une mobilisation de ressources. Le plaidoyer en faveur de la mise en œuvre de la stratégie régionale visant à atteindre l'objectif de lutte contre l'hépatite B, et notamment la mise en œuvre de l'injection d'une dose de vaccin contre l'hépatite B à la naissance, sera poursuivi. Le soutien aux pays qui introduisent de nouveaux vaccins ou qui préparent cette introduction se poursuivra. Les capacités nationales pour la

Renforcer la couverture vaccinale systématique : une priorité pour atteindre chaque enfant dans la Région

prise de décision informée seront renforcées davantage.

Les priorités régionales pour l'éradication de la poliomyélite consisteront à interrompre la transmission du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan. La collaboration sera renforcée afin de guarantis à des périodes de trêve permettant l'accès aux enfants dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaires. L'implication des organisations non gouvernementales et la supervision seront renforcées et l'obligation redditionnelle basée sur les performances sera institutionnalisée. Au Pakistan, l'accent sera placé sur la mise en œuvre complète du plan d'action d'urgence par les gouvernements provinciaux et fédéral. Une attention particulière sera accordée à l'obligation redditionnelle au niveau de la prestation de service, l'augmentation des ressources humaines au niveau du district et des circonscriptions (*union councils*), l'encouragement des solutions locales novatrices et le développement des partenariats. La priorité suivante sera de maintenir une forte immunité dans la population, la certification de la surveillance standard de la PFA, et la capacité de la détection rapide des importations et la riposte optimale dans tous les pays libérés de la poliomyélite. Ceci sera réalisé par la mise en œuvre de campagnes de prévention, le recours à l'outil d'évaluation des risques et l'élaboration d'un modèle de risque sous-national, des activités de coordination entre les pays voisins et la collaboration avec les organisations partenaires.

Pour les maladies tropicales, l'accent sera mis sur l'intensification des interventions de lutte contre le dracunculose dans les zones d'endémie restantes afin d'atteindre la cible d'éradication. Le soutien technique se poursuivra afin de garantir l'intégration de la surveillance au système national de surveillance dans toutes les zones libérées de la maladie, y compris les anciens foyers. Un programme de surveillance spécifique doit être mis en œuvre dans la zone frontalière entre le Soudan et le Soudan du Sud pour prévenir l'introduction de cas. Les programmes nationaux de lutte antilépreuse devraient continuer à mettre en œuvre la stratégie mondiale renforcée pour réduire davantage la charge de morbidité due à la lèpre 2011-2015, ainsi que les lignes directrices pour renforcer la participation des personnes affectées par la lèpre dans les services de lutte antilépreuse. L'OMS continuera à soutenir les programmes nationaux de lutte antilépreuse, y compris dans la mise en place de systèmes de notification au niveau des districts. Le Soudan nécessite un soutien continu pour finaliser la cartographie de la filariose lymphatique afin de mettre en route l'administration massive de médicaments dans les zones touchées. Les activités de surveillance après l'administration massive de médicaments doivent être développées en Égypte et être mises en route au Yémen. L'introduction de techniques sensibles pour certifier l'interruption de la transmission de la schistosomiase se poursuivra. Les activités de sensibilisation, d'élaboration de propositions et de mobilisation de fonds se poursuivront afin de garantir la mise en œuvre appropriée des activités d'élimination dans les deux pays qui continuent à avoir une forte endémicité, ainsi qu'au Yémen en ce qui concerne l'onchocercose. Les activités de lutte contre la maladie et la surveillance de la trypanosomiase humaine africaine au Soudan du Sud doivent être intensifiées de toute urgence pour éviter une flambée puisque la maladie est déjà réémergente dans certains foyers. Il est nécessaire de mettre en œuvre la nouvelle approche

standardisée pour la prise en charge des cas de leishmaniose, se concentrant sur le diagnostic rapide et le traitement pour les formes cutanées et viscérales. La surveillance de la maladie et l'analyse des données sont essentielles pour concevoir des stratégies de lutte d'un meilleur rapport coût-efficacité.

Le Bureau régional continuera de soutenir le renforcement des systèmes nationaux de surveillance des maladies transmissibles et de promouvoir les approches de la surveillance syndromique et de la surveillance intégrée des maladies, avec un mécanisme d'alerte précoce efficace pour la détection rapide des flambées et la riposte en temps opportun. À cet égard, le Bureau régional travaillera en étroite collaboration avec les pays pour identifier et combler les lacunes. Le Bureau régional collaborera également avec les institutions et les universités régionales pour mettre en place un réseau de soutien aux États Membres pendant les flambées épidémiques et les autres catastrophes. Un soutien continuera d'être fourni pour évaluer et surveiller les principales capacités requises pour l'application du Règlement sanitaire international. La traduction et la distribution des lignes directrices nécessaires, des modes opératoires normalisés et des documents d'orientation faciliteront la mise en œuvre au niveau des pays. Le renforcement des capacités sera soutenu pour la surveillance et la riposte, l'amélioration de la législation, la gestion de la qualité dans les laboratoires, la gestion des risques biologiques et la biosécurité, et la surveillance des points d'entrée et des passages aux frontières terrestres.

Le soutien à la biologie des vecteurs et la lutte antivectorielle se concentrera sur l'intensification des interventions de lutte antivectorielle pour atteindre la couverture universelle pour toutes les populations à risque ; la mise en œuvre des résultats des études soutenues par le projet du FEM ; le renforcement des capacités pour surveiller et gérer la résistance des vecteurs aux insecticides ; la mise à jour de la cartographie des vecteurs, y compris la résistance aux insecticides de vecteurs importants dans des pays prioritaires ; et la mise en oeuvre du cadre régional pour la bonne gestion des insecticides.

Le Programme de petites subventions à la recherche se concentrera sur la mobilisation des ressources pour la recherche. Il continuera de soutenir le renforcement des capacités et de surveiller et d'évaluer la mise en œuvre de projets en cours de réalisation, ainsi que l'utilisation des résultats de la recherche par les programmes nationaux. Les activités du programme durant les 10 dernières années seront évaluées.

Objectif stratégique 2 : combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

Enjeux et défis

L'épidémie de VIH est en augmentation dans la Région depuis 2001. Bien que la prévalence globale demeure faible, le nombre estimatif annuel de nouvelles infections chez l'adulte et l'enfant a considérablement augmenté au cours des dix dernières années. Près de 560 000 personnes vivent avec le VIH (Tableau 1.1), dont 42 000 sont des enfants âgés de 0 à 14 ans. On estime que 82 000 adultes et 7400 enfants ont été nouvellement infectés en 2010. Les décès dus au sida ont presque doublé au cours des dix dernières années chez l'adulte et l'enfant,

Tableau 1.1 Charge du VIH/sida, 2011

Pays	Prévalence du VIH estimée dans la population adulte (%)[a]	Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH[a]	Nombre estimatif de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sur la base de la méthode ONUSIDA/OMS[b] et des lignes directrices[b] OMS pour le traitement antirétroval 2010	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral[b]
Afghanistan	<0,5[d]	ND	1 600	116
Arabie saoudite	ND	ND	ND	1 961
Bahreïn	ND	ND	ND	40 (2010)
Djibouti	2,5	14 000	5 700	1 328
Égypte	<0,1	11 000	5 100	760
Émirats arabes unis	ND	ND	ND	229
Iran (République islamique d')	0,2	92 000	26 000	2 752
Iraq	<0,2	ND	ND	ND
Jordanie	ND	ND	ND	108
Koweït	ND	ND	ND	186
Liban	0,1	3 600	1 100	425
Libye	<0,2	ND	ND	ND
Maroc	0,1	26 000	11 000	4 047
Oman	0,1	1 100	1 100	661
Pakistan	0,1	98 000	22 000	2 491
Qatar	<0,1	<200	ND	ND
République arabe syrienne	ND	ND	ND	ND
Somalie	0,7	34 000	25 000	
Soudan	ND	260 000 (Soudan + Soudan du Sud)	26 246[c]	2 500
Soudan du Sud	ND		49 000[c]	3 442
Territoire palestinien occupé	ND	ND	ND	ND
Tunisie	ND	2400	4 000	483
Yémen	0,07[d]	30 000[c]	4 500[c]	625

ND : données non disponibles
Sources :
[a] *Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010, Genève, ONUSIDA, 2011*
[b] *OMS/ONUSIDA/UNICEF. Vers un accès universel : Etendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2011, Genève OMS, 2011*
[c] *Rapports de progrès sur la riposte au sida dans le monde par pays, 2012*
[d] *Rapport UNGASS des pays 2012*

atteignant le chiffre de 38 000 en 2010, dont 4100 enfants. La lutte contre le VIH est toujours confrontée à un certain nombre de défis. Les infections des personnes ayant un comportement à haut risque et de leurs partenaires (par exemple les consommateurs de drogues injectables et leurs conjoints) sont en augmentation. L'investissement dans les interventions destinées aux groupes de populations marginalisées et stigmatisées est insuffisant. La plupart des personnes vivant avec le VIH ne connaissent pas leur sérologie VIH et ne sont pas identifiées par le système de soins de santé. Les approches mises en œuvre pour augmenter la couverture des tests VIH ne ciblent pas les personnes qui courent le plus grand risque et ne contribuent donc pas suffisamment au

diagnostic des nouveaux cas. Les troubles civils survenus dans plusieurs pays ont détourné l'attention du domaine de la santé en général, et des programmes concernés par le VIH en particulier. Finalement, une diminution du financement apporté par les bailleurs de dons aux programmes concernant le VIH et une allocation de ressources internes insuffisante menacent la pérennité des services de prévention et de prise en charge du VIH.

On estime que 47 % de la population de la Région vit dans des zones à risque de paludisme. En 2010, 7,3 millions de cas de paludisme ont été notifiés dans la Région (Tableaux 1.2 et 1.3), parmi lesquels seulement 28,5 % ont été confirmés sur le plan parasitologique. Les capacités nationales en matière de planification et de riposte pour les épidémies de paludisme imminentes et les situations d'urgence complexes sont faibles. La qualité et l'accessibilité des moyens diagnostiques permettant la confirmation des cas de fièvre palustre suspects sont limitées. Le respect des lignes directrices nationales pour le traitement est faible. Les programmes à assise communautaire manquent ou sont insuffisants et le secteur privé est caractérisé par la déréglementation. En outre, les capacités de direction et de gestion sont limitées, notamment dans les districts et aux niveaux inférieurs où la rotation du personnel est forte. Les systèmes de gestion des achats et des approvisionnements sont

Tableau 1.2 Cas confirmés par l'analyse parasitologique dans les pays où la transmission est inexistante ou sporadique et les pays d'endémicité palustre faible

Pays	Cas en 2009		Cas en 2010		Cas en 2011		Espèces transmises localement
	Total	Autochtones	Total	Autochtones	Total	Autochtones	
Arabie saoudite[b]	2 333	58	1 941	29	ND	ND	P. *falciparum* > P. *vivax*
Bahreïn	103	0	90	0	186	0	-
Égypte	94	0	85	0	116	0	-
Émirats arabes unis	3 018	0	3 264	0	5 242	0	-
Iran, République islamique d'[a]	6 122	4 477	3 031	1 847	3 137	1 676	P. *vivax* > P. *falciparum*
Iraq	1	0	7	0	11	0	-
Jordanie	53	0	61	2	58	0	-
Koweït	ND	ND	343	0	476	0	-
Liban	72	0	ND	ND	ND	ND	-
Libye	27	0	ND	ND	ND	ND	-
Maroc	145	0	218	0	312	0	-
Oman	898	0	1 193	24	1 532	13	-
Qatar	239	0	440	0	673	0	-
République arabe syrienne	39	0	23	0	ND	ND	-
Territoire palestinien occupé	1	0	ND	ND	0	0	-
Tunisie	49	0	71	0	67	0	-

ND : Données non disponibles
> Prédominance d'une espèce
[a] Zone d'endémie principalement dans le sud-est du pays
[b] Zone d'endémie principalement dans le sud-ouest du pays

Tableau 1.3 Cas de paludisme enregistrés et estimés dans les pays fortement touchés, 2011

Pays	Cas en 2009		Cas en 2010		Cas en 2011		Espèces transmises
	Total des cas déclarés	Cas con-firmés	Total des cas déclarés	Cas con-firmés	Total des cas déclarés	Cas con-firmés	
Afghanistan	390 729	64 880	392 463	69 397	482 748	77 549	P. *vivax* > P. *falciparum*
Djibouti	2 686	2 686	3 962	1 019	ND	230	P. *falciparum* > P. *vivax*
Pakistan	4 242 032	167 579	4 281 356	240 591	ND	ND	P. *vivax* > P. *falciparum*
Somalie	72 362	25 202	24 553	24 553	ND	ND	P. *falciparum* > P. *vivax*
Soudan	2 361 188	711 462	1 465 496	720 557	ND	ND	P. *falciparum* > P. *vivax*
Soudan du Sud	325 634	ND	900 283	900 283	603 397	ND	P. *falciparum* > P. *vivax*
Yémen	138 579	55 446	198 963	106 697	142 152	90 954	P.*falciparum* > P.*vivax*

ND : Données non disponibles
> Prédominance d'une espèce

inefficaces, et les systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation sont faibles.

La cible fixée pour les taux de dépistage des cas de tuberculose n'a toujours pas été atteinte, principalement du fait des faiblesses dans le réseau de laboratoires de la tuberculose, de la gestion *ad hoc* des cas de tuberculose non nationaux, et de la collaboration limitée entre les différents secteurs. L'engagement national à développer les capacités de prise en charge de la polypharmacorésistance est insuffisant. Jusqu'à présent, seuls 10 pays ont mis en route ce type de prise en charge. Le déficit de financement de 28 % pour la lutte contre la tuberculose en 2010-2011 (sur les USD 233 millions requis) devrait se creuser en 2012-2013.

La collaboration avec les partenaires dans ces domaines, notamment le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, a permis d'améliorer la situation financière et le soutien technique fourni aux pays, mais il existe un doute sur la pérennité de ce soutien pendant toute la période biennale 2012-2013. La réduction du financement affectera également la recherche opérationnelle.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Dans le domaine du *VIH/sida*, tous les résultats escomptés au niveau régional ont été atteints, sauf ceux ayant rapport avec la couverture par le traitement antirétroviral. En matière de traitement et de soins du VIH, la couverture par le traitement antirétroviral est passée de 15 473 patients à 19 050 en 2011, mais la couverture régionale estimée demeure faible, à 10 %. Selon les esti-mations, Oman a la meilleure couverture dans la région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord, avec 45 % des adultes et des enfants vivant avec le VIH qui étaient en traitement à la fin de l'année 2010, suivi par le Liban (37 %) et le Maroc (30 %). La plupart des pays sont loin de réaliser l'objectif de l'accès universel au traitement. Toutefois, il convient de noter que quatre pays comptent pour 85 % du nombre de personnes pouvant prétendre à un traitement antirétroviral : il s'agit du Soudan (93 000), de la Somalie (25 000), de la République islamique d'Iran (26 000) et du

Pakistan (22 000). Le Bureau régional s'est concentré sur la fourniture d'un soutien technique au Pakistan, à la Somalie, au Soudan et au Soudan du Sud afin de renforcer leurs programmes de traitement et de soins du VIH et la prestation de services dans ce domaine. Un modèle de continuum des soins est en cours d'élaboration au Pakistan en collaboration avec l'UNICEF.

Afin de renforcer les capacités des pays en matière de prévention du VIH, une consultation régionale sur les progrès réalisés et les défis rencontrés eu égard à la prévention de la transmission mère-enfant a été organisée avec la participation des programmes nationaux de lutte contre le sida et de santé génésique. Certaines approches prometteuses ont été mises au point dans quelques pays dont le Maroc, Oman et le Pakistan. Davantage de pays (en particulier ceux du Conseil de Coopération du Golfe) sont sur le point d'adopter le test VIH pour les femmes enceintes dans le cadre des soins prénatals en tant qu'intervention systématique, suivant l'exemple d'Oman. Un examen de la situation et des programmes concernant les professionnel(le)s du sexe et les hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes a été réalisé est en cours de mise au point pour publication.

Le Bureau régional a poursuivi son soutien aux pays pour renforcer leurs capacités à effectuer la surveillance du VIH et des infections sexuellement transmissibles selon les recommandations de l'OMS/ de l'ONUSIDA et pour surveiller la couverture des services essentiels de prévention et de traitement. Une enquête de suivi du développement des systèmes nationaux de surveillance du VIH a été réalisée pour identifier les atouts et faiblesses. Le nombre de pays ayant des informations mises à jour sur les comportements en matière de VIH dans les populations les plus à risque a

augmenté ; fin 2010, les pays suivants étaient compris : Afghanistan, Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Liban, Maroc, Pakistan, Territoire palestinien occupé, Soudan et Tunisie. Le Bureau régional a maintenu son soutien au Centre régional de connaissances sur la surveillance du VIH à Kerman (République islamique d'Iran), qui assure le renforcement des capacités et un soutien technique pour les activités de surveillance dans les pays de la

En Somalie, le personnel OMS de terrain forme les agents de santé à la tenue des registres du VIH

Région. Il a par ailleurs réuni un groupe de travail régional sur la surveillance du VIH en collaboration avec l'ONUSIDA et la Banque mondiale. Le groupe a échangé des données d'expérience et des meilleures pratiques sur la réalisation des enquêtes sur le VIH et s'est engagé à soutenir l'assurance qualité des enquêtes, la normalisation des indicateurs et des outils pour améliorer la comparabilité des données, ainsi que la collaboration pour une publication conjointe sur l'épidémiologie du VIH dans la Région.

Plusieurs pays (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen) ont bénéficié d'une priorité pour le soutien à la prévention de l'interruption des approvisionnements des médicaments pour le VIH/les IST et leur diagnostic. Tous ces pays reçoivent des subventions du Fonds mondial, et, dans la plupart des cas, le PNUD/l'UNICEF ont été sélectionnés comme bénéficiaires des subventions pour la gestion des achats et des fournitures. Le rôle de l'OMS se concentre sur l'orientation technique concernant les spécifications des médicaments et des fournitures de laboratoire. Seuls Djibouti et le Soudan du Sud ont notifié une interruption des approvisionnements en 2010.

Compte tenu du rôle important joué par l'action de plaidoyer, le secteur privé et les organisations de la société civile dans la prévention, le traitement et la lutte contre le VIH, la campagne mondiale de lutte contre le sida en 2011 a abordé la question de la stigmatisation et de la discrimination contre les personnes vivant avec le VIH dans les établissements de soins de santé. C'est dans ce contexte que le film égyptien « Asmaa » a reçu un prix du Bureau régional en reconnaissance du travail novateur fourni pour la promotion des droits de l'homme dans le domaine de la santé. Le Bureau régional a poursuivi ses efforts pour renforcer le rôle des organisations de la société civile dans la réduction des risques par l'intermédiaire du réseau MENAHRA (Association pour la réduction des risques au Moyen-Orient et en

Les organisations de la société civile telles que MENAHRA jouent un rôle important dans la réduction des risques et la prévention du VIH, notamment dans les populations vulnérables et marginalisées

Afrique du Nord). Au Liban, un modèle de prestation de services pour les femmes et les hommes qui courent le risque de contracter le VIH a été mis au point en collaboration avec l'organisation non gouvernementale MaRSA. Six pays (Afghanistan, Djibouti, République islamique d'Iran, Soudan du Sud, Tunisie et Yémen) reçoivent un appui du Fonds mondial et d'autres bailleurs de fonds pour la mobilisation des ressources.

Dans le domaine de la recherche opérationnelle, l'accent a été mis sur le renforcement des capacités nationales en matière de méthodologies pour les études épidémiologiques sur le VIH, plus de 60 experts des pays de la Région participant maintenant à une formation. Deux autres modules dans la série des méthodes épidémiologiques pour l'évaluation des tendances épidémiques du VIH dans les différents groupes de population ont été publiés. Un appui technique a été fourni au Maroc, à Oman, au Territoire palestinien occupé, à la Somalie, au Soudan et au Yémen pour la planification et/ou la mise en œuvre d'enquêtes bio-comportementales sur le VIH et au Maroc pour mettre en place un centre régional de référence pour la surveillance de la résistance pharmaceutique à *Neisseria gonorrhoeae*.

Des progrès considérables ont été effectués dans le domaine *de la lutte contre le paludisme en vue de son élimination*, conformément à la vision régionale pour l'élimination de cette maladie. L'Arabie saoudite, la République islamique d'Iran et l'Iraq en particulier ont réalisé une couverture dépassant plus de 80 % grâce aux principales interventions de lutte et d'élimination du paludisme. Les sept autres pays d'endémie (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan, Soudan du Sud et Yémen) ont pu augmenter la couverture grâce aux principales interventions de lutte antivectorielle, de traitement et de diagnostic mais sont demeurés considérablement en deçà de la cible.

Quatre pays (Afghanistan, Somalie, Soudan et Yémen) ont actualisé leur stratégie nationale de lutte contre le paludisme pour la période 2011-2015. Djibouti a mis en route un examen de son programme en vue de préparer la stratégie de pré-élimination sur la base de nouvelles informations éco-épidémiologiques. L'Afghanistan a élaboré et approuvé ses stratégies nationales pour la prise en charge communautaire du paludisme, avec l'appui de l'OMS. Toutefois, la mise en œuvre complète est remise en cause par la pérennité de l'implication de volontaires communautaires non rémunérés ainsi que par les obstacles financiers. L'Iraq a finalisé une évaluation approfondie du programme et les résultats ont été utilisés pour orienter l'élaboration d'une stratégie nationale pour la prévention de la réintroduction du paludisme pour la période 2011-2015. La politique/les lignes directrices en matière de traitement du paludisme en Somalie et au Soudan ont été mises à jour avec l'appui de l'OMS. L'Afghanistan, le

Soudan et le Yémen ont développé et mis en œuvre une stratégie double pour la confirmation universelle du diagnostic du paludisme par microscopie et le test diagnostique rapide.

Le renforcement des capacités a fait l'objet d'un soutien dans le domaine de la planification et de la gestion des programmes de lutte contre le paludisme, la microscopie du paludisme avancée et l'assurance qualité, les méthodes des tests d'efficacité thérapeutique des antipaludéens et de microscopie du paludisme, la surveillance, le suivi et l'évaluation avancées du paludisme.

L'OMS a fourni un appui à l'achat de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, d'insecticides, de matériel de pulvérisation, d'associations médicamenteuses à base d'artémisinine et de tests diagnostiques rapides pour l'Afghanistan, la République islamique d'Iran, le Maroc, le Pakistan, la Somalie et le Yémen, en utilisant des ressources de l'OMS, du Fonds mondial, du Conseil de Coopération du Golfe, de l'USAID et du Fonds koweïtien d'aide au patient. Le Bureau régional œuvre à la constitution d'un stock régional d'artémether-luméfantrine, qui est distribué gratuitement aux pays exempts de paludisme, en fonction des besoins, pour traiter les cas de paludisme à *falciparum* importés.

Dans le domaine de la surveillance, une base de données régionale sur le paludisme a été mise au point et rendue accessible aux bureaux de pays au moyen de l'Intranet. Un soutien technique et une aide au renforcement des capacités ont été fournis au Soudan et au Yémen pour la mise au point d'une base de données nationale. Dans le cadre de la surveillance mondiale de la résistance aux médicaments antipaludéens, un appui a été fourni à l'Afghanistan, au Pakistan, à la Somalie, au Soudan et au Yémen pour réaliser des études de surveillance de l'efficacité pharmaceutique. Plusieurs pays ont reçu des kits d'analyse et les capacités ont été renforcées pour réaliser des titrages biologiques sur le terrain afin de surveiller la résistance aux insecticides. La deuxième phase d'examen du programme et d'évaluation du système de surveillance et d'information sur le paludisme a été organisée à Djibouti. En ce qui concerne la recherche opérationnelle sur le paludisme, le Bureau régional a financé en partie une étude doctorale comparant les outils diagnostiques utilisés pour le paludisme au Yémen.

L'instabilité et l'insécurité qui prévalent dans la Région ont eu un impact sur la mise en œuvre harmonieuse des activités planifiées dans le domaine de la *tuberculose* (Tableau 1.4). Toutefois, 17 pays ont élaboré ou mis à jour des plans stratégiques nationaux pour la période 2011-2015, et 14 pays ont atteint un taux de dépistage de 70 % ou plus (Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, République islamique d'Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Qatar, République arabe syrienne, Tunisie et Yémen). Onze pays ont atteint un taux de succès thérapeutique

La Somalie a atteint un taux de succès de 85 % pour le traitement de la tuberculose grâce à des centres tels que celui de Garowe

Tableau 1.4 Notifications de cas de tuberculose en 2011

Pays	Nouveaux cas à frottis positif	Toutes formes	Taux de notification[a] (frottis positif)	Taux de notification[a] (Toutes formes)	Pourcentage de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif
Afghanistan	13 789	28 167	43	87	77
Arabie saoudite	2 055	4 015	7	14	80
Bahreïn	89	225	7	17	65
Djibouti	1 336	3 723	148	411	70
Égypte	4 508	9 307	5	11	82
Émirats arabes unis	46	106	1	1	64
Iran (République islamique d')	5 539	11 495	7	15	78
Iraq	3 059	9 248	9	28	59
Jordanie	103	344	2	5	60
Koweït	222	672	8	24	61
Liban	188	496	4	12	65
Libye	731	1 545	11	24	71
Maroc	11 822	29 770	37	92	84
Oman	180	337	6	12	85
Pakistan	105 733	270 394	60	153	50
Qatar	197	553	11	30	62
République arabe syrienne	1 027	3 675	5	18	72
Somalie	5 884	12 021	62	126	77
Soudan	7 266	20 385	22	61	58
Soudan du Sud	2 797	7 583	28	76	62
Territoire palestinien occupé	11	32	0	1	69
Tunisie	1 031	3 015	10	28	80
Yémen	3 135	8 713	13	35	63
Région	170 748	425 821	28	70	57

[a] Taux pour 100 000 habitants

supérieur ou égal à 85 % (Afghanistan, Bahreïn, Égypte, Iraq, Koweït, Maroc, Oman, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie et Yémen). La faiblesse des systèmes de santé, les capacités en laboratoires limitées, l'insuffisance de la surveillance thérapeutique et du suivi des perdus de vue, la situation politique dans certains pays constituent les raisons principales qui expliquent que les cibles liées à la réussite thérapeutique ne sont pas atteintes dans les autres pays.

Le réseau de laboratoires s'est développé, notamment pour la culture et les tests de sensibilité des médicaments. La culture liquide a été introduite dans plusieurs pays. La qualité du diagnostic biologique a considérablement augmenté. Le laboratoire de la tuberculose de l'Université Agha Khan au Pakistan a été désigné comme laboratoire de référence supranational régional. L'équipe spéciale sur les nouveaux diagnostics a été mise en place pour guider la mise en œuvre nationale et régionale.

Un système de surveillance et d'évaluation efficace est en place. Les initiatives du partenariat public-privé et de l'approche pratique de la santé respiratoire (APSR) ont été largement introduites dans la Région. La prise de conscience de la nécessité de prendre en compte la prévention, la lutte et les soins parmi les contacts, les réfugiés, les prisonniers, ainsi que la tuberculose chez les personnes vivant avec le VIH et les enfants, et les mesures prises dans ces domaines sont en augmentation.

Dans le domaine des systèmes efficaces de gestion pharmaceutique et de l'accès régulier aux antituberculeux de qualité, l'OMS a continué à fournir un appui technique par le biais des missions du Service pharmaceutique mondial, du renforcement des capacités nationales en matière de gestion pharmaceutique et de la promotion de la présélection des entreprises pharmaceutiques. Tous les pays ont accès aux médicaments antituberculeux et ont un système de gestion des médicaments en place. Des médicaments de qualité garantie sont fournis par l'intermédiaire de ressources gouvernementales ou issues du Fonds mondial. Les pays reçoivent un soutien du Service pharmaceutique mondial pour l'achat d'antituberculeux sous forme de subventions pour des médicaments pédiatriques (22 pays) ou d'achat direct pour les médicaments destinés aux adultes (16 pays). Les mécanismes du Comité Feu vert sont en place dans 11 pays (Djibouti, Égypte, Iraq, Jordanie, Liban, Maroc, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Tunisie). Un plus grand soutien est nécessaire pour la présélection des entreprises pharmaceutiques locales afin de relever comme il se doit les défis posés par les ventes sans ordonnance de médicaments de qualité inconnue, le non-respect des schémas thérapeutiques recommandés et le recours au soutien du Fonds mondial pour les médicaments au lieu des ressources locales.

En ce qui concerne la surveillance et l'évaluation, le système d'enregistrement nominal et de notification par voie électronique est utilisé au niveau national dans six pays (Égypte, Iraq, Jordanie, République arabe syrienne, Somalie et Yémen). Le système de surveillance en ligne basé sur les patients (WEB TBS) a été introduit dans cinq pays (Djibouti, Émirats arabes unis, Iraq, Territoire palestinien occupé et Tunisie). Les pays soumettent régulièrement des rapports trimestriels au Bureau régional par le système DQ en ligne (*DOTS quarterly*), et des rapports fournissant un retour d'information leur sont renvoyés. Douze pays ont maintenant des estimations fiables de la charge tuberculeuse, et les estimations de l'Iraq sont revues au moyen d'une étude fondée sur la méthode capture-recapture (CAPTURE TB) et celles du Pakistan par une enquête sur la prévalence. Les estimations révisées seront publiées dans le rapport mondial sur la tuberculose 2012.

L'OMS a soutenu un renforcement des capacités techniques pour le suivi, la surveillance et l'évaluation ainsi que pour la surveillance de la tuberculose multirésistante dans cinq pays (Djibouti, Iraq, Territoire palestinien occupé, Soudan du Sud et Tunisie). Onze pays ont bénéficié d'un soutien pour effectuer des enquêtes afin d'évaluer la charge de tuberculose multirésistante. Des missions d'examen pour surveiller et évaluer la performance du programme ont été organisées dans six pays (Afghanistan, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Liban, Pakistan et Tunisie). Le Bureau régional est représenté dans l'équipe spéciale mondiale sur la mesure de l'impact.

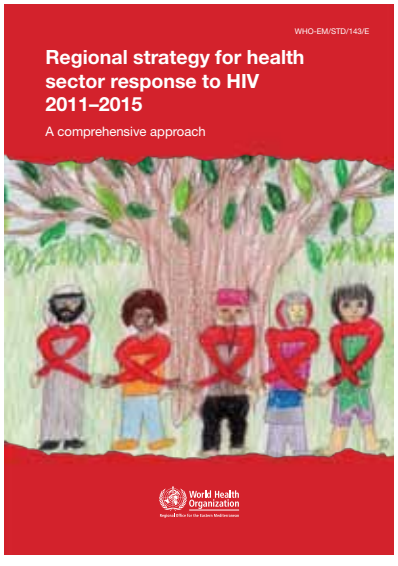
Un appui technique a été fourni pour la mise en place de partenariats nationaux fonctionnels dans le domaine de la lutte contre la tuberculose. La plupart des pays ont préparé des plans pour la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale (SCMS). Seuls huit pays ont officiellement lancé des partenariats nationaux fonctionnels (Afghanistan, Égypte, Jordanie, Koweït, Maroc, Pakistan, République arabe syrienne et Soudan). L'impact des activités SCMS est en cours d'évaluation au moyen d'enquêtes périodiques sur les connaissances, attitudes et pratiques.

Le programme de recherche utilisant le programme des petites subventions pour la recherche a apporté un soutien à plusieurs projets opérationnels concernant le VIH, le paludisme et la tuberculose et a fourni un appui technique à plusieurs autres projets financés par le Fonds mondial. Les résumés des rapports finaux sur la recherche effectuée en 2007-2008 ont été publiés, tout comme les articles parus dans des revues pratiquant l'examen collégial. Un renforcement des capacités sur les méthodes de recherche et la préparation de propositions a fait l'objet d'un soutien et 11 protocoles ont été élaborés pour les maladies ciblées.

Orientations futures

Le Bureau régional soutiendra les pays dans la mise en œuvre de la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015, dont les cibles concernent la participation aux soins du VIH d'au moins 80 % des personnes connues comme vivant avec le VIH et la couverture dans l'ensemble de la région d'au moins 50 % du nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH qui ont besoin d'un traitement antirétroviral d'ici 2015. Elle fait également la promotion de stratégies en vue d'accélérer l'accès aux interventions de prévention et de traitement pour les personnes à risque accru de VIH, dans le but d'atteindre au minimum 20 % avec des interventions de prévention. Un accent particulier sera mis sur l'amélioration de l'information stratégique, et la meilleure compréhension des facteurs permettant l'accès aux populations ayant besoin d'interventions de prévention et de traitement, dans le cadre du contexte politique et culturel de la Région. Une initiative régionale pour l'élimination du VIH chez l'enfant sera lancée.

Le Bureau régional continuera d'aider les pays à atteindre la couverture universelle par la prévention, le diagnostic et le traitement du paludisme qui allient qualité et efficacité par tous les moyens, y compris la participation du secteur privé et de la communauté. Un soutien technique sera apporté à la mise en œuvre de plans biennaux de pays et des projets financés par des bailleurs de fonds. Des efforts seront déployés pour renforcer les capacités de surveillance épidémiologique et entomologique. Les pays ciblés recevront un appui pour réaliser un examen complet du



programme de lutte contre le paludisme et actualiser leurs stratégies nationales. Le soutien au renforcement des capacités comprendra le soutien aux capacités pour une utilisation judicieuse et une gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique, y compris la gestion de la résistance aux insecticides.

Le soutien à la lutte contre la tuberculose se concentrera sur l'amélioration des notifications, l'intensification de la prise en charge de la polypharmacorésistance, la revitalisation de l'initiative d'élimination de la tuberculose, et la mise en place de stratégies pérennes d'un bon rapport coût-efficacité pour éviter le recours excessif au Fonds mondial pour atteindre ces cibles.

Objectif stratégique 3 : Prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux affections chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes

Enjeux et défis

Les maladies non transmissibles représentent 60 % de la charge de morbidité et plus de 50 % de la mortalité dans la Région. Sur la base du *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles 2010*, la prévalence régionale du diabète est la plus forte de toutes les régions, étant comprise entre 12 et 29 %, et les maladies cardio-vasculaires sont responsables de 27 % de tous les décès dans la Région. En outre, la sédentarité, le surpoids et l'obésité sont signalés comme ayant les niveaux les plus élevés dans la Région de la Méditerranée orientale, près de 50 % des femmes et 36 % des hommes n'étant pas suffisamment actifs et plus de 50 % des femmes étant en surpoids et 24 % obèses. L'insuffisance de l'engagement politique et des provisions budgétaires pour les maladies non transmissibles continue de constituer un défi pour la prestation de soins préventifs et institutionnalisés qui soient efficaces et équitables pour les patients touchés par les maladies non transmissibles. L'intégration des services de sevrage tabagique dans les soins de santé primaires est toujours difficile à réaliser du fait du manque de capacités techniques et de l'insuffisance des ressources. Toutefois,

l'adoption des directives pour l'application de l'article 14 de la Convention-cadre pour la lutte antitabac devrait permettre une meilleure compréhension au niveau des pays des besoins exacts en termes de mesures de réduction de la demande eu égard à la dépendance au tabac et au sevrage tabagique.

Les troubles neuropsychiatriques représentent 12 % de la charge de morbidité totale dans la Région. Des études communautaires montrent que les taux de prévalence estimés pour les troubles mentaux chez les adultes seraient compris entre 8,2 et 21 %, les taux de troubles mentaux courants étant significativement supérieurs chez les femmes. On a observé une augmentation des dépenses pour la santé mentale en proportion des budgets de santé, et la part des dépenses consacrées aux soins institutionnels a été considérablement réduite dans la Région, passant de plus de 65 à 38 % pour les dépenses totales en faveur de la santé mentale. Toutefois, la santé mentale ne fait toujours pas partie des priorités dans l'allocation des budgets de santé, et l'utilisation inefficace et inéquitable des ressources pour la prestation de soins institutionnels se poursuit. Les principales difficultés en santé mentale sont les suivantes : la stigmatisation et la discrimination ; l'engagement politique insuffisant et un manque de compréhension du rôle de la santé mentale dans un système de soins de santé global ; des ressources et des capacités nationales et régionales limitées ; et le manque d'intégration de la santé mentale en tant que composante des politiques, des systèmes et de la prestation de services.

Jordanie : inauguration par S. E. le Ministre de la Santé et le Représentant de l'OMS des locaux de la première association nationale d'usagers des services de santé mentale

La charge des traumatismes a continué d'augmenter au niveau mondial ainsi que dans la Région, ceux-ci étant devenus la première cause de décès dans certains groupes d'âge dans plusieurs pays de la Région (base de données sur la charge de morbidité, 2008). Les traumatismes dus aux accidents de la circulation se distinguent parmi les autres types de traumatismes du fait de la mortalité qu'ils engendrent, représentant la sixième cause principale de décès et la première dans le groupe d'âge des 15-29 ans. La mortalité que ces traumatismes engendrent a montré une tendance alarmante à l'augmentation, les décès étant passés à 32,2 pour 100 000 personnes ; le taux de mortalité attribuée aux traumatismes dus aux accidents de la circulation est le plus élevé de toutes les régions. À titre de comparaison, ce taux de mortalité en 2002 s'élevait à 26,4 pour 100 000, qui était alors le deuxième taux le plus élevé après la région de l'Afrique. En outre, les conséquences économiques des traumatismes ne peuvent pas être passées sous silence : d'après les estimations, elles représentent entre 1 et 1,5 % du produit national brut. L'instabilité récente dans la Région est venue s'ajouter à l'énorme charge de traumatismes et d'incapacités qui existe déjà. Les principaux défis en matière de prévention et de lutte contre les traumatismes et les incapacités demeurent quasiment inchangés en termes de ressources

humaines, financières et d'autres types. Il est nécessaire d'avoir une collaboration multisectorielle davantage coordonnée, un engagement politique plus fort et une meilleure couverture et qualité de prise en charge des traumatismes en milieu hospitalier.

Il existe une nécessité pressante de s'attaquer aux déficiences visuelles et auditives et à leurs facteurs de risque en tant que priorité de santé publique. La nécessité d'une sensibilisation politique plus grande à l'ampleur du problème et la traduction de cette sensibilisation en ressources humaines et financières ; le besoin d'une planification nationale efficace qui intègre les soins visuels et auditifs dans les plans de développement sanitaire généraux ; la nécessité de renforcer les infrastructures pour la mise en œuvre de programmes efficaces de soins visuels et auditifs ; et le besoin d'un soutien international plus large au développement font partie des défis qui s'opposent à la prévention et la prise en charge des déficiences visuelles et auditives.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

L'année 2011 a été marquée par un événement historique dans l'engagement en faveur de la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles. Les dirigeants mondiaux ont convenu aux Nations Unies à New York de la nécessité d'une action sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, l'Assemblée générale ayant publié une Déclaration politique à cet égard. Au niveau régional, les États Membres du Conseil de Coopération du Golfe ont pris la tête de l'action et de la réponse suite à la déclaration en élaborant des plans nationaux pour la prévention et la maîtrise de ces maladies. Le Bureau régional a participé activement, avec le Siège de l'OMS et les États Membres, à la préparation de la réunion de haut niveau des Nations Unies, fournissant un soutien pour faciliter les contributions des États Membres à la réunion. Suite à la Déclaration, le Bureau régional a continué à soutenir les États Membres dans le processus de consultation mondiale pour fixer les cibles mondiales et les indicateurs de suivi. Le Bureau régional a poursuivi son soutien technique à l'expérimentation de l'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires, avec l'ajout de trois nouveaux pays (Jordanie, Qatar et Tunisie), portant le nombre total à six pays. Le Bureau régional a aussi continué son soutien technique à l'élaboration et la révision de plans d'action nationaux pour refléter les six objectifs du plan d'action régional et pour passer en revue la surveillance. Un soutien technique a été apporté à l'Égypte et au Qatar pour réaliser l'enquête e-STEPS. Les efforts pour renforcer les interventions en matière de lutte contre le cancer se sont concentrés sur les domaines prioritaires de la prévention, des registres, du dépistage du cancer du sein et des soins palliatifs. Le renforcement des capacités nationales a fait l'objet d'un soutien pour le dépistage du cancer du sein et la sensibilisation communautaire dans ce domaine en Arabie saoudite, en Jordanie et au Koweït, en collaboration avec la Fédération du Golfe pour la lutte contre le cancer et le Centre d'oncologie du Roi Hussein. Un soutien a été fourni à trois pays pour rendre opérationnels des plans nationaux de lutte contre le cancer avec des cadres nationaux pour le suivi de la mise en œuvre (Jordanie, Oman et Soudan).

Des projets de recherche multipays ont été mis en place avec le soutien de centres

collaborateurs régionaux et des partenaires internationaux *Susan G. Komen for the Cure* et l'École européenne d'oncologie. Les programmes nationaux de soins palliatifs en Égypte et en République islamique d'Iran ont été passés en revue en collaboration avec l'École européenne d'oncologie. Un programme d'action régional pour la recherche par priorités a été mis au point, guidé par le programme d'action mondial, en consultation avec les États Membres. Le Bureau régional a continué à travailler de concert avec les centres collaborateurs dans la Région pour renforcer les capacités nationales et régionales. L'activité pour soutenir la prévention et la lutte contre les maladies génétiques et les hémoglobinopathies a été axée sur la production de données et l'examen des lignes directrices et ressources existantes. Suite à une réunion de consultation, organisée en collaboration avec les CDC, une équipe spéciale régionale a été constituée pour élaborer une stratégie sur les hémoglobinopathies et les maladies génétiques courantes.

Le Bureau régional a continué à soutenir le renforcement des capacités pour la *lutte antitabac* avec une activité infrarégionale sur l'intégration des services de sevrage tabagique dans les soins de santé primaires ; l'Égypte, l'Iraq, la Jordanie et Oman y ont participé. Lors du séminaire-atelier régional sur la Convention-cadre pour la lutte antitabac, une session a été organisée sur l'application des directives sur la dépendance tabagique à laquelle tous les États Parties ont participé. Un centre collaborateur de l'OMS a été désigné par la République islamique d'Iran avec comme domaine principal la mise en œuvre des activités liées au sevrage tabagique. Par ailleurs, le renforcement des capacités a été soutenu pour la mise en œuvre de services de sevrage tabagique et de « lignes d'aide au sevrage ».

Sur la base des éléments de preuve générés au moyen de l'instrument d'évaluation des systèmes de santé mentale nationaux (OMS-IESM) et de l'ATLAS régional sur la santé mentale, une stratégie régionale sur la santé mentale et les toxicomanies a été mise au point et approuvée par le Comité régional. L'ATLAS des ressources en santé mentale maternelle, infantile et adolescente dans les pays de la Région a été publié. Un soutien a été fourni à plusieurs autres pays (Émirats arabes unis, Koweït, Qatar, Somalie et Soudan du Sud) pour préparer et mettre au point des politiques et stratégies sur la santé mentale et les toxicomanies fondées sur des bases factuelles. Des professionnels d'Afghanistan et de République islamique d'Iran ont reçu un appui pour participer au cours de santé mentale sanctionné par un diplôme qui est organisé par l'Université de Pune (Inde), en collaboration avec le Siège de l'OMS.

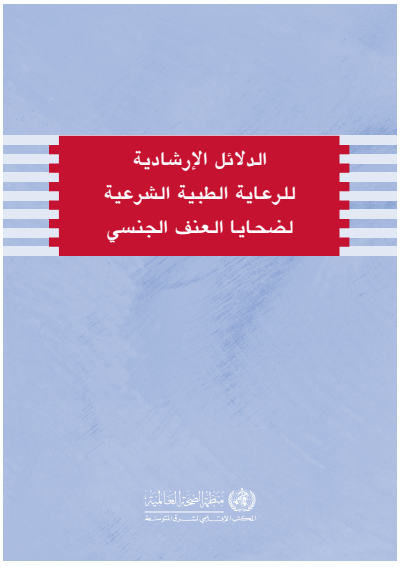
Le renforcement des capacités du personnel de soins de santé primaires à reconnaître et prendre en charge les troubles mentaux courants afin de promouvoir l'intégration de la composante de santé mentale dans les soins de santé primaires est un élément important de l'initiative

Exemple d'activités communautaires pour des mères et leurs enfants en Jordanie : favoriser et préserver la santé mentale

du Programme mondial d'action pour la santé mentale (mhGAP) et a continué de bénéficier d'un soutien, avec une formation organisée au Soudan. Des propositions de projet d'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires en Afghanistan et en Somalie ont été mises au point avec les autorités nationales, et sont actuellement en cours d'examen par les bailleurs de fonds.

Le développement des services communautaires au titre de l'initiative sans chaînes pour les personnes atteintes de troubles neuropsychiques, visant à fournir des services de santé mentale de manière humaine, et dans le respect des droits et de la dignité des utilisateurs des services et de leurs familles, s'est poursuivi en Afghanistan, en Somalie et au Soudan. En collaboration avec le programme d'action humanitaire et pour les situations d'urgence, un soutien psychosocial et en matière de santé mentale a été apporté durant les crises égyptienne et libyenne, ainsi que pour la Somalie et le Soudan et pour les Iraquiens déplacés en Égypte, en Jordanie et en République arabe syrienne. En collaboration avec les programmes de nutrition et de santé scolaire, un module de formation pour les responsables de projet, visant l'intégration du bien-être social et émotionnel dans les écoles engagées dans la promotion de la santé a été mis au point. Un module de formation pour la reconnaissance précoce et la prise en charge des troubles de santé mentale durant la période périnatale a aussi été mis au point, en collaboration avec le programme de santé de la femme et de santé génésique.

L'élan créé autour de la thématique de *la violence, des traumatismes et des incapacités* a augmenté aux niveaux mondial et régional, les États Membres ayant pris un certain nombre d'engagements internationaux. Toutefois, ces derniers doivent être traduits dans des mesures concrètes au niveau des pays pour freiner la charge croissante de traumatismes et prendre en charge les incapacités de manière plus efficace. La décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 a été lancée aux niveaux mondial et régional et plus de 14 pays ont désigné des points focaux nationaux pour cette décennie. Le premier rapport de situation biennal sur la sécurité routière a été soumis au Comité régional. Vingt pays ont participé à l'exercice menant à la préparation de ce deuxième rapport biennal sur la sécurité routière, ce qui a été suivi par une réunion régionale pour mettre à profit cet exercice et planifier des activités dans les pays. Cet exercice a constitué un bon exemple d'une collaboration couronnée de succès au sein de l'OMS, entre l'OMS et les États Membres et entre les secteurs concernés dans les États Membres. La collecte de données fiables sur toutes les formes de traumatismes demeure un défi. Le Bureau régional a apporté son soutien à l'Arabie saoudite, l'Égypte, l'Iraq, Oman et au Yémen pour la surveillance des traumatismes. Les efforts dans le domaine de la sécurité routière se sont poursuivis



dans le cadre du projet « Road safety in 10 countries [Sécurité routière dans 10 pays] » en Égypte. Un cadre stratégique pour la prévention des traumatismes de l'enfant et de l'adolescent a été élaboré en collaboration avec le programme de santé de l'enfant et de l'adolescent pour soutenir des mesures concrètes et constructives en vue de sa mise en œuvre dans les pays.

L'accent mis sur les incapacités et la réadaptation a continué à s'intensifier suite à la présentation officielle des nouvelles lignes directrices sur la réadaptation communautaire et du *Rapport mondial sur le handicap*. L'appui fourni à la collecte des données sur le handicap sur la base de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIH) s'est poursuivi en Égypte, en République islamique d'Iran, en Iraq, en Jordanie et en République arabe syrienne. L'initiative régionale visant à améliorer les programmes de formation en prosthétique et orthoptie s'est poursuivie, avec un soutien fourni à certaines institutions de formation pour qu'elles puissent devenir des centres reconnus au plan international. Un nombre croissant de pays - en particulier, l'Arabie saoudite, l'Égypte, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, la Libye, le Pakistan, le Soudan et la République arabe syrienne - étaient engagés activement dans diverses activités.

La traduction en arabe des directives sur la réadaptation communautaire et du *Rapport mondial sur le handicap* a été achevée. Le Bureau régional a participé activement à la présentation officielle du rapport au niveau mondial et à l'élaboration continue d'un module d'apprentissage en ligne pour ces directives. L'équipe spéciale régionale sur le handicap a continué de collaborer avec l'équipe spéciale mondiale tout en menant également ses propres activités. Un séminaire a été organisé sur la Convention des Nations Unies sur les droits des personnes handicapées, avec la participation de l'OMS et des principaux acteurs d'organisations régionales et mondiales. Des efforts ont été déployés pour intégrer les considérations relatives aux handicaps dans les programmes de l'OMS. Les capacités nationales ont été renforcées par la participation aux conférences internationales et aux cours de formation internationaux, régionaux et nationaux dans le domaine de la surveillance et de la prévention des traumatismes. Avec le soutien technique apporté par l'OMS, ces activités et missions dans les pays ont contribué à l'identification des priorités, lacunes et contraintes auxquelles les programmes nationaux sont confrontés ainsi que les mesures à prendre pour mettre en œuvre les interventions et exécuter les activités au niveau des pays.

Dans un effort visant à améliorer les activités en matière de santé oculaire et de *prévention de la cécité*, le Bureau régional a soutenu le renforcement des capacités pour intégrer et renforcer les soins oculaires primaires dans les soins de santé primaires.

Les progrès réalisés au niveau des pays dans la mise en œuvre du plan d'action de l'OMS pour la prévention de la cécité évitable 2009-2013 ont été passés en revue lors d'une réunion régionale organisée en collaboration avec l'Organisation mondiale contre la cécité pour la Région de la Méditerranée orientale.

La Journée mondiale de la vue, le 13 octobre, a été célébrée en collaboration avec le ministère égyptien de la Santé et le Lions Clubs-District 352 à Ashmoon dans la Gouvernorat de Ménoufya avec l'inauguration du *Lions Ashmoon Eye Hospital* [Hôpital pour soins ophtalmologiques Lions d'Ashmoon]. Le Bureau régional a mis au point des matériels pour sensibiliser et délivrer des messages clés sur l'importance et l'efficacité de la chirurgie de la cataracte, sur l'importance du fait d'éviter les complications chez les patients diabétiques et de la promotion des tests périodiques et du port de lunettes lorsque nécessaire.

Pour réduire la cécité due à la cataracte en Afghanistan, plus de 1500 opérations chirurgicales de la cataracte ont été réalisées avec le soutien financier de la Société koweïtienne du Fonds d'aide aux patients. Le centre de formation de l'Hôpital pour soins ophtalmologiques Noor de

Kaboul (Afghanistan) a été renforcé, en collaboration avec le *College of Ophthalmology and Allied Vision Sciences, King Edward Medical University*, Lahore (Pakistan). Plus de 3000 opérations de la cataracte ont été réalisées par le Centre ophtalmologique national de Mogadiscio (Somalie) dans des camps ophtalmologiques organisés en collaboration avec le ministère de la Santé et l'organisme caritatif Manhal, financé par la Société koweïtienne du Fonds d'aide aux patients.

Participants à la réunion régionale sur les soins de santé oculaires primaires

Le Centre de recherche ophtalmologique de l'Université de médecine Shahid Beheshti de Téhéran (République islamique d'Iran) a été désigné centre collaborateur de l'OMS pour la prévention de la cécité, et le Centre de recherche pour les pathologies de la gorge, de la tête et du cou, Université des Sciences médicales de la République islamique d'Iran, Téhéran, comme centre collaborateur pour la recherche et l'enseignement dans le domaine de la perte d'audition. Du matériel et des kits pour les soins oculaires ont été fournis en Afghanistan, en Somalie, au Soudan et au Yémen. Le Bureau régional, en collaboration avec l'Université Roi Saud, a soutenu le renforcement des capacités pour l'amélioration et l'intégration des programmes de soins oculaires et auditifs dans le cadre des soins de santé primaires.

Orientations futures

Le Bureau régional continuera à fournir un soutien à certains pays dans la mise en œuvre des plans nationaux, guidés par les stratégies régionales. Un soutien sera apporté pour l'intégration des maladies non transmissibles, le sevrage tabagique, les déficiences visuelles, les traumatismes et la santé mentale et les toxicomanies dans les soins de santé primaires et pour le renforcement des capacités à l'appui des activités d'intégration. Un plaidoyer sera effectué en vue de renforcer l'engagement politique et les ressources dans tous les domaines. Davantage de pays bénéficieront d'un appui pour compléter l'enquête Stepwise, l'évaluation à l'aide de l'instrument IESM-OMS et l'évaluation rapide de l'enquête sur la cécité évitable, ainsi que pour la mise au point d'informations fondées sur des bases factuelles. L'exploitation des atouts dans la Région et la poursuite de la collaboration entre les pays seront renforcées. Le Bureau régional s'attachera à traduire les engagements pris par les institutions des Nations Unies et les États Membres aux niveaux mondial et régional dans des actions au niveau des pays dans différents domaines, notamment les maladies non transmissibles, la sécurité routière, les traumatismes et le handicap chez l'enfant.

Égypte : Le Gouverneur de Menoufia inaugure l'Hôpital Lions pour les soins oculaires lors de la Journée mondiale de la vue 2011

Objectif stratégique 4 : Réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé durant les stades de vie importants, dont la grossesse, l'accouchement, la période néonatale, l'enfance et l'adolescence, améliorer la santé sexuelle et génésique et promouvoir le vieillissement actif et en bonne santé de tous les individus

Enjeux et défis

La Région a connu une réduction de 32 % de la mortalité des moins de cinq ans entre 1990 et 2010. Toutefois, les pays n'ont pas tous progressé au même rythme. Quatre pays ont réalisé l'objectif 4 du Millénaire pour le développement et six pays sont en bonne voie pour l'atteindre ; il est très improbable que les autres pays y parviennent. Six pays ont réalisé l'objectif 5 du Millénaire pour le développement, neuf pays sont en bonne voie pour l'atteindre, tandis que huit pays ne devraient pas pouvoir réaliser cet objectif. On dispose d'éléments de preuve montrant que la couverture par les interventions dans le cadre de la prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME) a contribué à la réduction substantielle du taux de mortalité des moins de cinq ans. Néanmoins, le rythme de la mise en œuvre de la PCIME dans la plupart des pays demeure lent et on est loin d'atteindre la couverture universelle. La forte rotation du personnel qualifié, l'absence de plans pour atteindre la couverture universelle par la PCIME et la grave réduction du niveau de fonds alloués à la santé maternelle et infantile demeurent les principaux obstacles au progrès. La mise en œuvre pratique des lignes difectrices OMS pour la prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC) est également confrontée à des difficultés, entravant les efforts destinés à améliorer la qualité des services de santé maternelle et néonatale. Malgré le mouvement international en faveur de la santé des adolescents, tous les pays n'ont pas établi une structure en charge de la santé des adolescents dotée d'un mandat clair, et disposant d'une allocation de ressources humaines et financières nécessaires. La rareté des données ventilées selon l'âge et le sexe continue de poser un défi au processus de rédaction de rapports suite à l'analyse de la situation relative à la santé de l'adolescent. Le manque d'outils et de guides représente un autre défi majeur pour la mise en œuvre et le suivi des interventions de santé de l'adolescent.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Dans le domaine de la *santé maternelle et néonatale*, des efforts ont été déployés pour promouvoir l'utilisation des bases factuelles, des produits et des technologies importants au plan national et régional et disponibles pour améliorer ce domaine. Des normes et des outils régionaux ont été mis au point, lesquels faciliteront le suivi et l'évaluation

des programmes nationaux et permettront d'évaluer leur impact sur la santé maternelle et néonatale. Le répertoire de recherche en santé génésique a continué à soutenir la planification stratégique de la promotion de la santé des mères et de leurs nouveau-nés. La surveillance, l'analyse et la notification efficaces de la morbidité et de la mortalité maternelle et néonatale étant essentielles pour guider les efforts visant à améliorer la qualité et la gestion des services d'état civil, le Bureau régional s'est lancé dans le développement de formulaires d'enregistrement générique des données des clients en matière de santé maternelle et néonatale dans les établissements. Ceci permettra de continuer à standardiser les systèmes d'information sur la santé maternelle et néonatale.

Le Bureau régional a continué à encourager les activités nationales visant à fournir des soins maternels et néonatals de qualité dispensés par des agents de santé qualifiés au moyen de l'élaboration de manuels de formation pour faciliter l'examen, l'adaptation et la mise en œuvre des lignes directrices IMPAC. Des plans de travail de pays ont été préparés lors d'une réunion interpays pour la promotion de la santé maternelle et néonatale. Ils ont été pris en compte dans la planification des programmes de collaboration conjoints entre l'OMS et les pays pour la période 2012-2013.

Dans le domaine de la protection et de la promotion de la *santé de l'enfant et de l'adolescent*, le Bureau régional a poursuivi son soutien aux pays pour augmenter la couverture par la PCIME en tant que stratégie principale prenant en compte les besoins liés à la santé de l'enfant de manière intégrée et standardisée. Actuellement, la PCIME est mise en œuvre dans 71 % des établissements de soins de santé primaires dans 13 pays, dont cinq devraient atteindre la couverture universelle par la PCIME. L'analyse de la mise en œuvre de la PCIME (Figures 1.1 et 1.2) en Égypte a montré que la couverture universelle par les interventions de PCIME a considérablement contribué à l'accélération des progrès réalisés sur la voie de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement. Entre 1990 et 2010, l'Égypte a atteint une réduction de 77 % de la mortalité des moins de cinq ans. Ceci représente une réalisation remarquable. Pour garantir la qualité de la mise en œuvre

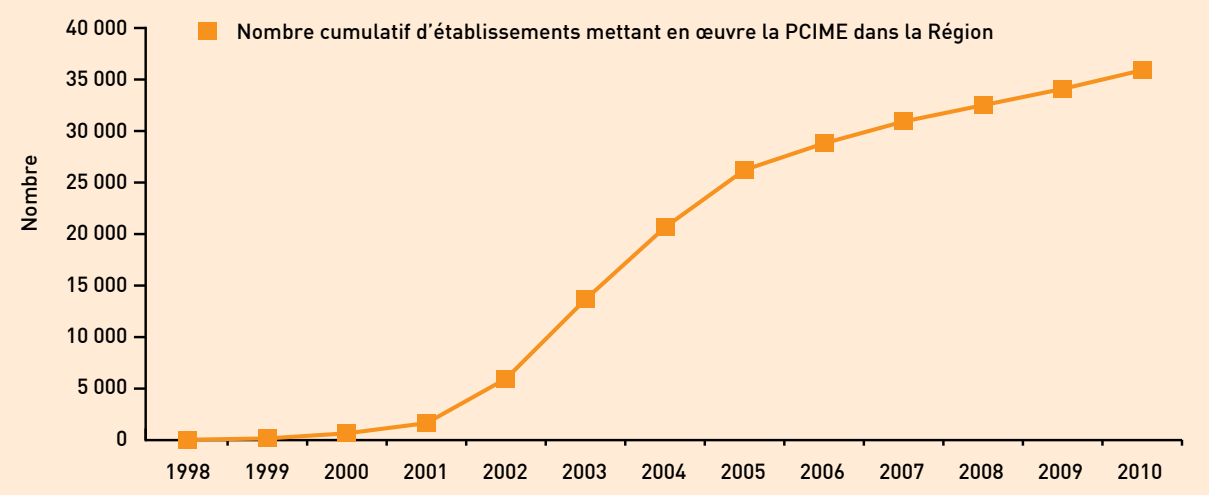


Figure 1.1 Établissements de santé mettant en œuvre la PCIME dans la Région, 1998-2010

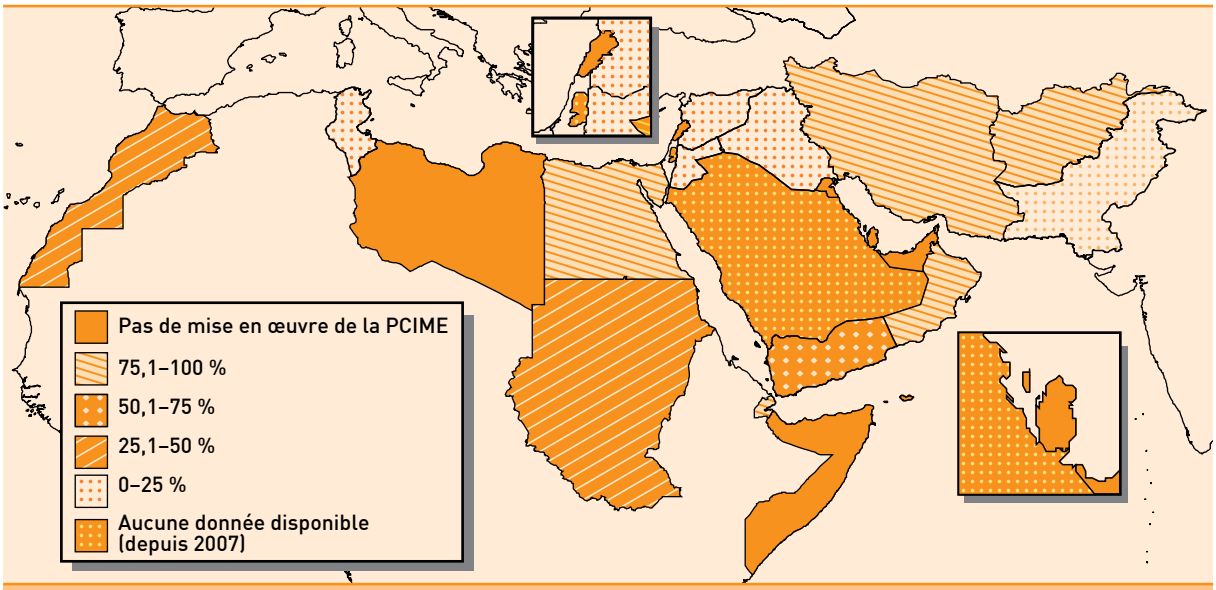
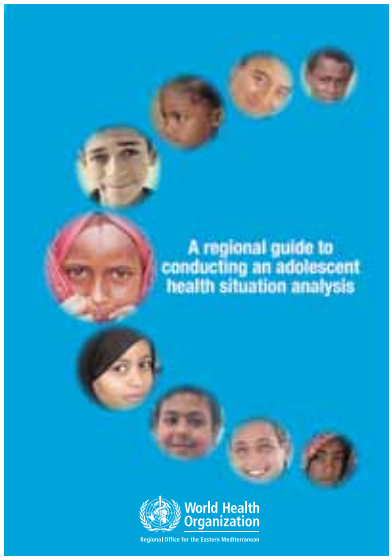


Figure 1.2 État d'exécution (%) par les établissements de santé mettant en œuvre la PCIME dans la Région

des interventions en santé de l'enfant, le Bureau régional a apporté un soutien à l'examen des programmes de santé de l'enfant et de la PCIME en Jordanie et au Qatar. L'ensemble de services PCIME dans les pays qui mettent en œuvre la stratégie comporte une forte composante néonatale qui prend en compte les problèmes les plus courants des nouveau-nés et inclut un volet préventif pour l'allaitement au sein et la garantie d'un statut vaccinal approprié.

La pérennité de la mise en œuvre de la PCIME a continué à être mise en évidence au moyen du module de formation avant l'emploi Actuellement, 61 écoles de médecine ont pris des mesures pour introduire la PCIME dans leurs programmes d'enseignement pédiatrique. Le Bureau régional a fourni un soutien technique pour évaluer la formation à la PCIME dans une école de médecine au Pakistan. Un soutien a aussi été fourni pour orienter le personnel d'enseignement de 14 écoles de médecine en Jordanie et au Pakistan. Le champ de la formation à la PCIME avant l'emploi a été élargi et un soutien technique a été fourni pour l'organisation du premier séminaire-atelier d'orientation et de planification pour cinq écoles d'infirmières en Jordanie.

Pour aider les pays à élaborer des programmes de santé de l'adolescent, le Bureau régional a mis au point une approche programmatique mise en évidence par le cadre stratégique sur la santé de l'adolescent. Ce cadre propose une approche progressive par phases en direction d'un programme complet de santé de l'adolescent et a été adopté par les pays durant une réunion régionale. Le Bureau régional a continué de travailler avec les pays pour mettre en place un programme et une structure de santé de l'adolescent. À ce jour, 10 pays ont mis en place un programme de ce type au sein de la structure du ministère de la santé. Un guide régional pour réaliser une analyse de la situation sur la santé de l'adolescent a été publié pour aider les pays dans le processus de planification et de mise en œuvre des programmes prenant en compte la santé de l'adolescent. Un soutien technique a été fourni à huit pays pour élaborer de tels rapports



d'analyse. Un guide régional sur les indicateurs de base de la santé de l'adolescent a été mis au point en consultation avec les pays et les capacités ont été renforcées dans la détermination des priorités sanitaires. Ceci a entraîné l'identification de grandes lignes générales dans le module préliminaire sur la santé de l'adolescent. Un projet de guide régional sur les programmes de santé de l'adolescent a été mis au point. Un séminaire-atelier de planification et d'examen du programme de santé de l'adolescent à Oman a fait l'objet d'un soutien.

Suite à la Déclaration de Mascate de 2010 sur le renforcement de services de santé scolaires pour s'attaquer aux défis actuels et futurs, un ensemble standard pour l'intensification des services de santé scolaire a été élaboré. Le résultat de l'enquête interpays sur les services de santé scolaire réalisée en 2010 a été utilisé pour fournir des éléments de preuve et orienter le renforcement des capacités sur la santé scolaire et la promotion de la nutrition.

Dans le domaine de la *santé génésique et de la recherche* dans ce domaine, le Bureau régional a maintenu son soutien technique aux efforts nationaux visant à accélérer les progrès réalisés pour atteindre les cibles et les objectifs de développement internationaux liés à la santé génésique et sexuelle. L'Afghanistan, l'Iraq, la Somalie et le Soudan du Sud ont reçu un appui pour l'élaboration de leurs stratégies et plans d'action en matière de santé génésique pour la période 2011-2015. Le Bureau régional a élargi son appui technique à l'Afghanistan et au Yémen afin de développer leur cadre national pour l'engagement à accélérer la réalisation des objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement.

Avec le Bureau régional de l'UNFPA pour les États arabes, le Bureau régional a soutenu le renforcement des capacités pour les conseils en matière de santé génésique. Ceci a entraîné l'élaboration de plans pour huit pays afin de renforcer les capacités de prestataires en conseils en matière de santé génésique et de mise en place d'un groupe régional de formateurs. Cet exercice sera répété en 2012 pour couvrir les autres pays.

Le Bureau régional a réalisé une enquête pour cartographier la mise en œuvre des meilleures pratiques dans les politiques et les programmes concernant la planification familiale. Des réponses ont été reçues de 18 pays, dont 17 ont confirmé la disponibilité de la majorité des composantes essentielles pour assurer le succès des programmes de planification familiale. Cinquante-huit cartes pour le système d'information géographique ont été produites pour décrire les résultats de l'enquête et un article a été soumis pour publication.

Dans le domaine du *vieillissement actif et en bonne santé*, le Bureau régional a soutenu la documentation des activités nationales au moyen d'un outil global régional. Cette activité a été complétée par des missions d'enquête sur le terrain en République

islamique d'Iran, en Jordanie et en République arabe syrienne. Afin de renforcer les capacités pour fournir des services de santé respectueux des besoins des personnes âgées dans les centres de soins de santé primaires, un guide régional de formation a été mis au point par un groupe régional d'experts, dont la parution est prévue en 2012. Plusieurs pays (Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, Jordanie, Oman, Qatar, République arabe syrienne et Tunisie) ont manifesté leur intérêt pour l'adoption d'une initiative Soins de santé primaires respectueux des besoins des personnes âgées. L'initiative Villes-amies des aînés a continué d'attirer l'attention des pays. La République arabe syrienne a poursuivi ses efforts pour institutionnaliser cette initiative dans des villes telles que Hamah, Deir Atiyeh et Suwaida. Amman en Jordanie a poursuivi son chemin vers l'amélioration de la qualité de vie des personnes âgées dans sa capacité de ville-amie des aînés. Le Bureau régional a soutenu la participation des pays à la première Conférence internationale des villes-amies des aînés visant à lier les efforts mondiaux et à partager des expériences. Le thème de la Journée mondiale de la Santé 2012 étant « Vieillissement et santé », un plan de travail complet pour célébrer cet événement a été préparé et examiné lors d'un séminaire-atelier interpays.

Orientations futures

Certains pays ont peu de chance de réaliser les objectifs 4 et 5 du Millénaire pour le développement, à moins qu'ils ne produisent des efforts considérables. Une attention spécifique doit être accordée à un certain nombre de domaines prioritaires : la révision des programmes de formation des écoles de médecine et d'enseignement paramédical basée sur les informations contemporaines ; l'intensification de la prestation de soins de santé spécialisés pour les périodes clés de l'existence ; la promotion des pratiques saines liées aux modes de vie, tels l'espacement des naissances, l'allaitement au sein et le dépistage en santé pour la détection précoce des maladies et leur prévention ; le développement de la recherche sur les facteurs culturels et opérationnels contribuant à la fourniture et l'utilisation des services de santé ; et le soutien aux pays pour mettre en place et renforcer les systèmes de surveillance de la santé maternelle, néonatale et infantile afin d'être en mesure de cibler efficacement les interventions.

Objectif stratégique 5 : Réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques

Enjeux et défis

Un nombre sans précédent de pays de la Région ont été touchés par tous les types de catastrophes naturelles et causées par l'homme. En outre, le « printemps arabe » et l'impact qu'il a eu ont déclenché des troubles civils qui se sont produits dans plusieurs pays de la Région, faisant peser une charge sur les systèmes de santé en ce qui concerne la prestation des services médicaux urgents. Confrontés à une augmentation

de la demande de services de ce type, les partenaires mondiaux dans le domaine de la santé, à l'appui des ministères de la santé, ont recouru au système des groupes des Nations Unies comme véhicule permettant de fournir les services essentiels ainsi que les programmes de santé publique préventive à Bahreïn, en Libye, en République arabe syrienne, en Tunisie et au Yémen. Outre des situations d'urgence complexes, les inondations au Pakistan et au Soudan ont nécessité un soutien organisationnel important pour mettre sur pied des opérations dans les zones touchées et pour plaider en faveur des besoins des populations déplacées en matière de santé publique. La sécheresse dans la Corne de l'Afrique et la famine qui en découle en Somalie ont représenté un énorme défi pour la communauté humanitaire internationale afin d'obtenir un accès à ceux qui sont le plus dans le besoin, de gérer un certain nombre de flambées épidémiques et de soutenir les personnes déplacées. Les capacités limitées dans le secteur de la santé de ces pays ont entravé davantage les efforts collectifs effectués par la communauté des organisations humanitaires.

Le nombre des personnes déplacées dans leur pays dans la Région a plus que triplé au cours des dix dernières années (selon le *Internal Displacement Center*), quatre pays figurant parmi les dix principaux pays dans le monde à accueillir des pourcentages élevés de populations déplacées par nombre d'habitants - Iraq 9 %, Territoire palestinien occupé 9 %, Somalie 16 % et Soudan 13 %. Ces populations vulnérables continuent à faire face à des menaces visant leur intégrité physique, à des difficultés d'obtention de l'accès aux services de santé de base, et à une insécurité, empêchant leur croissance et leur développement.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

L'OMS a joué un rôle clé dans la mise en place d'un financement humanitaire commun pour le Pakistan, la Somalie et le Soudan et a élargi les partenariats humanitaires régionaux dans le cadre du groupe Santé en signant de nouveaux accords de collaboration technique. Ces derniers incluent un accord avec l'Union des médecins arabes, qui compte plus de 10 000 médecins enregistrés lesquels peuvent être déployés dans un contexte de situation d'urgence en vue de la prestation de services de santé. La collaboration et l'interaction avec les membres du Comité interinstitutions permanent pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord ont permis l'élaboration de plans d'urgences pour les crises en Égypte, en Libye, en République arabe syrienne et au Yémen. Le groupe Santé des Nations Unies a aussi été mis en place à Djibouti et en Libye.

L'OMS a continué à soutenir les pays en crise au moyen du cadre global pour la riposte aux situations d'urgence et le redressement rapide dans le secteur

Un patient du service de traumatologie est soigné par un médecin libyen à l'hôpital Aljalaa de Benghazi

de la santé. L'outil Concept des opérations (ConOps) mis au point pour différents scénarios a été testé et utilisé en Égypte, en Libye, au Pakistan, en Somalie, en Tunisie et au Yémen. En l'absence d'un bureau de l'OMS opérationnel durant la crise en Libye, l'OMS et la plupart des institutions des Nations Unies ont fonctionné à partir du Caire, et, dans une certaine mesure, plus tard à partir de Zarzis en Tunisie. Le Bureau régional a pris la tête de la coordination de la réponse du secteur de la santé, développant les partenariats et faisant en sorte que les lacunes soient comblées. En outre, un appui technique a été fourni aux pays se relevant d'une catastrophe naturelle ou d'un conflit, en particulier pour les évaluations post-conflits et la planification pour le relèvement rapide, de concert avec les autorités nationales, la Banque mondiale et d'autres partenaires, par exemple à Djibouti, en Libye, au Pakistan, au Soudan et au Soudan du Sud.

Le renforcement des capacités a fait l'objet d'un soutien dans le domaine de la gestion des situations d'urgence, s'intéressant à la riposte aux situations d'urgence, la préparation et le relèvement rapide, et incorporant la réduction des risques de catastrophes à tous les niveaux. Des activités nationales de renforcement des capacités ont été soutenues pour la gestion des risques de santé publique à Oman, dans le Territoire palestinien occupé et au Qatar, pour la riposte aux flambées épidémiques et la lutte contre ces flambées dans les situations d'urgence en Égypte, en Jordanie et au Liban, et pour la lutte contre les maladies transmissibles dans les situations d'urgence en Égypte. Le renforcement régional des capacités a été soutenu en collaboration avec Merlin et le Comité international des réfugiés pour l'analyse de la désorganisation des systèmes de santé, et avec le soutien du Centre asiatique de préparation aux catastrophes pour la préparation nationale des hôpitaux. Les modules de formation pour les situations d'urgence et l'action humanitaire ont été évalués afin de mettre au point un cours de formation approprié pour préparer les professionnels de la santé à fournir une réponse immédiate en situation d'urgence.

Des fournitures régionales d'urgence ont été pré-positionnées à Dubaï en préparation de futures urgences et catastrophes. Des modes opératoires normalisés et un plan de continuité des opérations ont été mis au point pour le Bureau régional.

Le cadre comprenant tous les risques pour la gestion des situations d'urgence a fait l'objet d'une promotion et a été mis en œuvre dans plusieurs pays pour institutionnaliser la gestion des situations d'urgence dans le secteur de la santé. Des résolutions ont été adoptées par le Comité régional, l'Assemblée mondiale de la Santé et le Conseil exécutif, mettant davantage l'accent sur la nécessité de la préparation aux situations d'urgence et de la réduction des risques de catastrophe dans le secteur de la santé. Tous les pays ont intégré la réduction des risques de catastrophe dans leurs systèmes de santé. Le programme de sécurité des établissements de santé constitue une composante clé de la stratégie. Ce programme est largement préconisé et mis en œuvre au Liban et à Oman, alors que l'Afghanistan et le Soudan l'ont mis en route. Les activités de réduction des risques de catastrophe à base communautaire ont été renforcés en République islamique d'Iran, au Pakistan et au Soudan.

Le premier programme régional de communication sur les risques pour la santé a été mis au point à l'attention des écoliers, sous la forme d'une bande dessinée, en collaboration avec la Stratégie internationale des Nations Unies pour la réduction des risques (UNISDR). Cette bande dessinée a

fait l'objet de tests sur le terrain dans les pays et sera maintenant développée davantage. La coordination et la collaboration avec d'autres bureaux régionaux s'est poursuivie pour mettre au point de nouveaux protocoles et de nouvelles pratiques, dont un outil d'évaluation des capacités nationales et un plan d'action mondial pour des hôpitaux à l'abri des catastrophes.

Un partenariat avec d'autres institutions dont l'UNISDR, le PNUD, l'UNOCHA, le PAM, l'UNICEF, l'Université Roi Saud, la Ligue des États arabes, et le Centre asiatique pour la préparation aux catastrophes, a été renforcé pour permettre une collaboration pour la gestion des situations d'urgence et la planification et le soutien au renforcement des capacités. La réponse apportée par l'OMS à la crise libyenne a montré que l'Organisation et les pays voisins étaient prêts à répondre à de tels événements.

Orientations futures

Les catastrophes et les crises ont entraîné une augmentation de l'insécurité, de l'instabilité, de la vulnérabilité de la population, des déplacements et de la pauvreté au niveau régional. Un grand nombre d'enseignements peuvent être tirés de ces événements pour être incorporés dans la planification et le développement programmatique futurs. Toutefois, après environ dix années de gestion des situations chroniques, de renforcement des capacités nationales et de tentatives visant à réduire les risques, le besoin de réformer le programme des situations d'urgence est évident et opportun. L'OMS s'est lancée dans l'élaboration au niveau mondial d'un nouveau cadre conceptuel qui orientera son travail dans les opérations d'urgence et de sécurité sanitaires à l'avenir. Les critiques croissantes exprimées par les États Membres et les bailleurs de fonds ainsi que les récentes évaluations ont mené à la conclusion selon laquelle la communauté internationale n'a pas harmonisé ses capacités pour réduire collectivement la morbidité, la mortalité et les incapacités dans le sillage des situations d'urgence de grande envergure. La création d'un programme de transformation dirigé par le Coordonnateur des Nations Unies pour les opérations de secours et le Comité permanent interinstitutions concentrera l'action sur un certain nombre de domaines, dont la gestion de l'information, le leadership, l'obligation redditionnelle et la coordination des partenaires pour les opérations de secours. La nécessité d'investir dans des mesures pour la résilience en cas de catastrophes aux niveaux local et national demeure une priorité essentielle pour le secteur de la santé et c'est un aspect qui est caractérisé par un manque évident de financement. La prochaine période biennale s'intéressera à la mise au point et l'expérimentation de systèmes pour gérer tous les événements de survenue rapide dans la Région. Les capacités organisationnelles et de niveau national pour gérer ces événements seront renforcées, avec

une insistance significative sur la gestion de l'information et des connaissances et le fait de faire progresser les meilleures pratiques en matière de santé publique. De nouveaux partenariats seront mis en place dans le but d'accélérer les activités de réduction des risques et de préparation.

Objectif stratégique 6 : Promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque

Enjeux et défis

On constate une attention et un engagement politiques croissants à l'égard de la lutte contre les facteurs de risque liés aux affections de santé, en particulier les maladies non transmissibles, associées à la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque. Ceci est apparu clairement dans la déclaration politique adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies en 2011 sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Toutefois, ces facteurs de risque continuent de représenter un défi pour la Région, compte tenu de l'impact négatif non seulement sur la situation sanitaire de la population mais aussi sur la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement et sur le développement national. Selon les estimations, les taux régionaux de tabagisme, de sédentarité et de surpoids et d'obésité sont compris entre 11 et 30 %, 30 et 87 % et 30 et 75 % respectivement. La prévalence des troubles liés à l'abus de substances psychoactives est estimée à 3500 pour 100 000 et celle de la consommation de drogues injectables à 172 pour 100 000. Ces affections représentent une perte de 4 années de vie corrigées en fonction de l'incapacité (AVCI) pour 1000 et 9 décès pour 100 000, par rapport à la perte de 2 AVCI pour 1000 et 4 décès pour 100 000 dans la population au niveau mondial. La Région a les taux les plus faibles de troubles dus à la consommation d'alcool, plus de 80 % des hommes et 95 % des femmes étant abstinents, contre 46 % et 73 % au niveau mondial.

Un engagement politique à haut niveau, des interventions législatives et la présentation de politiques de santé publique sont nécessaires. Il est en outre nécessaire d'engager des ressources humaines et financières supplémentaires, d'utiliser plus efficacement les ressources existantes, d'encourager les synergies entre les secteurs, de renforcer les capacités pour permettre une meilleure mise en œuvre de la législation et de la politique, et de développer des services de prévention, de traitement et de réadaptation intégrés. Les défis supplémentaires sont dus à l'absence de cadre conceptuel commun pour l'éducation sanitaire et la promotion de la santé afin de développer les compétences des professionnels d'une part

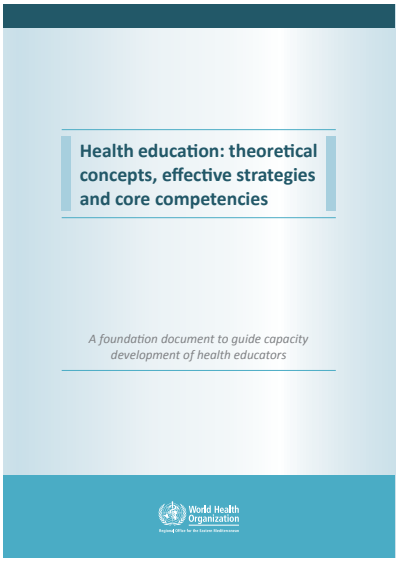
et des interventions axées sur la réduction des facteurs de risque pour la santé d'autre part. Les situations d'urgence complexes et aiguës qui prévalent dans la majorité des pays représentent également un problème contextuel important qui tend à détourner l'attention et les ressources sur ces facteurs de risque au détriment des actions concrètes. Un engagement ciblé, durable et coordonné des ressources en vue de prévenir ou de réduire les facteurs de risque est nécessaire si l'on veut obtenir un impact mesurable sur la mortalité et la morbidité ainsi qu'une meilleure qualité de vie pour les populations de la Région.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

La promotion de la santé et de l'éducation sanitaire sont des approches et des outils essentiels pour s'attaquer aux facteurs de risque de maladies transmissibles et non transmissibles. Afin de renforcer les capacités pour la promotion de la santé et l'éducation sanitaire aux niveaux national et local, le Bureau a continué à poursuivre deux initiatives. La première concernait l'élaboration d'un cours régional destiné aux administrateurs de la promotion de la santé et de l'éducation sanitaire, en collaboration avec des institutions universitaires issues de la Région et d'autres régions. Ce cours comprend un ensemble de compétences de base identifiées par des experts aux niveaux mondial et régional. Il a été expérimenté au Koweït et au Qatar et il est prévu de le lancer au niveau régional en collaboration avec certains partenaires universitaires. La deuxième initiative s'appuie sur le programme du leadership pour la promotion de la santé PROLEAD, mis en route dans la Région du Pacifique occidental, qui a déjà été mis en œuvre dans six pays et sera élargi à d'autres pays. Si les deux premières séries du programme PROLEAD se sont concentrées sur le renforcement des partenariats pour la promotion de la santé, la prochaine série sera consacrée au renforcement des infrastructures et au financement de la promotion de la santé.

Dans le cadre du suivi des recommandations issues de la Conférence de Nairobi sur la promotion de la santé, un outil en ligne a été mis au point pour promouvoir la documentation des initiatives d'éducation sanitaire et de promotion de la santé dans les pays dans le but d'établir une base de données recensant les interventions couronnées de succès. Suite au lancement d'un cadre régional sur l'alimentation, l'activité physique et la santé en 2010, un soutien a été fourni à plusieurs pays pour mettre en œuvre leurs plans d'action.

Dans le domaine de la santé bucco-dentaire, le Bureau régional a réalisé une enquête rapide sur l'état de santé bucco-dentaire et les capacités des pays. Suite à cet exercice, un document conceptuel



soulignant les principaux défis et présentant les orientations stratégiques proposées en matière de santé bucco-dentaire a été examiné lors d'une réunion interpays et a débouché sur l'Appel à l'action d'Ispahan pour la promotion de la santé bucco-dentaire dans la Région. Les domaines prioritaires comprennent l'élaboration d'une stratégie régionale sur la promotion de la santé bucco-dentaire, un ensemble central d'indicateurs de promotion de la santé bucco-dentaire, et la mise en place d'un système de surveillance de ce domaine. Quatorze pays ont élaboré des plans d'action sur la santé bucco-dentaire.

Une attention particulière a été accordée à la prise en compte des besoins de santé des groupes de population vulnérables, en particulier des réfugiés libyens du fait de la crise dans ce pays et des enfants scolarisés. Le Bureau régional a mis au point des ressources d'éducation sanitaire ciblant les réfugiés vivant dans les camps. Des matériels d'éducation sanitaire destinés aux enfants scolarisés ont été préparés en collaboration avec l'UNISDR ; il s'agit de la série des Superzamis, qui vise à aborder des questions de santé telles que les modes de vie sains, l'environnement, la sécurité alimentaire et chimique, la grippe et la réduction des risques en situations de sécheresse, d'inondations et de tremblements de terre. Le renforcement des capacités a été soutenu pour la mobilisation de la communauté pendant les flambées de grippe.

Dans le domaine de la surveillance, et en collaboration avec les *Centers for Disease Control and Prevention* d'Atlanta, l'enquête mondiale sur la santé dans les écoles a maintenant été achevée dans 18 pays. Jusqu'ici, les résultats révèlent des conclusions alarmantes, notamment en ce qui concerne le surpoids, l'obésité et le bien-être mental, du fait du manque d'exercice physique et d'une alimentation déséquilibrée, ainsi que la formation aux compétences essentielles.

Dans le domaine de l'alcool et *des toxicomanies*, le module de formation pour la mise en œuvre par le personnel de santé du test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives appelé ASSIST (*Alcohol, smoking and substance involvement screening test*) et l'intervention brève associée et les lignes directrices pour le traitement de substitution aux opioïdes mis au point par l'OMS en 2009 ont été testés au cours de seminaires-ateliers régionaux pour renforcer les capacités régionales pour les appliquer. Un soutien technique a été fourni à Oman pour la mise en place d'un système d'information et de notification pour l'abus de substances psychoactives. Un projet commun sur le traitement et les soins des toxicomanies a été financé par l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) dans certains pays.

En matière de *lutte antitabac*, le Bureau régional a continué de soutenir la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac en organisant un séminaire-atelier régional conjoint, avec le Secrétariat de la Convention, pour toutes les Parties de la Région, afin de renforcer la mise en œuvre aux niveaux national et régional. Un soutien technique a été fourni dans le cadre d'une réunion interpays sur l'application de l'article 14 concernant la réduction de la demande, avec une représentation multisectorielle de quatre pays (Égypte, Iraq, Jordanie et Oman). Le renforcement des capacités a également été soutenu, en collaboration avec le Siège de l'OMS et le Conseil de Coopération du Golfe, pour les taxes sur le tabac. Dix pays (Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Oman, Pakistan, Qatar et République arabe syrienne) ont bénéficié d'un soutien

technique pour renforcer leur programme de lutte antitabac en ce qui concerne le plaidoyer, le sevrage et l'élaboration de législation, ainsi que pour renforcer leur direction nationale.

Dans le cadre du plaidoyer pour la lutte antitabac, le Bureau régional et le Centre de Kobe ont préparé et publié conjointement un rapport intitulé *Tobacco-free cities for smoke-free air: a case study in Mecca and Medina* [Villes libérées du tabagisme pour d'un air sans fumée : étude de cas à La Mecque et Médine], un des rapports de la série mondiale dans ce domaine. Le rapport a été traduit en arabe. Un soutien technique a été apporté à l'Égypte pour réaliser deux campagnes nationales de lutte antitabac, une campagne de relations publiques, une campagne dans les médias sociaux et un exercice destiné à « donner une nouvelle image » à la lutte antitabac. Cet exercice a pour objectif d'évaluer les activités de lutte antitabac en Égypte sur les dix dernières années afin de les planifier de nouveau et de formuler une nouvelle stratégie prévue pour la mi-2012.

La célébration régionale de la Journée mondiale sans tabac 2011 a eu lieu à Oman avec pour thème « La Convention-cadre OMS pour la lutte antitabac ». Une série de fiches d'information a été publiée pour accompagner la campagne. Le Bureau régional a soutenu la publication en ligne d'un rapport intitulé *The economics of tobacco and tobacco taxation in Egypt* [L'économie du tabac et la taxation du tabac en Égypte], dans le cadre de l'Initiative Blomberg pour réduire la consommation de tabac. Ce rapport a été diffusé au personnel des médias et aux responsables de l'élaboration des politiques.

Un soutien a continué d'être apporté aux pays pour mettre en œuvre le système de surveillance mondial du tabagisme. En collaboration avec des partenaires internationaux, le Bureau régional est en train de revoir la méthodologie et les outils pour la poursuite de la mise en œuvre. La mise en œuvre de l'enquête mondiale sur le tabagisme de l'adulte est en cours au Qatar et la préparation pour la mise en œuvre fait l'objet d'un soutien aux Émirats arabes unis. En collaboration avec la *John Hopkins University*, un soutien technique pour la réalisation d'un test sur le tabagisme passif a été fourni à 11 pays, la sortie du rapport étant prévue pour 2012. La partie régionale du troisième Rapport mondial sur la lutte

antitabac a été achevée et le rapport sera publié en ligne et est en cours de traduction en arabe.

Orientations futures

Le Bureau régional continuera de soutenir le renforcement des capacités humaines et organisationnelles pour la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, s'intéressant plus particulièrement au renforcement des compétences pour la collaboration et l'action multisectorielles au sein et à l'extérieur du secteur de la santé. Il continuera à préconiser le développement de l'action législative et de la politique publique à l'appui des actions sanitaires requises, telles la réglementation de la commercialisation des produits alimentaires et des boissons aux enfants et la promotion de l'exercice physique. La mise en œuvre de l'enquête mondiale sur la santé dans les écoles sera élargie pour inclure le groupe d'âge des 12-18 ans. Cette initiative sera soutenue par l'expérimentation d'un nouveau projet sur la surveillance des pratiques et des politiques mondiales de santé scolaire qui examine l'environnement politique scolaire afin de soutenir la promotion d'un comportement sain.

Le Bureau régional continuera à fournir un appui à la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, ainsi qu'au Système de surveillance mondiale du tabagisme, sur la base de la nouvelle technologie. L'enquête mondiale sur le tabagisme chez l'adulte sera élargie et des questions centrales incluses dans d'autres enquêtes actuelles, comme l'enquête STEPS. Une stratégie régionale de lutte antitabac sera élaborée.

La mise en œuvre de la stratégie régionale sur la santé mentale et les toxicomanies sera mise en route, en insistant sur la mise en place de systèmes régionaux d'information et de notification pour aider les pays à élaborer des politiques fondées sur des bases factuelles, des stratégies et des services intégrés. Conformément à la stratégie régionale et aux dispositions du Programme mondial d'action pour la santé mentale (mhGAP), des outils pour renforcer les capacités des prestataires généraux de soins de santé à dépister les troubles dus à l'alcool et aux toxicomanies seront mis au point. Le soutien technique se poursuivra pour l'élaboration de stratégies, lignes directrices et services nationaux pour la prise en charge des troubles dus à l'abus de substances pyschoactives.

Objectif stratégique 8 : Promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement

Enjeux et défis

Les informations montrant que la salubrité de l'environnement est un déterminant majeur des maladies transmissibles et non transmissibles s'accumulent. Selon les estimations de l'OMS (2009), plus d'un million de décès pourraient être évités dans la Région chaque année si des interventions appropriées étaient disponibles dans le domaine de la salubrité de l'environnement. La diminution de la disponibilité et de la qualité de l'eau, l'accroissement des

populations, les modifications rapides des modes de vie, l'urbanisation, le caractère non durable de la consommation énergétique et l'utilisation inefficace des ressources hydriques constituent des préoccupations majeures en matière de santé publique. Les ministères de la santé n'ont pas encore identifié les déterminants environnementaux de la santé comme priorités essentielles pour l'amélioration de la santé publique. La Région est toujours aux prises avec les problèmes de salubrité de l'environnement traditionnels, tels que la gestion des déchets solides et liquides, et la pollution de l'air ambiant intérieur et extérieur. Les politiques de salubrité de l'environnement sont insuffisantes et la sensibilisation du public pour influencer ces politiques est faible. Les catastrophes naturelles et d'origine humaine et le changement climatique aggravent la plupart de ces problèmes et exacerbent l'impact qu'ils ont sur la santé publique. La destruction des installations de salubrité de l'environnement représente un souci majeur pour les pays affectés par des catastrophes d'origine humaine ou des troubles civils. La pénurie de personnel dans le domaine de la salubrité de l'environnement et les fonds limités constituent également des défis particuliers. Des mesures sont nécessaires, tant dans le secteur de la santé que dans tous les autres secteurs. Les pays doivent développer leurs plans nationaux de préparation en matière de salubrité de l'environnement pour les situations d'urgence et améliorer l'accès à l'information pour la recherche et la prise de décision. Pour que l'action du secteur de la santé soit efficace, les risques doivent être réduits ou maîtrisés dans les environnements où ils surviennent, tels que les maisons, les écoles, les lieux de travail et les villes, ainsi que dans les secteurs de l'énergie, du transport, de l'industrie et de l'agriculture.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Un soutien technique a été fourni aux pays pour actualiser les normes et les critères de salubrité de l'environnement et adopter les normes de l'OMS sur la qualité de l'eau de boisson, la réutilisation des eaux usées et la gestion des déchets d'activités de soins. La République islamique d'Iran, la Jordanie et Oman ont commencé à mettre à jour leurs normes en matière d'eau de boisson suite à la publication de la troisième édition des lignes directrices, adoptant l'approche de l'élaboration de plans sur la sécurité de l'eau. Le Maroc, Oman et la Tunisie ont satisfait aux exigences de notification pour l'évaluation annuelle sur l'assainissement et l'approvisionnement en eau dans le monde. La diffusion et l'adaptation des lignes directrices de l'OMS, telles que les lignes directrices sur la qualité de l'eau de boisson, la gestion des déchets d'activité de soins et la santé et la sécurité sur le lieu de travail, ont permis de soutenir les efforts pour réduire les risques de santé publique liés à l'environnement. Le Soudan du Sud et la Somalie ont bénéficié d'un appui technique pour préparer des stratégies dans le domaine de la salubrité de l'environnement.

Dans le domaine de la gestion des déchets d'activités de soins, en collaboration avec l'Alliance GAVI, un appui technique a été fourni à la Jordanie, au Liban, au Pakistan, à la République arabe syrienne, au Soudan et au Yémen pour élaborer leurs lignes directrices nationales. Des autoclaves ont été achetés pour montrer le traitement approprié des déchets hospitaliers au Pakistan et au Yémen et une étude sur dossiers de la situation relative à la gestion des déchets dangereux a été mise au point. Un modèle de plan pour

la gestion sans risque des déchets produits par les établissements de soins de santé a été préparé et une étude régionale sur la situation relative à la pollution atmosphérique intérieure et extérieure a été lancée. Une formation régionale à l'analyse des risques liés à la salubrité de l'environnement a été organisée en Jordanie ; 14 pays y ont participé.

Le Bureau régional a été impliqué aux niveaux mondial et des pays dans le renforcement des programmes et de plans de médecine du travail, en particulier dans la préparation d'un modèle d'action régional pour promouvoir des lieux de travail santé pour les employeurs, les travailleurs, les responsables de l'élaboration des politiques et les praticiens. L'Égypte est l'un des premiers pays à avoir mis en route une campagne nationale sur la santé et la sécurité sur les lieux de travail et a lancé la Décennie égyptienne de la sécurité et de la santé au travail (2011-2020). Le renforcement des capacités régionales a été soutenu pour protéger les agents de soins de santé par rapport aux blessures par piqûres d'aiguilles et l'exposition aux agents pathogènes transmis par le sang sur le lieu de travail, en collaboration avec l'Université du Caire (Égypte).

Le Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA) a continué à permettre d'accéder au Service d'accès en ligne pour la recherche sur l'environnement (OARE) et au Programme d'accès à la recherche en santé (HINARI) qui permettent aux institutions dans le domaine de la santé et de l'environnement de consulter plus de 8000 revues pratiquant l'examen collégial et plusieurs bases de données. Le Bureau régional a soutenu l'Iraq, la République arabe syrienne et la Somalie dans la réalisation d'une analyse de la situation de la salubrité de l'environnement. L'Iraq et la République arabe syrienne sont en passe de terminer les stratégies nationales pour la salubrité de l'environnement.

Plusieurs pays ont continué de prendre des mesures concrètes en vue de la mise en œuvre de la résolution sur le changement climatique et la santé, qui a été adoptée par le Comité régional en 2008. En Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et en Tunisie, les autorités sanitaires ont participé à la mise à jour annuelle des chapitres concernant la santé pour les communications nationales à la Convention-cadre sur le changement climatique. Le Maroc a mis en œuvre sa stratégie nationale sur la santé et le changement climatique. La Jordanie a continué à mettre en œuvre la composante santé du programme conjoint des Nations Unies sur l'adaptation au changement climatique et la préservation de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement en Jordanie, ainsi qu'à mettre en œuvre la composante régionale du projet mondial initié par l'OMS et le PNUD, visant à expérimenter des adaptations pour protéger la santé face au changement climatique.

Orientations futures

Avec l'appui du centre CEHA, le Bureau régional continuera de fournir des conseils techniques et l'appui d'experts pour le renforcement de leurs capacités en matière de salubrité de l'environnement, les évaluations de la vulnérabilité et les analyses de situation dans ce même domaine, les programmes de recherche et de transfert de technologie ainsi que pour faciliter l'adoption des lignes directrices de l'OMS sur les différents aspects de la salubrité de l'environnement.L'OMS continuera également à soutenir la mise au point et l'exécution de cadres de référence nationaux visant à agir sur les changements climatiques et la santé, renforcer les capacités de suivi des tendances et d'évaluation des

risques ainsi que des effets sur la santé du développement socioéconomique et environnemental, et améliorer l'accès à des informations fiables afin de soutenir les stratégies et actions nationales pour la salubrité de l'environnement. Un soutien technique sera apporté pour les actions suivantes : consolider les systèmes de sécurité chimique, constituer des services de base de médecine du travail et les intégrer dans les systèmes de soins de santé primaires, permettre de mettre en œuvre des lieux de travail favorables à la santé au niveau national, et enfin protéger et promouvoir la santé des agents de soins de santé. Un plaidoyer et un soutien seront assurés auprès des ministères de la santé et les autres secteurs gouvernementaux pour promouvoir l'inclusion de la salubrité de l'environnement dans toutes les politiques de développement.

Objectif stratégique 9 : Améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable

Enjeux et défis

La malnutrition demeure l'un des problèmes de santé les plus graves, et elle contribue à elle seule de manière significative à la morbidité et la mortalité infantiles dans la Région, notamment dans les pays à revenu faible. Près d'un tiers des enfants de la Région sont sous-alimentés ou ont un retard de croissance et plus de 30 % de la population souffre de carences en micronutriments. Si les politiques et les priorités nationales ne sont pas modifiées, l'ampleur du problème empêchera plusieurs pays de réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement. Si la dénutrition existe toujours, la charge du surpoids, de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation est aussi en augmentation. Il est nécessaire de disposer de données améliorées ainsi que des connaissances sur l'importance de la nutrition parmi les dirigeants politiques afin de réaliser des progrès dans la lutte contre les problèmes de nutrition.

La sécurité sanitaire des aliments est d'une importance majeure en matière de santé publique dans la Région, tant pour le consommateur que pour le producteur, et elle comporte de nombreux défis. Ces défis comprennent le manque d'engagement politique, l'insuffisance des ressources, le caractère dépassé des législations et des systèmes, et le manque de sensibilisation des consommateurs et de législation de protection des consommateurs. Les systèmes de sécurité sanitaire des aliments actuels reconnaissent que leur domaine constitue une responsabilité multisectorielle, qu'il devrait être abordé tout au long de la chaîne de transformation, du producteur au consommateur, et que toute décision ou toute approche devrait avoir une base scientifique. Cette approche nécessite un niveau élevé de collaboration intersectorielle, notamment entre les secteurs de la santé et de l'agriculture à tous les niveaux, ce qui fait souvent défaut. En 2011, de nombreuses contaminations alimentaires et flambées de maladies d'origine alimentaire ont été signalées par les États Membres de la

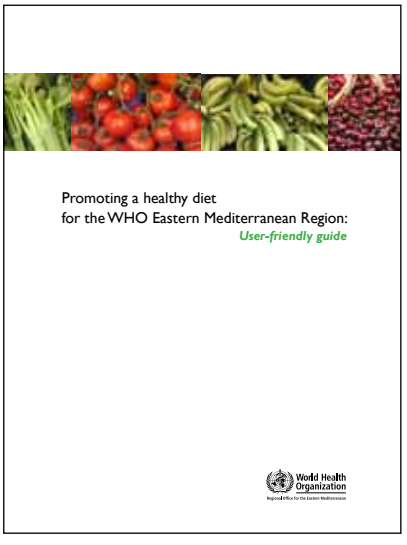
Région, la plus notable étant d'ailleurs la contamination des germes de fenugrec prêts à consommer par *Escherichia coli* O104:H4 en Allemagne et dans les pays voisins. Cette flambée épidémique a causé à elle seule 54 décès, plus de 3800 cas confirmés de maladie et des interruptions du commerce des denrées alimentaires. Des pays s'efforcent d'appliquer les approches recommandées par la Stratégie OMS mondiale sur la sécurité sanitaire des aliments.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

La stratégie régionale sur la *nutrition*, qui a été approuvée par le Comité régional en 2010, contribue au mouvement mondial d'intensification de l'action en matière de nutrition pour améliorer la nutrition maternelle et infantile au cours des 1000 jours qui s'écoulent entre la grossesse et l'âge de deux ans, a été lancée en 2010. Cette stratégie envisage des processus impliquant plusieurs parties prenantes aux niveaux local et national et permettant au personnel des programmes, aux organisations et à la société de développer efficacement les activités dans le domaine de la nutrition. Dans ce contexte, une consultation technique régionale pour intensifier l'action dans le domaine de la nutrition a été organisée avec la participation de l'ensemble des principaux partenaires.

L'OMS a continué de fournir un appui technique pour mettre en œuvre les normes de croissance de l'OMS. Celles-ci ont été adoptées par 17 pays tandis que les pays restants sont en train de changer leurs normes de croissance nationales. L'OMS s'efforce d'améliorer le système de surveillance de la nutrition grâce au renforcement des capacités et au soutien technique. Des outils ont été mis au point et un module de formation est en cours de finalisation pour publication. Un appui technique a été fourni pour l'élaboration des politiques et la programmation en Afghanistan, en Iraq, au Pakistan, au Qatar et au Soudan du Sud. Le renforcement des capacités dans le domaine de la prise en charge de la malnutrition sévère a été soutenu pour les pays prioritaires. Un manuel de formation sur l'éducation en matière de nutrition pour les enfants scolarisés est en cours d'élaboration. Un guide facile à utiliser sur l'alimentation saine a été mis au point pour publication.

La plupart des pays sont membres du Réseau international des autorités de sécurité sanitaires des aliments (INFOSAN) et de son réseau INFOSAN–Urgence pour les systèmes d'alerte rapide sur la sécurité sanitaire des aliments. Un soutien a été fourni au renforcement des capacités pour la sécurité sanitaire des aliments et la protection de la santé des consommateurs. Les pays ont continué à participer au processus continu de renforcement des capacités au niveau mondial afin de prévenir et de prendre en



charge les maladies d'origine alimentaire et de surveiller les problèmes de sécurité sanitaire des aliments.

Mis à part les pays qui se trouvent dans des situations d'urgence complexes, la plupart des pays ont des capacités de laboratoire pour détecter les risques chimiques traditionnels dans les aliments. Les pays de la Région ont continué de participer aux réunions de la Commission du *Codex Alimentarius* et autres instances normatives internationales pour améliorer leurs législations en matière de sécurité sanitaire des aliments. Le Comité du Codex pour le Proche-Orient, qui évalue les risques dans les aliments et prépare des normes sur les aliments traditionnels dans la Région, s'est réuni à Tunis. Les pays ont continué de renforcer leurs laboratoires afin de participer au réseau international de surveillance de la sécurité sanitaire des aliments. Suite à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), de nombreux pays ont intégré la surveillance de maladies transmises par les aliments à la surveillance nationale des maladies. Toutefois, la disponibilité des données sur la surveillance des maladies d'origine alimentaire demeure limitée.

La plupart des pays sont membres du Réseau mondial OMS de surveillance des maladies d'origine alimentaire, même si tous n'y contribuent pas activement. La planification du deuxième cycle du cours de formation mondial sur les infections d'origine alimentaire a été mise en route. La réalisation des cinq cycles complets du cours permettra de renforcer les systèmes de surveillance alimentaire dans la Région. Les pays ont continué à renforcer les capacités des laboratoires pour identifier et classifier en sous-groupes les bactéries pathogènes liées aux produits alimentaires. Le réseau Pulsenet a continué à soutenir le renforcement des capacités pour l'identification moléculaire des microbes dans les maladies zoonotiques et non zoonotiques afin de renforcer la surveillance des maladies d'origine alimentaire. La poursuite du renforcement des capacités régionales dans le cadre des cours OMS mondiaux sur les infections d'origine alimentaire est essentielle. Ces cours et l'appui des laboratoires permettront de créer un nombre suffisant de personnels formés à la prise en charge de la sécurité sanitaire des aliments. La distribution et l'application sur le terrain de l'affiche « Les cinq clés pour des aliments sûrs » dans plusieurs langues de la Région ont été appuyées par la distribution de matériels promotionnels/l'éducation du consommateur et le plaidoyer.

Un questionnaire complet sur les structures et les activités dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments a été diffusé aux États Membres. Le résultat de ce questionnaire a été examiné lors d'une réunion régionale des points focaux dans le domaine de la sécurité sanitaire des aliments et a permis de jeter les bases de l'identification des priorités régionales en matière de sécurité sanitaire des aliments pour les deux prochaines années.

Orientations futures

Le Bureau régional continuera à concentrer son action sur le renforcement de l'identification et de la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère grâce à la fourniture de lignes directrices pour la prise en charge en établissement et au sein de la communauté, la fourniture d'un appui technique et le soutien à la mobilisation de ressources pour les pays qui en ont besoin, le renforcement des capacités du personnel et l'appui à la mise en œuvre des systèmes de surveillance. Il fera la promotion de l'alimentation saine et de l'exercice physique dans les écoles et les communautés au moyen

de l'initiative des écoles engagées dans la promotion de la nutrition, mettant l'accent sur la préparation de politiques scolaires de nutrition, la sensibilisation, le renforcement des capacités, la promotion de pratiques alimentaires saines et les services d'appui en matière de santé et de nutrition.

Les activités de sécurité sanitaire des aliments continueront d'être axées sur l'orientation technique et le soutien pour renforcer les capacités et surveiller la sécurité sanitaire des aliments. Les capacités d'évaluation des risques en matière de sécurité sanitaire des aliments, et les activités de réglementation et de législation au niveau national feront l'objet d'un soutien. L'orientation continuera de porter principalement sur la modernisation et l'harmonisation des systèmes nationaux de sécurité sanitaire des aliments. Les efforts déployés par les pays de la Région pour appliquer les approches recommandées par la Stratégie OMS mondiale sur la sécurité sanitaire des aliments se poursuivront.

Chapitre 2
Renforcement des systèmes de santé

2. Renforcement des systèmes de santé

Objectif stratégique 7 : Traiter les déterminants sociaux et économiques de la santé à travers des politiques et des programmes qui accroissent l'équité en santé et intègrent des approches favorables aux pauvres, respectueuses des différences entre les sexes et fondées sur les droits de l'homme

Enjeux et défis

L'intensité et la complexité des défis sanitaires dans la Région augmentent du fait de l'urbanisation rapide, des catastrophes naturelles et d'origine humaine, de la récession économique, de la mauvaise qualité de vie, des problèmes liés à la gouvernance des systèmes de santé et du manque d'accès universel aux services de soins de santé de qualité. Les groupes vulnérables, dont les mères, les enfants, les orphelins, les réfugiés, les pauvres, les déshérités, les handicapés et les habitants des taudis urbains, sont davantage touchés que d'autres groupes, et dans des aspects beaucoup plus divers. L'inégalité entre les sexes, l'insuffisance de la collaboration intersectorielle et des partenariats entre les parties intéressées, les taux de chômage élevés et l'insuffisance du financement sont les problèmes déterminants dans le cadre de cet objectif stratégique. L'augmentation rapide de la densité de population et les problèmes environnementaux graves touchent la plupart des citoyens. L'insuffisance de la protection sociale des pauvres et la mauvaise répartition des ressources humaines pour la santé font partie des défis majeurs qui affectent la prestation de services de santé et le bien-être social, en particulier dans les pays à faible revenu. La collaboration intersectorielle est insuffisante pour avoir un impact positif sur les déterminants sociaux de la santé. L'insuffisance de l'engagement politique envers les déterminants sociaux de la santé et le manque de ressources en la matière font obstacle aux objectifs de parité entre les sexes et d'équité en santé et entravent la pleine réalisation du droit à la santé.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

L'Égypte a introduit les initiatives communautaires dans le district de Meet Hawy du Gouvernorat d'Algharbia. Un appui technique a été fourni au ministère de la Santé et de la Population, au moyen de sessions d'orientation, de la mise en place du comité de développement local et de la formation des agents de santé communautaires et infirmières communautaires aux soins de santé primaires. Les gouvernements provinciaux au Pakistan ont bénéficié d'un appui technique pour réaliser une évaluation rapide de la mise en œuvre du programme des besoins fondamentaux en matière de développement. L'évaluation a débouché sur la production d'un plan d'action qui aidera les gouvernements provinciaux à adopter et développer le programme

Membres de la communauté, volontaires locaux et infirmières assistent à une session d'orientation et de formation aux initiatives communautaires, Gouvernorat d'Al Gharbia, Égypte

sur la base des capacités et des besoins locaux. Suite à une réunion avec le ministère de la Santé du Soudan, un ensemble d'activités clés ont été mises au point pour faciliter l'institutionnalisation et l'expansion des initiatives communautaires. Un plan d'action a également été élaboré pour développer les initiatives communautaires dans trois localités de l'État de Gezira, en l'occurrence à Gezira Sud, à Um-Ul Qura et Madani. En République arabe syrienne, le programme des villages-santé a été élargi aux gouvernorats d'Alep, de Daraa et de Hama, desservant 42 villages et 568 bénéficiaires. Le Bureau régional et le ministère de la Santé du Soudan ont élaboré et testé sur le terrain un manuel sur la réduction des risques de catastrophes à assise communautaire. Ce manuel contient des recommandations simples sur le rôle de la communauté dans la réduction des risques de catastrophe et l'évaluation de la vulnérabilité. Une enquête sur l'état des initiatives communautaires au niveau gestionnaire a été réalisée dans tous les pays. Le Tableau 2.1 montre l'état du programme dans 17 pays.

En ce qui concerne le plaidoyer en faveur du programme, la *CBI newsletter* [Bulletin d'information sur les initiatives communautaires] a continué de promouvoir les exemples de réussite dans le domaine de l'autonomisation des communautés dans l'ensemble de la Région. L'ouvrage *Outils de suivi, de supervision et d'évaluation pour les initiatives communautaires* a été publié en français et les ouvrages *Training manual for the health city programme et Training manual for community-based initiatives* ont été traduits en arabe.

La thématique de l'urbanisation et de la santé a constitué un sujet de préoccupation. Le Bureau régional a travaillé avec huit localités au Soudan pour élaborer des plans d'action en vue de l'introduction du programme des villes-santé, s'intéressant plus particulièrement à la mise en place des infrastructures appropriées pour le leadership communautaire et à la collaboration intersectorielle durable pour l'amélioration de la santé urbaine et du développement social. Un site Web a été mis sur pied pour permettre à de nombreuses villes de rejoindre le réseau régional des villes-santé. La municipalité de Tripoli (Liban) a organisé une session d'orientation sur le programme des villes-santé à l'intention d'une équipe intersectorielle et a élaboré un plan de travail

Tableau 2.1. Situation du programme des initiatives communautaires dans 17 pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale

Situation	Afghanistan	Arabie saoudite	Djibouti	Égypte	Iraq	Iran (République islamique d')	Jordanie	Liban	Maroc	Oman	Pakistan	République arabe syrienne	Soudan	Somalie	Territoire palestinien occupé	Tunisie	Yémen
Unité au ministère de la Santé	■	■	■	□	■	■	■	□	■	■	□	■	■	□	□	□	■
Point focal au niveau provincial/du district	■	■	□	□	■	■	■	■	■	■	□	■	■	□	□	□	■
Allocation d'un budget annuel par le gouvernement	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	□	■	■	□	□	□	■
Plan d'élargissement sur 3-5 ans	□	□	■	□	□	■	■	□	■	■	□	■	□	□	□	□	■
Acceptation en tant que programme national	■	■	■	■	■	■	■	□	■	■	□	■	■	■	■	■	■
Capacités nationales en matière de formation	■	■	■	■	■	■	□	□	■	■	■	■	■	■	□	□	■
Partenariat avec les Nations Unies/des organisations non gouvernementales et d'autres secteurs	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Évaluation réalisée	□	□	■	□	□	■	■	□	□	■	■	■	■	□	□	□	■
Surveillance et supervision une fois tous les 2-3 mois	■	■	□	□	□	□	□	■	□	□	□	■	■	■	□	■	■
Plan de formation pour les représentants de groupe et les volontaires de santé dans les programmes de santé prioritaires	□	■	□	■	■	□	■	■	■	■	■	■	■	■	■	□	■

■ Disponible □ Non disponible

annuel dans les domaines de la sécurité sanitaire des aliments, de la santé scolaire, de la lutte antitabac et de la gestion des déchets solides en tant qu'interventions prioritaires. Le Directeur régional a participé au Forum des maires asiatiques en avril 2011, partageant l'expérience de l'OMS en matière d'urbanisation et de santé, y compris l'équité en santé urbaine.

La collaboration entre les initiatives communautaires et les programmes concernant la vaccination et les maladies évitables par la vaccination a débouché sur un accord pour accélérer la couverture vaccinale sur certains sites qui mettent en œuvre les besoins fondamentaux en matière de développement à Djibouti, en Somalie et au Pakistan. Un mécanisme de suivi durable a été mis en place pour les perdus de vue et a permis d'atteindre une couverture vaccinale de 95 % pour les enfants de moins d'un an sur ces sites. La préparation d'un manuel sur la prévention des traumatismes communautaire est également en cours ; il sera plus particulièrement consacré à la prévention des traumatismes de l'enfant (y compris les accidents de la circulation routière), la prévention des incapacités et

la réadaptation à assise communautaire. Il sera introduit dans un premier temps dans huit pays sélectionnés (Afghanistan, Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Maroc, Pakistan, Soudan et Yémen).

Le Bureau régional a participé à la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé à Rio de Janeiro, contribuant par des affiches illustrant les études de cas communautaires en Afghanistan, à Oman, au Pakistan, en Tunisie et au Yémen. Des documents techniques sur les déterminants sociaux de la santé de cinq pays (Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Maroc et Pakistan) ont contribué à la documentation technique. Ces documents concernaient notamment les points suivants : la participation sociale à Ezbet El Hagana, une zone défavorisée du Caire les points suivants ; un programme de scoutisme scolaire en République islamique d'Iran ; le renforcement des capacités pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé au moyen de l'approche de la santé dans toutes les politiques et la collaboration intersectorielle en Jordanie ; l'équité en santé et sa mesure au Maroc ; et une étude HeartFile sur la protection sociale au Pakistan.

Le Bureau régional a continué d'investir dans le renforcement des capacités nationales en matière de déterminants sociaux de la santé et la mise au point d'outils pour prendre en compte de l'équité en santé. Au Maroc, le programme national sur l'équité en santé a été passé en revue durant un séminaire-atelier et les grandes lignes d'un plan d'action pour s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé ont été tracées. Une mission conjointe entre l'OMS et l'UNICEF a été réalisée pour promouvoir l'équité en

Un agent de santé marocain collecte des données dans une zone urbaine pour mesurer l'équité en de santé

Déterminants majeurs des problèmes de santé en Somalie, les troubles civils et la pauvreté affectent lourdement les enfants, leur faisant courir des risques à long terme

santé au Maroc. L'Iraq et la Jordanie faisaient également partie des pays ciblés pour la promotion des déterminants sociaux de la santé. Des matériels de formation visant à garantir l'inclusion de la composante santé dans toutes les politiques de développement ont été distribués à un certain nombre de pays et la collaboration avec d'autres bureaux régionaux a été renforcée par la mise en place d'un système de mise en réseau au sein de l'OMS.

Le Bureau régional a organisé un séminaire intitulé « La Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapés : de la théorie à la pratique », pour plaider en faveur de l'application de la Convention au niveau des pays. Un appui technique et financier a été fourni pour les activités concernant la santé et les droits de l'homme en Afghanistan, Iraq, dans le Territoire palestinien occupé et au Yémen. L'OMS en Afghanistan a contribué à la sensibilisation sur les droits de l'homme auprès des responsables de l'élaboration des politiques au ministère de la Santé publique, encourageant les principes liés aux droits de l'homme dans les politiques et les stratégies de santé. En conséquence, une stratégie nationale sur la santé et les droits de l'homme a été adoptée dans ce pays, et la poursuite des travaux dans ce domaine est prévue pour soutenir la mise en œuvre de cette stratégie.

Le projet de sensibilisation à la santé et aux droits de l'homme dans le Territoire palestinien occupé se poursuit avec des rapports de situation réguliers sur le droit à la santé. Ces rapports consistaient notamment à documenter la capacité des patients à accéder aux services de santé, par exemple les notifications sur les décisions et les retards dans l'autorisation des demandes de soins, les interrogations par les services de sécurité israéliens, les procédures de voyage difficiles vers certaines destinations et dans les cas les pires, le refus total d'accès. Ces restrictions ont des implications sérieuses pour la santé, ayant causé la mort dans les scénarios extrêmes lorsque les services de santé salvateurs n'ont pu être atteints à temps.

Afin de renforcer les capacités en matière de santé et de droits de l'homme dans la Région, le Bureau régional, en accord avec l'Université d'Heidelberg en Allemagne, a financé 11 bourses d'études de ressortissants de six États Membres pour participer à un cours d'une durée de deux semaines, organisé par cette université sur le thème de la santé et des droits de l'homme. Au niveau régional, la Journée des droits de l'homme 2011 a été célébrée en décembre. Cette journée a vu la publication d'un communiqué de presse axé sur les médias sociaux en tant qu'instrument de défense des droits de l'homme, le lancement d'une campagne médiatique, et la diffusion d'en court clip vidéo pour promouvoir la santé en tant que droit de l'homme dans tous les médias.

La violence sexiste, les questions de parité homme-femme et le VIH, et le comportement des hommes et des femmes en matière de recherche de soins comptaient

Santé et droits de l'homme : le Dr Hussein A. Gezairy, Directeur régional émérite, remet une récompense spéciale à l'actrice Hind Sabry pour « Asmaa », un long-métrage abordant le droit des personnes vivant avec le VIH d'accéder aux soins de santé

parmi les points prioritaires du programme consacré au rôle de la femme et de l'homme dans la santé et le développement. Un appui technique a été fourni à l'Afghanistan, à l'Iraq, au Pakistan et au Yémen pour le renforcement de la riposte du secteur de la santé face à la violence sexiste et le ministère de la Santé du Pakistan s'est engagé à mettre au point un protocole national pour le secteur de la santé sur ce type de violence. En outre, le Bureau régional, travaillant avec le Siège de l'OMS et le Bureau régional de l'Europe, ainsi qu'avec les centres de connaissances de République islamique d'Iran et du Liban, a fait des progrès dans la prise en compte des questions de parité homme-femme dans le domaine de la surveillance bio-comportementale du VIH.

Le renforcement des capacités et le soutien technique ont facilité l'intégration des questions de parité homme-femme et d'équité en santé dans les programmes et politiques sanitaires, tant au Bureau régional que dans les pays. Des activités de renforcement des capacités ont été réalisées pour s'attaquer à la violence sexiste dans la riposte aux situations d'urgence et dans l'intégration des considérations d'égalité des sexes dans les propositions du Fonds mondial. Les capacités ont par ailleurs été renforcées dans les bureaux de pays et au Bureau régional dans la prise en compte des questions de parité homme-femme et d'équité en santé. Un appui technique a été fourni à l'Afghanistan pour une stratégie nationale du secteur de la santé sur les questions de parité homme-femme et des activités de renforcement des capacités ont été réalisées sur l'égalité entre les sexes et l'équité en santé en Afghanistan, au Pakistan, en Iraq et à Oman.

Des éléments d'information opérationnelle sont nécessaires sur les approches couronnées de succès pour s'attaquer aux causes profondes des inégalités entre les sexes et en matière de santé. Pour cette raison, la recherche opérationnelle sur les questions de parité homme-femme, et le VIH a fait l'objet d'un soutien en Afghanistan, en Égypte, au Liban et au Yémen, et une évaluation de la préparation du secteur de la santé pour s'attaquer à la violence sexiste a été soutenue au Pakistan. Une évaluation de l'OMS sur l'égalité homme-femme dans les comportements de recherche de soins a fourni des informations à l'appui de la préparation de la stratégie sur les questions de parité homme-femme du ministère de la Santé publique d'Afghanistan.

Orientations futures

L'OMS renforcera son soutien technique aux États Membres pour l'institutionnalisation des initiatives communautaires et la réduction des inégalités en santé, ainsi que pour collecter des informations sur l'importance des déterminants sociaux de la santé, l'intégration d'une démarche soucieuse d'équité entre les sexes et la santé

Intégrer les questions d'égalité hommes-femmes et d'équité en santé aux programmes et politiques était au centre de la session de formation des responsables de santé en Iraq

en tant que droit de l'homme pour les résultats sanitaires. Les efforts se poursuivront pour inclure les initiatives communautaires en tant que partie intégrante des politiques et plans nationaux de santé. Un soutien technique sera fourni afin d'améliorer la collaboration intersectorielle entre les agences gouvernementales et de renforcer les partenariats avec les organisations de la société civile pour s'attaquer aux déterminants sociaux et économiques de la santé, avec des interventions au niveau des politiques et des communautés. Le Bureau régional mettra en œuvre un plan d'action régional pour opérationnaliser la Déclaration politique de Rio qui a suivi la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé. L'Afghanistan et Oman recevront un appui pour développer et analyser des bases de données ventilées en ce qui concerne la santé et le développement, et pour utiliser les résultats en vue d'interventions de planification et d'intensification. Des efforts seront déployés pour intégrer la santé en tant que droit de l'homme dans les systèmes de santé nationaux au moyen de la mise en œuvre de la stratégie OMS sur la santé et les droits de l'homme. Le Bureau régional continuera à développer et publier des informations sur les spécificités homme-femme et la santé pour les États Membres dans le cadre d'une planification et d'une programmation tenant compte des besoins des deux sexes. Les pays poursuivront l'intégration des approches soucieuses d'équité entre les sexes dans la planification, la mise en œuvre et la surveillance des politiques et des programmes de santé nationaux. À l'avenir, l'orientation sur la lutte contre les inégalités entre les sexes et en matière de santé comprendra le renforcement de la riposte du secteur de la santé à la violence sexiste. La poursuite de la recherche opérationnelle est prévue sur des questions spécifiques aux programmes dans les domaines de la parité homme-femme et de la santé, y compris les domaines du VIH et de la santé mentale.

Objectif stratégique 10 : Améliorer les services de santé en améliorant la gouvernance, le financement, le recrutement et la gestion, en s'appuyant sur des données factuelles et des recherches fiables et accessibles

Problèmes et enjeux

L'accès équitable aux soins de santé est un élément essentiel pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement. L'importance des systèmes de santé pour contribuer à l'amélioration des résultats sanitaires ne fait aucun doute. Néanmoins,

de nombreux problèmes persistent pour améliorer les performances du système de santé dans la Région.

L'amélioration de la gouvernance en matière de santé constitue un défi majeur. La reconnaissance par tous les pays de l'importance d'aborder la gouvernance en santé en mettant l'accent sur l'analyse politique et la planification stratégique de la santé constitue une étape positive. La plupart des ministères de la Santé ont des capacités limitées en matière d'analyse, d'élaboration et de planification des politiques. Ceci est plus grave dans les pays en crise, qui sont également confrontés à des capacités institutionnelles insuffisantes aux niveaux national et infranational pour traduire en action la politique de santé nationale. La crise actuelle ne cesse d'affaiblir le système de santé tandis que les services axés sur les situations d'urgence prédominent dans le développement du système. La responsabilisation et la transparence constituent un problème majeur dans les pays à revenu faible. De même, l'engagement avec les partenaires et les acteurs ne relevant pas du secteur étatique est nécessaire. Si le secteur privé joue un rôle de plus en plus important dans la prestation de soins de santé, la réglementation des services qu'il dispense reste un défi. La coordination des donateurs constitue un autre défi, en particulier dans les pays en crise où le secteur de la santé dépend en grande partie de l'aide extérieure et doit coordonner de nombreux donateurs pour garantir une harmonisation avec les programmes et priorités sanitaires au niveau national.

Promouvoir la protection de la santé sociale est un enjeu majeur. Une attention particulière a été accordée au passage à la couverture universelle et à la limitation de la part des paiements directs en santé. L'engagement politique, une vision claire et la disponibilité de fonds restent les principaux défis auxquels sont confrontées les initiatives couronnées de succès, comme la promotion des systèmes de prépaiement, dans le financement des soins de santé.

Des capacités de gestion et de direction insuffisantes au niveau central et du district et l'organisation des services de soins de santé qui ne favorisent pas l'approche de système de santé de district intégré, constituent un obstacle majeur à la prestation de services de soins efficaces et de qualité. Un autre défi consiste à orienter les pays pouvant prétendre aux initiatives de santé mondiale afin qu'ils puissent bénéficier de la plateforme unique de financement des systèmes de santé de sorte que tous les programmes puissent travailler plus efficacement, en garantissant intégration et harmonisation.

La promotion et le renforcement des soins de santé primaires restent une priorité. Les principaux défis sont notamment les suivants : obtenir des engagements politiques, financiers, humains et matériels adaptés ; utiliser de façon optimale les ressources disponibles ; modifier les approdes de gestion, y compris la décentralisation, et assurer une participation de la communauté et une collaboration intersectorielle efficaces. Le financement et la gestion des soins de santé primaires, l'assurance qualité et la recherche sur les systèmes de santé pour les soins de santé primaires constituent également des enjeux.

La sécurité des patients est une préoccupation de santé publique de portée internationale. L'OMS a adopté une approche plurielle pour cette question. Les efforts pour améliorer la sécurité des patients dans les établissements de soins doivent prendre en compte l'engagement politique, la formation et le renforcement des capacités du personnel de santé, les infrastructures des établissements, la disponibilité des

médicaments essentiels, les connaissances des patients en matière de santé, l'engagement de la communauté, et le dialogue productif entre les patients et le personnel soignant.

La recherche pour la santé fournit les données essentielles sur lesquelles reposent la politique et les pratiques de santé pour faire face aux causes, à l'impact, à la prévention et au traitement des problèmes de santé. La création et le maintien de systèmes nationaux de recherche en santé de qualité et la promotion de l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles contribuent à la réalisation du développement social et économique, de l'équité en santé et des objectifs du Millénaire pour le développement. Les principaux obstacles auxquels se heurte la recherche pour la santé sont les suivants : insuffisance des ressources, absence d'environnement favorable à la recherche, absence d'approche intersectorielle adéquate pour mener et utiliser la recherche pour la santé, manque de collaboration et de coordination entre et dans les pays en matière de recherche, décalage évident entre les priorités nationales et la scène sanitaire en pleine évolution, et préparation insuffisante (fondée sur les données de la recherche) pour réagir aux urgences et besoins immédiats. Si l'importance des revues médicales de qualité pour la diffusion des connaissances est de plus en plus reconnue, le rôle potentiel des éditeurs dans l'établissement de liens entre les chercheurs et les responsables politiques manque encore de reconnaissance.

Certains pays souffrent encore de ne pas avoir accès aux dernières informations sanitaires. Par conséquent, l'amélioration des services de santé par une gestion et une utilisation plus efficaces des informations sanitaire fiables et accessibles, de la recherche et des données pour soutenir les systèmes de santé constitue un défi majeur. Le renforcement des capacités de la Région en améliorant l'accès aux informations sanitaires et l'utilisation des ressources électroniques disponibles dans les programmes Research4Life (HINARI, OARE et AGORA) pour les pays éligibles constitue un autre défi pour combler le fossé entre la théorie et la pratique. Il est grandement nécessaire de renforcer les capacités en matière de développement de bibliothèques électroniques et du réseau de bibliothèques médicales.

La faiblesse des systèmes d'information sanitaires nationaux en termes de qualité et de ponctualité de la notification des informations continue de refléter les pénuries systémiques de ressources, notamment de ressources humaines bien formées dans les domaines de l'information et des statistiques sanitaires, et les technologies de base inadaptées. On observe une répétition et une fragmentation de la collecte des données ainsi qu'un manque de validation rigoureuse au sein des différents programmes. La plupart des pays à revenu faible disposent de systèmes d'enregistrement des actes d'état civil peu performants. Il convient de renforcer les capacités des systèmes d'information sanitaire pour surveiller les indicateurs de qualité des ressources, la couverture et les nouveaux domaines, comme les déterminants sociaux de la santé et la performance des systèmes de santé, et de répondre immédiatement à la nécessité de suivre les objectifs du Millénaire pour le développement liés à la santé. Afin de contribuer à la réforme du secteur de la santé par la décentralisation, les systèmes d'information sanitaire au niveau infranational doivent avoir les capacités requises pour soutenir la mesure de la situation sanitaire dans une population définie, l'établissement des priorités, la planification, l'établissement des coûts et la budgétisation, le suivi et l'évaluation des

soins de santé. Il est nécesesaire d'élaborer des stratégies de suivi et d'évaluation gérées par les pays dans le cadre des plans de santé nationaux avec des objectifs et des indicateurs clairs.

Le développement des ressources humaines pour la santé est largement reconnu comme le principal atout pour les systèmes de santé. Les données disponibles révèlent régulièrement un lien direct entre la densité ou la disponibilité du personnel de santé et les indicateurs de santé de la population. Si les pays de la Région n'ont pas tous le même développement économique, les principaux problèmes concernent soit une pénurie de personnel, principalement dans les pays à revenu faible, soit un surplus ou des problèmes de déploiement. Dans la plupart des pays, la planification stratégique et l'élaboration de politiques fondées sur des bases factuelles font défaut. Les pays confrontés à une crise des ressources humaines dans le secteur de la santé et en situation de conflit voient leur fardeau s'alourdir, notamment en raison de la fuite des cerveaux et de la migration massive. Les problemes auxquels les ministères de la Santé sont entre autres confrontés incluent une piètre gouvernance au niveau macro et des déséquilibres (en matière de géographie, compétences et établissements) au niveau micro. En outre, la coordination entre les partenaires et la réglementation restent défaillantes dans les pays, en plus de la disponibilité et de la fiabilité limitées des systèmes d'information et de la génération de données pour la prise de décision éclairée et la formation de politiques. La coordination régionale pour faire face à la migration des personnels de santé et leurs mouvements est un autre défi en pleine évolution.

Les infirmières et les sages-femmes sont de plus en plus confrontées à une complexité croissante en matière de soins de santé, associée à l'élargissement des champs d'exercice et des responsabilités. Elles doivent pour cela étendre leurs compétences afin de pouvoir réagir au changement, aux demandes plus nombreuses et aux nouvelles priorités en matière de soins de santé et dans les réalités sociales là où elles vivent. En 2008, le Comité régional a souligné la nécessité de renforcer les capacités pour combler le fossé entre l'offre et la demande. La notion de renforcement est complexe et pluridimensionnelle et touche des questions telles que l'augmentation des taux de fidélisation, la réforme de l'éducation, l'optimisation et l'utilisation de tous les champs d'exercice, l'introduction d'un éventail équilibré des compétences, et l'élaboration de nouveaux rôles, comme la pratique infirmière avancée et les soins infirmiers familiaux.

L'attitude et la compréhension du rôle et du but de la réglementation des professionnels de la santé se sont considérablement modifiées dans la Région car les gouvernements ont pris conscience du fait qu'une réglementation efficace représente un élément important pour offrir la sécurité et la qualité que recherchent les citoyens dans les services dispensés. De nombreux efforts dans ce domaine sont axés sur l'homologation et l'agrément de prestataires de soins de santé bien que de nombreuses normes, parfois contradictoires ou archaïques, touchent le domaine des soins infirmiers. Les sages-femmes et les infirmières se battent également pour exercer le même contrôle sur leurs affaires que celui accordé à d'autres professionnels de la santé dans un pays. Peu d'instruments législatifs abordent de façon approfondie la réglementation de la profession. Les dispositions légales sont pour la plupart formulées en termes normatifs, et sont parfois éparpillés dans plusieurs lois ou autres instruments juridiques.

La Région a été reconnue au niveau international comme une pionnière pour avoir adopté des méthodes innovantes en matière de formation des médecins et autres professions de santé. Néanmoins, certains doivent encore faire face à de graves problèmes dus à une pénurie de personnel de santé qualifié et/ou à une mauvaise qualité ou un manque d'équilibre dans l'éventail des compétences. Le manque d'enseignement et de formation de qualité dans les établissements supérieurs de santé est l'une des principales lacunes. L'accréditation des programmes et établissements de formation des professions de santé pour évaluer la qualité du processus éducatif et garantir l'obtention d'un diplôme aux praticiens compétents est une préoccupation majeure dans la plupart des pays et bénéficie d'une attention plus soutenue. Des efforts sont déployés pour évaluer le rôle et les fonctions des programmes de bourses d'études, et faire en sorte qu'ils soient plus rentables et répondent davantage aux besoins et attentes aux niveaux national et régional.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Un soutien a été apporté à 11 pays (Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Iraq, Maroc, Oman, Pakistan, Somalie, Soudan du Sud, Tunisie et Yémen) pour développer les capacités nationales en matière de *politique de santé et planification stratégique*. Le Bureau régional a contribué au projet de modernisation du secteur public en Iraq, notamment en entreprenant deux grandes études : un examen fonctionnel du secteur de la santé et une évaluation des performances du système de santé. Suite à cela, un plan de modernisation du système de santé a été élaboré et un système de santé de district intégré fondé sur la médecine familiale a été introduit.

Un soutien a été apporté au Soudan du Sud pour élaborer la stratégie de santé nationale et le plan opérationnel pour les cinq prochaines années. En outre, un ensemble de services de santé de base a été défini et finalisé avec succès. Une étude du système de santé pour identifier les lacunes existantes a été menée en Somalie et l'Afghanistan a bénéficié d'un soutien technique pour mettre en oeuvre la politique nationale et le plan stratégique de santé. Le profil du système de santé national a été mis à jour dans neuf pays.

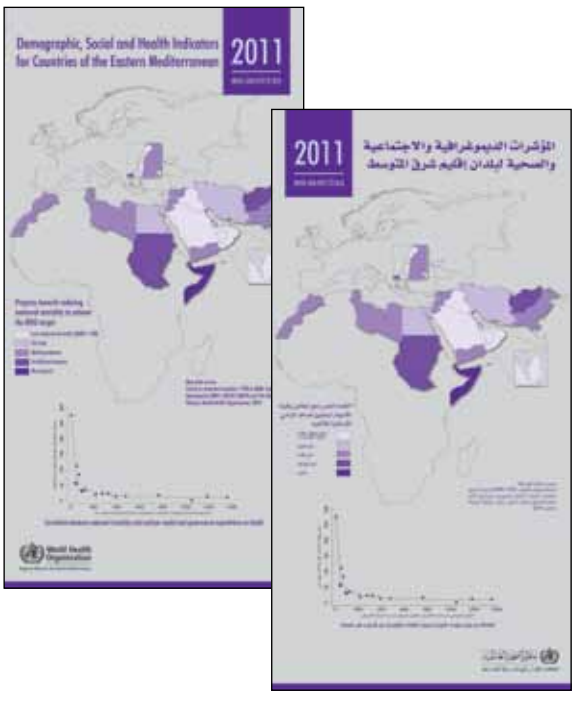
Un soutien a été apporté au Soudan du Sud et à la Somalie afin de développer les capacités en matière de planification stratégique de la santé et d'analyse de la politiques pour les professionnels de santé publique et les responsables de la planification et à Oman pour améliorer les connaissances et les compétences des citoyens sur les principaux éléments du système de santé. Un module de formation pour la planification stratégique en santé a été élaboré et un cours pilote organisé à Nairobi pour le Soudan du Sud et la Somalie. Ce cours sera étendu à d'autres pays en 2012. Un cours pilote de l'OMS sur le développement du système de santé est actuellement restructuré et mis à jour.

Le programme mondial d'apprentissage national de santé, sur les politiques, les stratégies et les plans nationaux de santé a été mis en œuvre dans la Région. Cette initiative permet à l'OMS de faciliter le dialogue politique sectoriel et intersectoriel constructif entre les parties prenantes nationales et les partenaires mondiaux pour l'élaboration de solides politiques stratégies et plans de santé au niveau national, dans le contexte des soins de santé primaires conformément à la Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide.

Au total, 116 employés ont participé à divers séminaires-ateliers afin de renforcer leurs capacités en matière de politiques, stratégies et plans de santé au niveau national.

L'élaboration de systèmes efficaces et équitables de *financement des soins de santé* et la réforme des dispositions financières existantes suscitent un intérêt croissant. Six pays ont bénéficié d'un soutien technique pour identifier, évaluer et mettre en place des solutions viables de financement des soins de santé et renforcer l'objectif de protection de la santé sociale de leurs systèmes de soins de santé. Neuf pays ont bénéficié d'une aide pour renforcer leurs capacités locales en matière d'économie de la santé et de financement des soins de santé (Bahreïn, Koweït, République islamique d'Iran, Iraq, Oman, Soudan, Soudan du Sud, République arabe syrienne et Yémen). En outre, quatre pays (République islamique d'Iran, Iraq, Territoire palestinien occupé et Soudan) ont achevé une opération de grande ampleur sur les comptes nationaux de la santé, la République islamique d'Iran publiant des séries chronologiques sur 7 ans d'informations détaillées sur les dépenses nationales de santé. Bahreïn a accompli d'importants progrès dans la publication de sa première série de comptes nationaux de la santé, tandis que l'Arabie saoudite, le Koweït et la République arabe syrienne ont entamé une action en matière de comptabilité de la santé. À l'occasion du dixième anniversaire de la Déclaration d'Abuja, un séminaire-atelier conjoint a été organisé avec le Bureau régional de l'Afrique qui a permis de renforcer les capacités de deux pays à suivre les contributions nationales au secteur de la santé de façon à encourager un financement plus important des soins de santé et a constitué la première étape vers l'institutionnalisation de la comptabilité de la santé. Un séminaire consultatif interrégional sur la voie à suivre pour atteindre la couverture universelle a permis de renforcer les capacités nationales pour promouvoir des résultats sanitaires équitables par une utilisation efficace des ressources disponibles. L'action menée sur le financement des soins de santé a attiré l'attention sur l'importance de passer des paiements directs dans le financement des soins de santé aux options de prépaiement.

Dans le domaine de la *situation sanitaire et de l'évaluation des tendances basées sur des informations factuelles*, un soutien technique a été fourni pour procéder à l'évaluation des systèmes d'information sanitaire à l'aide d'outils élaborés par le Réseau de métrologie sanitaire et l'OMS. Le soutien à la mise en oeuvre de l'enquête sur la santé dans le monde du Conseil de Coopération du Golfe s'est poursuivi. Le Bureau régional a également apporté un soutien technique pour la mise en œuvre de l'étude sur la mortalité en Afghanistan, l'analyse des résultats et l'élaboration du rapport, en collaboration avec les partenaires internationaux.



Le Bureau régional a contribué à l'évaluation des données sur la mortalité et les causes des décès dans plusieurs pays, et a introduit l'évaluation rapide et détaillée de l'enregistrement et des statistiques des actes d'état civil, à l'aide d'outils standard de l'OMS. Il a également travaillé avec les pays pour améliorer la notification des données sur la mortalité et les causes des décès et a apporté son soutien à l'utilisation des certificats de décès internationaux afin d'améliorer les rapports sur les causes des décès, pour le renforcement des capacités en matière de codage de la CIM-10 et pour l'élaboration de plans stratégiques visant à renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire. La diffusion et le suivi de plusieurs interventions de programmes de lutte contre les maladies ont été renforcés grâce aux services du système d'information géographique, au renforcement des capacités et à l'analyse des données statistiques. Le Bureau régional a effectué des analyses approfondies sur la mortalité infantile et la couverture efficace, en collaboration avec l'Institut de métrologie sanitaire et d'évaluation et a participé à l'élaboration du rapport sur la santé des populations d'Afrique. Il a également mis en place un observatoire régional de la santé ultramoderne.

Dans la domaine de la *prestation des soins de santé*, dans le cadre du plan stratégique régional 2010-2015 pour les soins de santé primaires, un appui significatif a été étendu aux pays pour mettre en œuvre des systèmes de santé de district intégrés et fondés sur une approche de médecine familiale. Cinq districts pilotes en Iraq et en Jordanie ont lancé la première phase, et sont en cours d'évaluation globale. Le Bureau régional a entrepris une étude exploratoire pour faire le point sur la situation de la médecine familiale dans la Région et définir la voie à suivre. À l'issue d'une réunion de consultation visant à examiner la situation en ce qui concerne la formation en médecine familiale et les structures de prestation de services dans la Région, il a été recommandé d'élaborer des modalités nationales pour la médecine familiale qui répondent aux besoins et au contexte nationaux. L'aide aux pays pour l'accréditation des établissements de santé s'est poursuivie.

L'initiative des Hôpitaux engagés dans la promotion de la sécurité des patients est l'initiative phare du Bureau régional pour relever le défi du renforcement de la sécurité des patients dans la Région. Le manuel sur l'évaluation de la sécurité des patients, élaboré sur une période de deux ans avec un examen collégial interne et externe rigoureux et des tests pré-pilotes et pilotes dans sept pays, a été publié. Il comprend 140 normes parmi lesquelles

20 sont indispensables à tout hôpital souhaitant participer à l'initiative en tant qu'hôpital engagé dans la promotion de la sécurité des patients. Onze pays se sont engagés à adopter et tester les lignes directrices de l'OMS sur l'hygiène des mains, 14 pays l'initiative des Hôpitaux engagés dans la promotion de la sécurité des patients, 8 pays le programme des patients pour la sécurité des patients et 14 pays le deuxième défi mondial pour la sécurité des patients (Une chirurgie plus sûre pour épargner des vies). Un guide des programmes sur la sécurité des patients a été élaboré (pour les écoles de médecine, de soins infirmiers, de soins obstétricaux, de soins dentaires et de pharmacie) et sera lancé au niveau régional début 2012.

Le rapport de l'étude sur la décentralisation menée dans neuf pays (Arabie saoudite, Égypte, Jordanie, Maroc, Oman, Pakistan, Soudan, République arabe syrienne et Yémen) a été présenté et examiné lors d'une consultation régionale afin de déterminer la marche à suivre dans ce domaine. Conformément à la résolution du Comité régional 2009 sur la gestion et l'autonomie des hôpitaux, une étude a été menée dans sept pays (Afghanistan, Bahreïn, Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, République arabe syrienne et Tunisie) pour évaluer les performances des hôpitaux au cours des dix dernières années, et les résultats ont été présentés lors d'une consultation régionale. Un soutien technique a été apporté à la dixième conférence de l'Organisation arabe du développement administratif axée sur les nouvelles tendances en matière d'amélioration des performances des hôpitaux. Le Bureau régional a participé à la trente-septième Conférence mondiale sur les hôpitaux à Dubaï et à des réunions de consultation spéciales à Lyon et à Genève en vue d'élaborer un programme mondial pour renforcer la gestion organisationnelle dans les laboratoires.

En ce qui concerne les initiatives de santé mondiales, un soutien technique a été apporté pour suivre la mise en oeuvre des propositions à l'alliance GAVI retenues sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays admissibles. Deux pays ont achevé leurs premières propositions de cinq ans. Des missions conjointes ont été entreprises pour aider quatre pays (Afghanistan, Pakistan, Soudan et Soudan du Sud). De même, un soutien technique a été apporté à huit pays pour l'élaboration de propositions au Fonds mondial et une aide a été fournie à Djibouti, au Pakistan et au Soudan en collaboration avec IHP+. Une aide a également été fournie pour le renforcement des systèmes de santé en vue d'obtenir une plateforme de financement des systèmes de santé unique pour les initiatives mondiales.

Une stratégie régionale sur les *ressources humaines pour la santé* a été élaborée et elle est utilisée comme cadre directeur pour renforcer les processus nationaux de développement des ressources humaines. En outre, un guide régional pour l'élaboration d'un système d'accréditation pour la formation des professions de santé au niveau national a été finalisé en consultation avec les partenaires de la formation médicale aux niveaux national régional et mondial. Plusieurs pays en crise ont bénéficié d'une aide pour développer les effectifs des personnels de santé (Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen). Avec l'aide financière de la Commission européenne, les pays ayant besoin de rationaliser le système d'information ont bénéficié d'un soutien technique, notamment par la création de ressources humaines nationales pour les observatoires de santé. Les pays confrontés à des problèmes

Participants à la huitième réunion du Conseil consultatif régional sur les soins infirmiers

urgents ont reçu une aide afin de renforcer la gouvernance globale et l'utilisation de données pour la planification et l'élaboration de politiques en ce qui concerne les ressources humaines pour la santé. Afin de renforcer les capacités nationales pour le développement des ressources humaines, un plan est élaboré pour organiser le renforcement à cet égard au niveau régional en ce qui concerne la planification stratégique et l'élaboration de politiques sur des bases factuelles pour les ressources humaines en santé, les cadres réglementaires, le perfectionnement professionnel continu et les modalités de gestion efficace du personnel de santé.

L'assistance technique apportée au Soudan du Sud et à la Somalie s'est poursuivie afin de renforcer les effectifs pour les soins infirmiers, obstétricaux et paramédicaux. Plusieurs pays ont bénéficié d'un soutien afin d'améliorer la formation avant l'emploi pour les soins infirmiers, obstétricaux et paramédicaux (Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, Iraq, Libye, Soudan et Yémen). La République arabe syrienne a reçu un soutien pour établir un programme de transition à l'Université de Tichrin permettant aux titulaires d'un diplôme de soins infirmiers d'obtenir un diplôme universitaire. Les capacités régionales en matière de lutte contre les infections et de sécurité des injections ont été renforcées, en collaboration avec le Siège de l'OMS et le réseau mondial pour la sécurité des injections.

L'Iraq a bénéficié d'une aide pour l'analyse et la mise à jour de son plan stratégique en soins infirmiers et obstétricaux. La République islamique d'Iran a lancé le programme de formation en direction et gestion élaboré par le Conseil international des infirmières, avec le soutien de l'Organisation iranienne des soins infirmiers et de l'OMS. Un soutien technique a été apporté aux conseils des soins infirmiers et obstétricaux des Émirats arabes unis, d'Oman et du Soudan et pour renforcer la réglementation. La stratégie régionale sur le développement des soins infirmiers et obstétricaux 2012-2020 a été élaborée lors de la huitième réunion du groupe consultatif régional, en se fondant sur le rapport d'analyse des profils de pays sur les soins infirmiers, l'étude des problèmes actuels auxquels sont confrontés les soins infirmiers, et les réalisations et enseignements tirés

aux cours de la dernière décennie. Le Bureau régional a soutenu les conférences internationales sur les soins infirmiers organisées par les universités en Jordanie et au Soudan et l'Ordre des infirmières au Liban et a apporté un soutien technique aux forums infrarégionaux sur les soins infirmiers, comme la Société scientifique arabe des facultés de soins infirmiers pour renforcer la formation en soins infirmiers et le Comité technique pour les soins infirmiers du Conseil de Coopération du Golfe pour développer les soins infirmiers de santé publique dans le contexte des soins de santé primaires.

Dans le domaine de la mise en réseau des centres de développement pédagogique et des centres collaborateurs de l'OMS pour la formation des professions de santé et le développement des soins infirmiers, le suivi des actuels centres collaborateurs à Bahreïn, en Égypte, en République islamique d'Iran, en Jordanie, au Pakistan et au Soudan s'est poursuivi. La restructuration de deux autres centres a été effectuée avec succès.

Au total, 218 demandes de bourses d'études ont été accordées. Le plus grand nombre de demandes émanait du Soudan, suivi par l'Afghanistan (Tableau 2.2). La majorité des boursiers (137) ont conti-nué à être affectés dans la Région. La Région européenne a été la deuxième région la plus fréquemment choisie pour l'affectation (38 boursiers). La figure 2.1 montre ceux dont l'affectation a été finalisée en 2011. L'enseignement à distance a été bien utilisé, avec 35 inscrits, dont la majorité a été répartie entre la formation en santé publique, en santé mentale et pour les professions de la santé. La figure 2.2 montre également la répartition des bourses par domaine d'études. La santé publique était le domaine d'étude le plus fréquent suivie par les maladies transmissibles.

Tableau 2.2 Nombre de bourses d'études attribuées par pays d'origine, Région de la Méditerranée orientale, 2011

Pays	Nombre	Pourcentage (%)
Afghanistan	34	15,6
Égypte	26	11,9
Émirats arabes unis	1	0,5
Iran, République Islamique d'	1	0,5
Iraq	17	7,8
Jordanie	1	0,5
Koweït	2	0,9
Maroc	12	5,5
Oman	13	6,0
Pakistan	13	6,0
Territoire palestinien occupé	7	3,1
Somalie	3	1,4
Soudan	45	20,6
République arabe syrienne	10	4,6
Tunisie	4	1,8
Yémen	29	13,3
Total	218	100,00

Dans le domaine de la *politique et de la coopération en matière de recherche*, le Comité régional (EM/RC58/R.3) a adopté les orientations stratégiques pour l'intensification de la recherche pour la santé dans la Région de la Méditerranée orientale, qui étaient conformes à la stratégie mondiale sur la recherche pour la santé. Des sessions de renforcement des capacités sur les questions éthiques dans la recherche pour la santé ont été organisées pour le personnel de recherche de l'OMS. Le statut du Comité d'examen éthique du Bureau régional a été examiné, en vue d'optimiser sa fonctionnalité dans l'examen éthique des protocoles de recherche soutenus par l'OMS. Afin de garantir une recherche en santé transparente et fondée sur des bases factuelles, un projet pilote

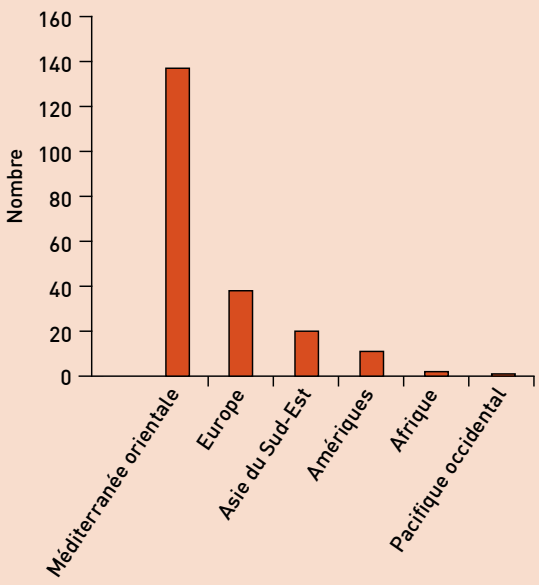


Figure 2.1 Répartition des bourses d'études par région de placement, 2011

visant à établir des plateformes d'application des connaissances et à élaborer des notes d'orientation dans trois pays (Jordanie, Liban et Soudan) a été lancé. Des outils pour l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles ont été traduits en arabe. En collaboration avec la *McMaster University* au Canada, le Bureau régional a traduit en arabe le site Web de *Health Systems Evidence* du *McMaster Health Forum* pour permettre l'échange de connaissances issue de la recherche mondiale avec les chercheurs de la Région.

Suite à un processus d'examen rigoureux, en interne et en externe, quinze propositions ont été sélectionnées pour être financées dans le cadre de la subvention pour la recherche dans les domaines de santé

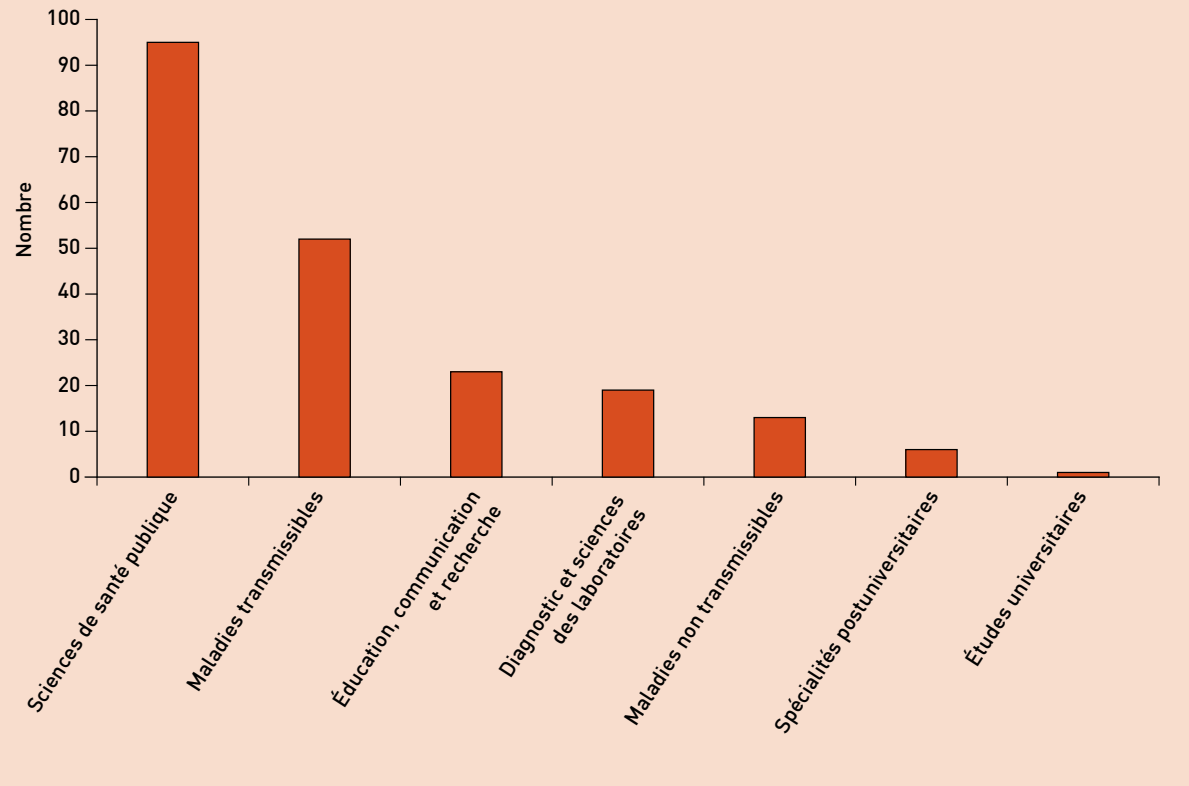


Figure 2.2 Répartition des bourses d'études par domaine d'étude, Région de la Méditerranée orientale, 2011

publique prioritaires. Le renforcement des capacités a été soutenu pour les chercheurs en Somalie, afin d'institutionnaliser la recherche sur les systèmes de santé et d'établir des priorités nationales pour la recherche pour la santé. Le Bureau régional a également soutenu les initiatives pour établir des priorités de recherche régionales dans le domaine des maladies non transmissibles. Le Bureau régional et le Comité permanent pour la coopération scientifique et technologique de l'Organisation de la Conférence islamique (COMSTECH) ont poursuivi leur travail d'examen et de sélection des propositions qualifiées pour le financement dans le cadre de la subvention pour la recherche en biotechnologie et génomique appliquées à la santé pour renforcer les capacités nationales dans ce domaine. Une session de travail a été organisée pour les chercheurs afin d'améliorer les propositions soumises, en mettant l'accent sur la tuberculose.

L'Egypte et le Pakistan ont bénéficié d'un soutien visant à renforcer les capacités dans les questions éthiques en recherche pour la santé pour les comités d'éthique nationaux. Une consultation sur l'établissement d'essais cliniques dans la Région a recommandé la création d'un registre régional des essais cliniques. Le renforcement des capacités régionales en matière de publication de revues médicales de qualité s'est poursuivi. Suite à la seconde formation régionale en matière de publication de revues médicales, treize pays disposent maintenant de formateurs dans ce domaine. L'Association des éditeurs médicaux de la Méditerranée orientale a continué à étendre son réseau, avec plus de 300 personnes inscrites à la liste de diffusion.

Les efforts se sont poursuivis conformément à la stratégie régionale pour la gestion des connaissances à l'appui de la santé publique par l'amélioration de l'accès aux informations sanitaires et le renforcement des capacités aux niveaux national et régional. Un soutien a été apporté pour le renforcement des capacités nationales et régionales dans les programmes Research4Life (HINARI, OARE et AGORA), avec la formation de formateurs dans neuf pays (Iraq, Jordanie, Maroc, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Territoire palestinien occupé, Tunisie et Yémen). Vingt-huit établissements de santé de 11 pays ont rejoint le consortium des revues électroniques régional, ce qui représente une augmentation de 100 % par rapport à 2010. Le consortium a permis l'accès au texte intégral de plus de 850 revues sur la base des abonnements aux revues imprimées sans frais supplémentaire. La collaboration s'est poursuivie à un niveau mondial pour créer la Bibliothèque mondiale de la santé qui va améliorer l'accès équitable à l'information sanitaire pour tous.

Orientations futures

L'action de sensibilisation pour l'adoption de politiques nationales en faveur des soins de santé primaires, y compris l'accès universel, va se poursuivre. Des efforts particuliers seront déployés pour plaider en faveur d'une approche fondée sur la médecine familiale au cœur du développement des systèmes de santé et la prestation de soins de santé. L'accréditation des établissements et services de santé sera réexaminée afin de garantir l'assurance qualité. La sensibilisation du public et l'éducation sanitaire pour améliorer la sécurité des patients seront encouragées et un guide pratique sur l'amélioration de la sécurité des patients pour aider les administrateurs des hôpitaux à établir un

programme de sécurité des patients sera élaboré. Les concepts et approches de sécurité des patients seront intégrés dans la formation avant l'emploi de tous les professionnels de la santé, par une approche multidisciplinaire.

Le soutien technique pour la planification stratégique en matière de santé, l'élaboration de politiques et la bonne gouvernance en santé sera renforcé, notamment lors des cycles de planification nationale et d'examen à mi-parcours. Les capacités nationales seront développées, avec une attention particulière pour l'interaction des divers composants des systèmes de santé avec les déterminants sociaux de la santé, afin de créer une approche plus large et plus globale de la santé et du développement. Des outils conviviaux pour l'évaluation des performances du système de santé seront élaborés. Des stratégies spécifiques à la région pour exploiter le rôle du secteur privé et renforcer les partenariats public-privé seront mises en œuvre. Les déterminants sociaux de la santé seront intégrés dans les politiques et stratégies nationales en matière de santé et les pays bénéficieront d'un soutien pour établir des plans stratégiques nationaux pour les déterminants sociaux de la santé axés sur l'inclusion de la santé dans toutes les politiques.

La promotion de la protection de la santé sociale se poursuivra par un examen détaillé des dispositions financières pour la santé et un soutien pour l'élaboration de politiques de financement de la santé efficaces. Une attention particulière sera accordée au renforcement des capacités nationales pour l'utilisation du nouveau système de comptes de la santé et des outils analytiques OneHealth, ainsi qu'à la promotion des partenariats pour favoriser les réformes du financement des soins de santé fondé sur des bases factuelles.

Le soutien technique pour renforcer les systèmes de gestion pour garantir une prestation efficace de soins de santé va se poursuivre, avec notamment l'évaluation des performances des hôpitaux et l'amélioration et le suivi de la décentralisation. La mise en oeuvre des initiatives de santé mondiales et de la plateforme unique de financement des systèmes de santé basée sur de solides plans de santé nationaux sera encouragée. Le renforcement des capacités nationales pour améliorer les systèmes de santé se poursuivra.

Le soutien pour renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire, la qualité de la collecte systématique de données et les systèmes d'enregistrement et de statistiques des actes d'état civil se poursuivra, tout comme l'action sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'information et de la redevabilité pour la santé de la femme et de l'enfant. Des mesures seront prises pour procéder à une analyse approfondie et des études comparatives sur les progrès vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement, les facteurs de risque, l'état de santé, les maladies non transmissibles et la charge de morbidité, en utilisant les nombreuses informations collectées par les enquêtes et études nationales. La plateforme du système d'information sanitaire pour aider les pays à améliorer leurs systèmes de collecte systématique des données et de surveillance des maladies transmissibles et non transmissibles sera développée.

L'adoption de la stratégie régionale sur les ressources humaines pour la santé visant à renforcer la gouvernance, le développement et la gestion des ressources humaines sera encouragée. Les capacités nationales pour obtenir des données sur la dynamique des ressources humaines pour la santé, y compris le maintien des observatoires

existants et la création de nouveaux, seront renforcées. En outre, les capacités nationales pour l'élaboration des notes d'orientation, ainsi que les compétences en gouvernance et gestion des ressources humaines pour la santé, seront renforcées par une série d'apprentissages axés sur les compétences. La création de forums politiques au niveau national sera facilitée.

Le projet de stratégie régionale pour le développement des soins infirmiers et obstétricaux 2012-2020 circulera dans la Région en vue d'obtenir un consensus avant la finalisation. Il sera utilisé en tant que cadre directeur pour développer les services infirmiers et obstétricaux et pour la collaboration de l'OMS avec les pays dans ce domaine. Le rôle de la profession infirmière dans la lutte contre les infections et la sécurité des patients au niveau national sera soutenu par l'élaboration d'un cadre régional sur le lutte contre les infections et la sécurité des patients. Le partenariat et la collaboration avec les centres collaborateurs OMS pour les soins infirmiers seront renforcés et le soutien technique fourni aux forums sous-régionaux se poursuivra pour améliorer davantage la formation et les services en soins infirmiers. Les pays en situation de post-conflit bénéficieront d'un soutien technique pour la réforme de l'éducation et l'élaboration de politiques en matière de ressources humaines, ainsi que la planification et le développement de personnel pour les soins infirmiers, obstétricaux et paramédicaux.

Les pays bénéficieront d'une aide dans leurs efforts visant à établir et renforcer leurs systèmes d'accréditation de la formation des professions de santé et encourager la responsabilisation sociale dans la formation médicale. Le guide régional et les normes pour l'accréditation seront traduits et publiés. La création de réseaux, la collaboration et l'échange d'informations entre les différents centres de développement pédagogique bénéficieront d'une aide supplémentaire. Le programme des bourses d'études sera axé sur la rationalisation du processus d'affectation, la mise à jour des listes d'établissements de formation et le suivi de la qualité de la formation et de l'impact post-bourses d'études.

Le Bureau régional continuera à travailler avec les États Membres pour promouvoir et renforcer une culture de recherche pour la santé aux niveaux national et régional par les mesures suivantes : mise en oeuvre des orientations stratégiques adoptées par le Comité régional pour l'intensification de la recherche pour la santé dans la Région, renforcement des capacités nationales pour mener une recherche pour la santé axée sur les besoins et répondant aux priorités des pays, et élargissement de la collaboration avec les universités et les centres de recherche pour satisfaire aux besoins émergents en matière de recherche en santé aux niveaux national et régional. Des efforts seront déployés pour créer, au Bureau régional, un registre régional des essais cliniques conforme au Système d'enregistrement international des essais cliniques et pour promouvoir le respect des considérations éthiques en recherche pour la santé impliquant des sujets humains. Le rôle des centres collaborateurs de l'OMS dans la promotion de la mise en oeuvre du programme de recherche pour la santé au niveau national sera renforcé, et la diffusion et la traduction des résultats de la recherche seront facilitées. Avec la présence des réseaux régionaux, comme le réseau régional de politiques fondées sur des bases factuelles (EM-EVIPNet) et le Réseau des établissements universitaires de la Région de la Méditerranée orientale (EMRAIN), des plateformes d'application des connaissances au niveau national seront établies et la prise

de décisions fondées sur des bases factuelles sera encouragée. Le soutien au renforcement des capacités des éditeurs se poursuivra lors du prochain exercice biennal en vue de promouvoir la qualité et les normes pour la publication de revues médicales dans la Région, en particulier au niveau des pays

Le Bureau régional continuera à soutenir le réseau des bibliothèques médicales et sanitaires en renforçant l'utilisation de ressources d'informations par le consortium de ressources électroniques pour les bibliothèques médicales dans la Région. Le renforcement des capacités pour les bibliothécaires médicaux ainsi que les agents et professionnels de santé au niveau national se poursuivra.

Objectif stratégique 11 : élargir l'accès aux technologies et produits médicaux, et en améliorer la qualité et l'utilisation

Enjeux et défis

La prestation de services de santé de qualité, qui soient également équitables et efficaces, nécessite une palette de ressources équilibrées et correctement gérées. Les principales d'entre elles sont les technologies sanitaires, qui prennent la forme de médicaments, vaccins, dispositifs et procédés cliniques. Pour normaliser et réglementer leur sélection, leur achat, leur utilisation et leur gestion, les pays doivent instaurer des systèmes spécifiques. Dans la Région, le secteur public dépense environ 50 % du budget ordinaire de la santé publique en technologies sanitaires. Mais la capacité des systèmes nationaux actuels à gérer ces dernières est extrêmement faible, car ceux-ci manquent de fonds comme de personnel. Cette faiblesse pose un problème opérationnel et politique de plus en plus visible dans de nombreux pays, en particulier ceux qui sont confrontés à des situations d'urgence complexes et/ou à des catastrophes. Les pays rencontrent cinq grandes difficultés. La première concerne la disponibilité, c'est-à-dire qu'on constate un manque de capacités et de ressources nécessaires à la mise à la disposition du public des technologies sanitaires essentielles. La deuxième porte sur l'accessibilité, c'est-à-dire qu'il n'existe pas d'accès équitable à des technologies sanitaires sûres et appropriées, et qui soient de qualité. La troisième a trait à l'adéquation, c'est-à-dire qu'il n'a pas été possible de promouvoir des technologies sanitaires essentielles qui soient scientifiquement valides, adaptées aux besoins, acceptables pour les patients et les usagers, et d'usage et d'entretien aisés. La quatrième se rapporte à l'accessibilité économique, car la croissance constante des dépenses conduit à une flambée du coût de la prestation de services. Enfin, la cinquième se rapporte à l'obligation redditionnelle : les autorités réglementaires sont divisées ; le contrôle du secteur privé est inefficace ; les programmes et/ou les instances de réglementation ne sont pas suffisamment coordonnées ; et les dispositifs de présélection et de surveillance post-commercialisation sont déficients. Bien que le taux d'exécution d'ensemble des fonds disponibles pour le programme des technologies sanitaires soit raisonnable, la poursuite de l'exécution avec succès sera un défi majeur alors qu'une grande partie de la Région se trouve confrontée à des changements politiques et des troubles.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Dans le domaine des *politiques en matière de médicaments et de produits pharmaceutiques essentiels*, un soutien technique a été fourni aux pays pour formuler, examiner et mettre en œuvre des politiques fondées sur des bases factuelles. Le Bureau régional a continué à renforcer les capacités nationales en matière de recherche opérationnelle afin d'évaluer des indicateurs critiques tels que l'accès (disponibilité/accessibilité économique), la qualité/l'innocuité et l'utilisation des médicaments. Les capacités ont été renforcées en Arabie saoudite, à Bahreïn, en Iraq et au Qatar pour la réalisation des évaluations du secteur pharmaceutique à l'aide de la méthodologie de niveau II de l'OMS et en Égypte, en Iraq, au Koweït, à Oman et au Soudan pour l'évaluation de la transparence dans le cadre du programme de bonne gouvernance des médicaments.

Une évaluation rapide de la structure réglementaire pharmaceutique a été réalisée en Libye durant la crise, et un soutien technique a été fourni pour le système d'approvisionnement. Les principes des normes de qualité de l'OMS ont été présentés à plus de 40 spécialistes de la réglementation et producteurs de médicaments essentiels de 11 pays. Des fabricants d'Arabie saoudite, d'Égypte, des Émirats arabes unis, de République islamique d'Iran, du Maroc et du Pakistan ont exprimé leur intérêt pour le programme de présélection des médicaments de l'OMS, soumettant des dossiers de produits pharmaceutiques essentiels. En outre, un renforcement des capacités sur le contrôle qualité des médicaments a été effectué en Arabie saoudite, en Égypte, en République islamique d'Iran, à Oman, au Soudan, en Tunisie et au Yémen.

En ce qui concerne les *politiques en matière de vaccins et des produits biologiques essentiels*, un plaidoyer en faveur de la politique OMS pour le renforcement de la réglementation des vaccins et les mesures de présélection a été réalisé en Arabie saoudite et au Soudan. Un soutien technique a été fourni pour renforcer les capacités techniques des autorités nationales de réglementation et du personnel du PEV sur la réglementation des vaccins antigrippaux. Un document d'orientation sur l'homologation des vaccins dans les situations d'urgence a été préparé. Le mandat du comité technique régional pour l'évaluation des vaccins a été revu et mis au point. En collaboration avec l'initiative SIVAC (*Supporting Independent Immunization and Vaccine Advisory Committees* [Appui aux Comités consultatifs indépendants pour la vaccination et les vaccins]), une consultation a été organisée pour renforcer la coordination entre les autorités nationales de réglementation et les groupes techniques consultatifs nationaux pour la vaccination et les vaccins.

Le renforcement des capacités des professionnels de la santé et des spécialistes de la réglementation par la formation spécialisée sur le suivi et l'évaluation de la causalité des manifestations postvaccinales indésirables a été mené en République islamique d'Iran. Au Soudan, un soutien technique et financier a été fourni pour renforcer la surveillance des intussusceptions, ainsi que les capacités pour l'évaluation de leur causalité. Dans le cadre des activités régionales liées à l'initiative d'achat groupé de vaccins, les systèmes de réglementation des vaccins d'Algérie et de Tunisie ont été passés en revue.

Dans le domaine de la *sécurité transfusionnelle, des laboratoires et de l'imagerie*, la mise en œuvre de l'assurance qualité régionale externe, des réseaux nationaux de santé publique et des laboratoires des agences de réglementation alimentaire, et de la sécurité et sûreté biologiques des labsratoiresont été encouragés. L'Égypte, avec le soutien technique du Bureau régional et du Gouvernement italien, se lance dans la création d'un nouveau laboratoire de diagnostic de niveau 3 de biosécurité. Oman a été le point central et le modèle pour la mise en place de la plupart des systèmes et activités concernant les laboratoires au cours de la décennie précédente.

Les capacités ont été renforcées en matière de bonnes pratiques de fabrication (BPF) pour les établissements produisant du sang et du plasma dans 17 pays. La formation des inspecteurs aux BPF en vue de la création d'autorités nationales de réglementation pour les services de transfusion sanguine a été achevée. La République islamique d'Iran, avec le soutien du Bureau régional, recherche actuellement à faire accréditer son autorité nationale à cet égard. Le renforcement des capacités a été soutenu pour l'Afghanistan dans le domaine des soins chirurgicaux au niveau de district. Suite à la promulgation d'une loi sur la transplantation, le Pakistan collabore avec le Bureau régional pour désigner un centre collaborateur OMS dans ce domaine d'expertise.

Dans le domaine des *dispositifs médicaux*, les résultats de l'enquête mondiale sur les dispositifs médicaux, à laquelle 60 % des pays de la Région ont participé, ont été publiés. Les résultats aideront les responsables politiques et les décisionnaires pour les actions suivantes : estimer les besoins futurs pour les dispositifs médicaux dans le contexte des ressources disponibles ; comparer la performance des pays ayant des conditions similaires, établissant ainsi des critères au niveau national ; et élaborer des politiques dans les technologies de la santé fondées sur des bases factuelles dans le cadre des systèmes nationaux de santé.

Un soutien technique a été fourni aux pays suivants : Au Soudan, à la République arabe syrienne et à la Tunisie pour l'élaboration, l'examen et la mise en œuvre de politiques nationales sur l'achat, la sélection, la gestion et l'utilisation rationnels de la technologie de la santé ; à Oman pour s'attaquer aux problèmes essentiels liés à la technologie de la santé aux différents niveaux de prestation ; à la Libye pour restaurer et/ou développer leurs services de santé ; et à la Jordanie pour mettre en route un programme d'évaluation de la technologie de la santé. La collaboration avec le Siège de l'OMS a entraîné la production de 19 publications différentes de l'OMS couvrant l'ensemble du spectre de la gestion de la technologie de la santé.

Orientations futures

L'amélioration de la gestion des technologies de la santé demeurera un défi sérieux et nécessitera une approche globale des systèmes de santé. Les solutions possibles comprennent la mise en place de mécanismes d'achat et de fourniture transparents, l'élaboration de profils adéquats par pays, la promotion des concepts de transparence et de bonne gouvernance, l'usage rationnel et le renforcement des capacités. Le soutien se poursuivra au moyen de l'élaboration d'une stratégie régionale sur les technologies de la santé sur la base des données disponibles et des résultats de l'enquête mondiale. La capacité des autorités de réglementation nationales pour mettre en œuvre les

recommandations de l'OMS pour le renforcement de la technologie de la santé sera renforcée. Des modules de formation sur la gestion des dispositifs médicaux seront mis au point, sur la base des lignes directrices de l'OMS, à l'appui du renforcement des capacités nationales. Des études d'examen fonctionnel seront réalisées sur les programmes nationaux relatifs aux technologies de la santé en vue d'améliorer leur gestion. Les concepts des BPF pour la qualité et la sécurité des produits médicaux manufacturés seront encouragés. Un partenariat et des coalitions avec d'autres partenaires stratégiques pour identifier les inadéquations régionales et/ou nationales en ce qui concerne les cinq grandes difficultés mentionnées plus haut, les intérêts communs, les mécanismes de financement et les ressources potentielles qui seront nécessaires pour garantir la pérennité des services de soutien technique de l'OMS.

Chapitre 3
Partenariats et performances de l'OMS

3. Partenariats et performances de l'OMS

Objectif stratégique 12 : jouer un rôle de chef de file, renforcer la gouvernance et encourager les partenariats et la collaboration avec les pays, le système des Nations Unies et d'autres partenaires pour que l'OMS s'aquitte de la tâche qui lui incombe dans la réalisation du programme mondial d'action sanitaire énoncé dans le onzième programme général de travail

Enjeux et défis

L'année 2011 a constitué une période difficile et éprouvante pour le Bureau régional du fait de la situation complexe à laquelle sont confrontés 13 États Membres, dont le pays hôte, l'Égypte. Malgré ces difficultés ainsi que la persistance de la crise financière, l'OMS a continué à renforcer sa présence dans les pays, à promouvoir des partenariats fonctionnels et à impliquer les États Membres dans l'activité des organes directeurs. La situation qui prévaut dans la Région a entravé le fonctionnement des programmes de santé ainsi que par conséquent leur financement. Une importante rotation du personnel gouvernemental à haut niveau dans certains pays rend difficile la tâche de planification pour les partenariats.

Les communications pour la santé, le renforcement des partenariats avec les parties prenantes, les universités, les communautés et la société civile et l'instauration d'un consensus sur les priorités régionales sont les principaux domaines de communication, basés sur le profil des maladies transmissibles et non transmissibles dans la Région et l'état des progrès réalisés sur la voie des objectifs du Millénaire pour le développement. L'importance croissante des médias sociaux dans la Région commence à avoir un impact sur l'approche stratégique de l'OMS au niveau des communications pour la santé. Le besoin de renforcement des capacités en matière de communication pour la santé demeure considérable dans l'ensemble de la Région. La préparation de messages de santé doit venir compléter l'approche intégrée des soins de santé et faciliter la modification des comportements en vue de l'adoption de modes de vie sains.

L'accessibilité à l'information sanitaire dans les langues nationales est critique pour améliorer la situation sanitaire. La demande exprimée par les responsables de l'élaboration des politiques, les professionnels de la santé et le public pour disposer d'informations sanitaires précises, disponibles en plusieurs langues et en temps opportun, en version papier ou dans d'autres formats, ainsi que par Internet, continue d'être forte. Le Bureau régional a continué à relever les défis en matière de gestion et de partage du savoir en améliorant l'accessibilité et la disponibilité des connaissances en santé, ainsi qu'en prônant le recours aux ressources d'information électroniques.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

L'OMS a poursuivi sa forte collaboration avec les États Membres pour améliorer la situation sanitaire et atténuer l'effet des situations d'urgence dans la Région, montrant son engagement à jouer un rôle moteur et à encourager des partenariats. Les missions conjointes de planification et d'examen des programmes ont été menées à bien, malgré les circonstances difficiles dans de nombreux pays, et la préparation des programmes de collaboration dans le domaine de la santé pour la période biennale 2012-2013 a été couronnée de succès. L'OMS a mobilisé des ressources, et dans de nombreux cas comme en Libye, a mené l'intervention des Nations Unies qui a nécessité un engagement solide des parties prenantes dans le domaine de la santé.

La crise humanitaire dans la Région, les objectifs du Millénaire pour le développement, la santé des adolescents et les comportements à risque, et l'équité en santé figuraient parmi les domaines de collaboration prioritaires examinés lors de la réunion de coordination conjointe annuelle du Directeur régional avec les Directeurs régionaux de l'UNICEF, de l'UNESCO, de l'ONUSIDA, du PAM, de la FAO et de l'UNFPA. Pour chaque point d'action adopté, les institutions participantes ont convenu de renforcer la coordination aux niveaux régional et des pays. Le Comité consultatif régional a formulé des recommandations pour améliorer le contenu des documents techniques qui sont soumis au Comité régional et guider le Bureau régional dans les mesures qui doivent être prises dans les domaines examinés. La cinquante-huitième session du Comité régional a été menée à bonne fin au Bureau régional, et les résolutions concernant la politique et la stratégie dans les domaines techniques examinés ont été adoptées. Par ailleurs, un nouveau Directeur régional, le Dr Ala Alwan, a été désigné lors du Conseil exécutif et le Directeur régional sortant, le Dr Hussein A. Gezairy, a été nommé Directeur régional émérite.

L'OMS a participé activement aux activités et aux réunions du Groupe régional des Nations Unies pour le développement. Elle a également contribué au processus du bilan commun de pays et du Plan-cadre des Nations Unies pour l'aide au développement (PNUAD) pour les pays en tant que membre du Groupe d'appui des pairs. Le Bureau régional a contribué à la préparation des orientations politiques et des stratégies du Groupe régional des Nations Unies pour le développement. En Égypte, le Bureau régional a collaboré au remaniement de l'action sanitaire au sein du groupe des Nations Unies pour le développement et l'a soutenu.

Le Bureau régional a continué à déployer des efforts pour utiliser le résultat du processus des stratégies de coopération avec les pays afin de renforcer la présence de l'OMS dans les pays et d'orienter la planification, la budgétisation et l'allocation de ressources. Il s'est lancé dans une série d'efforts visant à améliorer sa coordination externe et sa fonction de mobilisation des ressources ainsi qu'à accroître sa capacité opérationnelle et renforcer la collaboration avec d'autres partenaires. Le document de la Stratégie de coopération avec les pays est devenu une référence majeure dans tous les pays, et il est maintenant bien connu dans les équipes de pays des Nations Unies. Au début de 2011, des documents mis à jour pour la Stratégie de coopération avec les pays avaient été achevés pour 14 pays, dont la Somalie pour

la première fois. En République islamique d'Iran, en Iraq, au Pakistan et en Somalie, l'appui fourni par le Bureau régional et la collaboration apportée ont servi à la mise en place du programme d'action pour les Nations Unies et de l'appui d'autres partenaires pour le secteur de la santé. Les bureaux de pays et le Bureau régional de l'OMS ont poursuivi leurs efforts dans les pays pour exploiter le résultat du processus de la stratégie de coopération avec les pays afin de renforcer et d'orienter la planification, la budgétisation et l'allocation de ressources sur les activités et les programmes stratégiques et prioritaires. Le manque de ressources humaines et financières pour augmenter la capacité des bureaux de pays de l'OMS afin de mettre en œuvre les priorités stratégiques représente un défi majeur.

Le Bureau régional a initié la mise en place d'un système d'information sur les partenariats virtuels, et d'un cours en ligne sur les partenariats et la mobilisation de ressources, pour contribuer à ses efforts de mobilisation de ressources, qui représente un défi particulier dans la crise financière et politique à laquelle la Région est confrontée. Plusieurs gouvernements et fondations ont réagi positivement et rapidement à la crise dans la Région, proposant une aide au secteur public par le biais de l'OMS pour l'aide humanitaire, les médicaments et les cliniques mobiles. La réponse cruciale apportée au moyen de la mise en place du partenariat régional a fonctionné malgré les problèmes politiques et financiers.

En ce qui concerne la mobilisation des ressources, les capacités ont été renforcées en Afghanistan, en Jordanie et au Bureau régional. Les bureaux de pays ont reçu une formation sur la manière de promouvoir les activités ne bénéficiant pas de financement auprès des partenaires, des bailleurs de fonds, des fondations, des organismes caritatifs et des organismes non gouvernementaux intéressés dans le domaine de la santé. Le Bureau régional a joué un rôle dans l'obtention de fonds venant d'Arabie saoudite pour lutter contre la famine en Somalie en fournissant des denrées alimentaires et des médicaments, ainsi que du Fonds koweïtien d'aide aux patients pour des activités en Somalie, en Afghanistan, au Yémen et en Libye, ainsi que de l'Organisation islamique de secours international.

Le Bureau régional s'est employé activement à mettre en place une intervention dans le domaine des médias et de la communication pour répondre à la crise libyenne et la famine en Somalie et à veiller à ce que les appels flash, les communiqués de presse et les déclarations soient publiés en temps opportun. La production de messages sanitaires et de matériels de plaidoyer a augmenté pour intensifier la sensibilisation dans le domaine de la santé pendant les situations d'urgence pour la prévention des épidémies et d'autres risques sanitaires. Des brochures abordant la santé des communautés, les premiers secours et la santé dans les rassemblements de masse ont été publiées et distribuées. La collaboration avec les partenaires a été renforcée pour fournir une réponse appropriée aux situations nouvelles. Une campagne télévisée pour obtenir des fonds de secours pour lutter contre la famine a été organisée en collaboration avec des chaînes de télévision régionales au profit de la Somalie. La capacité des responsables de la communication à soutenir la riposte aux situations d'urgence et à utiliser les tendances modernes dans les communications a été renforcée. Les sites des médias sociaux ont été créés et utilisés pour mieux faire connaître l'activité de l'OMS dans la Région. Un kiosque santé qui permet au public de

mesurer la tension artérielle et l'indice de masse corporelle a été mis au point comme outils de promotion de modes de vie sains.

Le succès dans l'amélioration de la santé de tous les peuples dépend principalement de la satisfaction de leurs besoins, de l'augmentation de leur sensibilisation et de leur implication dans la prise de décisions liées à leur vie et leur santé. Le Programme mondial en langue arabe a continué de fournir aux gens des informations sanitaires valides et mises à jour dans les langues nationales. Le Bureau régional a passé 79 contrats pour la traduction de matériels d'information sanitaire en arabe, dont six nouveaux produits d'information dans les séries *Teaching and Learning Materials for Medical Students* et *Medical Books*. Les partenariats et les collaborations ont été renforcés (Tableau 3.1).

Le Bureau régional a poursuivi sa collaboration avec le Siège, par l'échange de personnel pour aider à la traduction de documents concernant l'activité des organes directeurs, et en appui à la version arabe du Bulletin de l'OMS, sa traduction et sa mise en ligne sur le site Web de l'OMS chaque mois. L'élaboration du Dictionnaire médical unifié s'est poursuivie, grâce au renforcement apporté par des logiciels, l'ajout de nouveaux termes, y compris en farsi, et l'amélioration de l'accessibilité par Internet et sur CD. Le réseau d'arabisation des sciences de la santé a continué de soutenir l'élaboration de la terminologie. À l'appui de la mise en œuvre de la politique de l'OMS sur le multilinguisme, le Bureau régional a participé à la deuxième réunion de l'Association pour l'arabisation de l'enseignement de la médecine.

Le site Web du Bureau régional est un moyen de partage et de diffusion du savoir dont l'importance est croissante pour les pays qui ont un bon accès à Internet. Le projet majeur de développer davantage et de remanier le site Web du Bureau régional s'est poursuivi. Les fournisseurs de contenu

Tableau 3.1 Partenariats et collaborations sur des matériels d'information sanitaire en langue arabe

Établissement	Activité
Centre syrien pour les matériels d'enseignement et d'apprentissage, Ministère de la Santé, Damas (République arabe syrienne)	Matériels d'éducation sanitaire
Ministère syrien de l'Enseignement supérieur	Partenariat avec des universités égyptiennes
Faculté de santé publique et d'informatique sanitaire, Université Roi Saoud Bin Abdulaziz pour les sciences de la santé, et Association saoudienne pour l'informatique sanitaire	Encyclopédie santé du Roi Abdullah en langue arabe
Département d'enseignement médical de l'École de médecine du Canal de Suez (Égypte) et Ministère de l'Enseignement supérieur (République arabe syrienne)	Diplôme en enseignement de la médecine en arabe
Institut Sebai	Matériels pédagogiques et didactiques pour les étudiants des instituts paramédicaux, et livres pédagogiques en éducation sanitaire, nutrition et santé scolaire
Université américaine de Beyrouth	Version arabe de *Public health in the Arab World*, en cours d'impression par *Cambridge University Press*
Arab Centre for Authorship, Translation, Arabization and Publishing (ACATAP) [Centre arabe pour l'arabisation, la traduction et la qualité d'auteur], Damas (République arabe syrienne)	Ouvrages pour étudiants des facultés de médecine et des sciences paramédicales

au Bureau régional et dans les bureaux de pays ont été formés sur une période de quatre mois et la soumission de nouveaux contenus a commencé vers la fin de l'année. Les événements régionaux, le manque de ressources et les priorités concurrentes ont provoqué un certain retard pour atteindre la cible fixée pour le lancement, qui devrait maintenant avoir lieu durant le premier trimestre de 2012. Le processus de transformation dans son ensemble, y compris la formation et la préparation de contenus, a été géré en interne en recourant à un système de gestion des contenus en source ouverte, ce qui a permis d'économiser considérablement par rapport aux investissements nécessaires à une réalisation externe. Un nouveau site Intranet a été lancé, utilisant le système de gestion de contenus du Siège de l'OMS, ce qui permet de fournir un accès rapide, efficace et intégré aux connaissances sur la politique et les procédures administratives de l'OMS pour le personnel dans l'ensemble de la Région.

Le Bureau régional a édité 46 publications en anglais, 21 en français et 29 en arabe, ainsi que 17 périodiques (voir Annexe 4). La Figure 3.1 montre la tendance à l'augmentation dans la production de l'information dans les langues officielles depuis 2000, reflétant la demande de connaissances. Ont également été publiés 49 rapports de réunions, 10 documents de stratégie de coopération avec les pays, 20 documents du Comité régional dans les trois langues officielles, 21 documents d'orientation pour action préparés à l'issue de missions de consultants et 109 discours du Directeur régional. Plus de 700 articles ont été soumis pour publication dans *La Revue de santé de la*

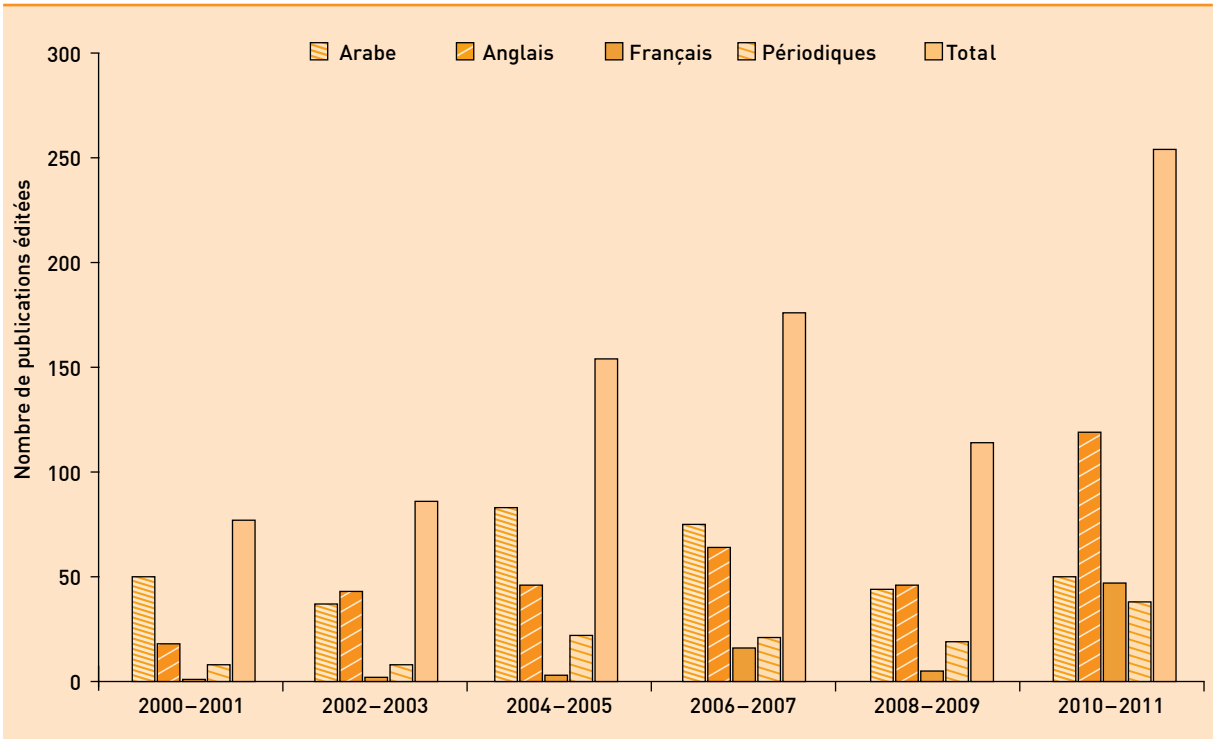
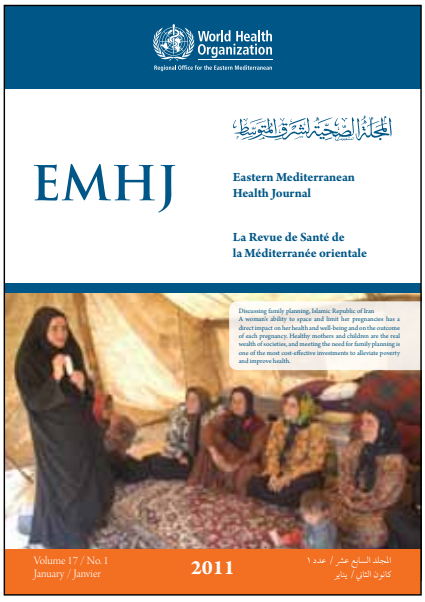


Figure 3.1 Tendance de la production d'informations au Bureau régional, 2000-2011



Méditerraneé orientale en 2011. La revue a continué de paraître à temps chaque mois, 169 articles ayant été publiés au total.

La fourniture de documentation sanitaire – livres, abonnements à des journaux, CD-ROM et accès en ligne, a augmenté de 37,8 % par rapport à 2010, les achats s'élevant à une valeur totale de 1 086 737 USD, ce qui représente une augmentation de 60,4 % par rapport à 2010. La figure 3.2 montre la répartition en pourcentage des achats de documentation sanitaire. Le Bureau régional a continué de fournir au personnel et aux États Membres le texte intégral des publications gratuitement dans le cadre des services de livraison de documents interbibliothèques, avec une augmentation de 48 % par rapport à 2010.

Dans le domaine de la gestion et du partage du savoir, le système d'archivage institutionnel numérique a été lancé dans le but d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité du savoir de l'Organisation. Ce système est une base de données des documents du Bureau régional de 1948 jusqu'à ce jour et en tant que tel, il constitue une ressource historique et institutionnelle importante. La Figure 3.3 montre le pourcentage de croissance du système d'archivage depuis sa création en 2006, jusqu'à 2011. Le Bureau régional a en outre

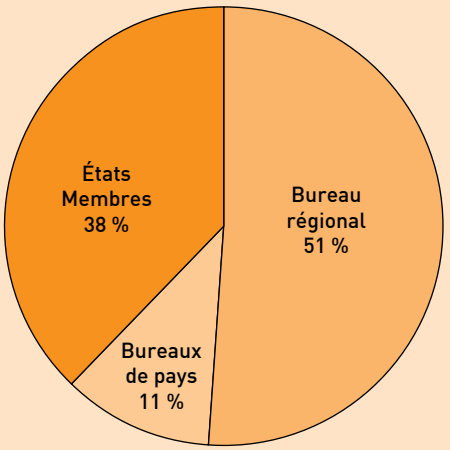


Figure 3.2 Achat de documentation sanitaire pour le Bureau régional, les bureaux de pays et les États Membres en 2011

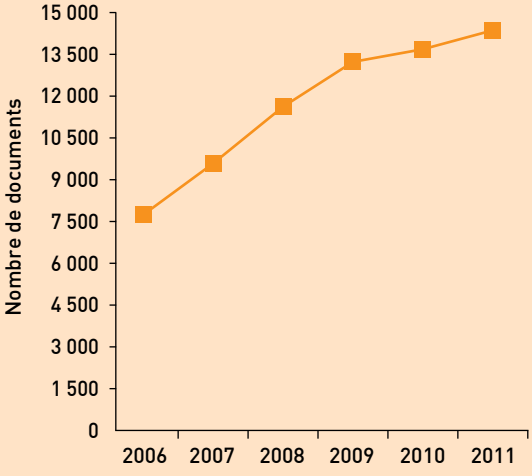


Figure 3.3 Croissance du système d'archivage institutionnel numérique, 2006-2011

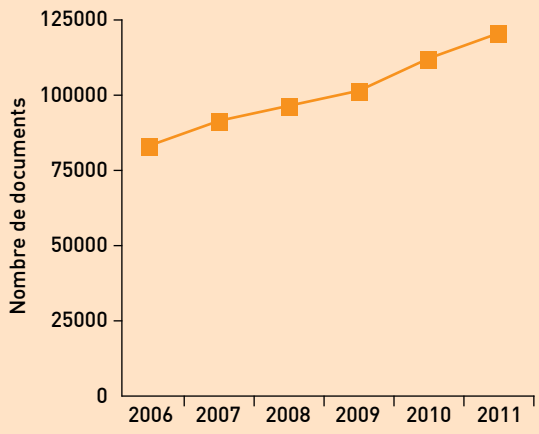


Figure 3.4 Tendance dans les références bibliographiques biomédicales et sanitaires indexées et publiées dans l'*Index Medicus* de la Méditerranée orientale, 2006-2011

poursuivi son soutien au développement du dépôt institutionnel de l'OMS pour l'échange d'information (IRIS).

Les services d'indexation et de préparation de résumés pour les 523 revues des sciences biomédicales et de la santé publiées dans 19 pays de la Région se sont poursuivis. La Figure 3.4 montre la tendance du nombre de références bibliographiques ayant été indexées et publiées dans *l'Index Medicus* de la Méditerranée orientale de 2006 à 2011. Afin d'améliorer l'accès à l'information sanitaire concernant les situations d'urgence et la gestion des risques dans les zones reculées de la Région, le Bureau régional a préparé 17 bibliothèques rouges qui doivent être envoyées dans les bureaux de pays.

Orientations futures

Dans une situation de mouvements et de changements sociaux étendus, le Bureau régional a pu organiser une riposte efficace en temps opportun, malgré le fait que le personnel de l'OMS était aussi affecté. Toutefois, un rôle plus actif a pu être mis au point en ce qui concerne la promotion des principes et des politiques de l'OMS, y compris l'équité, la couverture universelle, la justice sociale, la réduction de la pauvreté, l'inclusion sociale et l'approche des soins de santé primaires, afin de s'attaquer à certaines des causes profondes de la situation complexe qui s'installe dans la Région. Le Bureau régional continuera à collaborer avec les États Membres pour la mise en œuvre de la politique concernant l'action en faveur des pays. Une politique de partenariat sera mise au point et un soutien sera apporté pour la gestion et la coordination des relations avec les institutions des Nations Unies, la société civile, le secteur privé et d'autres parties prenantes.

Un soutien sera fourni aux pays pour renforcer les capacités en matière de partenariats, de coordination extérieure et de mobilisation des ressources. L'importance de la planification d'une large palette de collaborations et de coopérations au sein du système des Nations Unies dans le cadre de « l'unité d'action des Nations Unies » sera maintenue aux niveaux national et régional. Le Bureau régional élaborera une orientation stratégique pour les médias et les communications en collaboration avec les points focaux pour les communications dans les États Membres et les bureaux de pays de l'OMS. Le renforcement des capacités en matière d'aptitudes médiatiques et de communication s'est poursuivi.

Il est essentiel d'investir dans la production et la diffusion d'informations sanitaires en utilisant la technologie la plus récente, le format le plus convivial et les canaux les plus accessibles. L'établissement de partenariats nouveaux et plus productifs avec les organisations locales, nationales, régionales et internationales représente la clé de la diffusion d'informations sanitaires dans les langues nationales. Une attention

accrue sera placée sur le renforcement de l'utilisation d'Internet pour la diffusion du savoir, en particulier par le lancement d'un nouveau site Web, plus accessible et convivial. Le Bureau régional continuera d'améliorer l'accessibilité et la disponibilité des connaissances en santé et de mieux utiliser les ressources d'information électroniques. Le renforcement des capacités du Bureau régional en matière de publication électronique constituera un défi majeur.

Objectif stratégique 13 : Faire en sorte que l'OMS soit et demeure une organisation souple, en apprentissage constant, qui s'acquitte de façon plus efficace et plus efficiente de son mandat

Enjeux et défis

La disparité existant entre les fonds et les ressources humaines disponibles d'une part, et leur répartition dans l'Organisation d'autre part, demeure problématique. L'une des priorités est donc l'obtention de fonds et de mécanismes flexibles supplémentaires, permettant d'assurer une meilleure allocation des ressources disponibles. Le montant total approuvé des contributions fixées régionales pour l'exercice financier 2010-2011 était de USD 90,6 millions, y compris les réserves fixées par le Directeur général. De plus, les contributions volontaires pour la même période s'élevaient à USD 646 millions. Les objectifs stratégiques 1 et 5 continuent de bénéficier d'un bon financement et représentaient 75 % des recettes totales obtenues des contributions volontaires. La capacité du personnel des bureaux de pays à faire face aux réalités imposées par le système mondial de gestion (GSM) constitue toujours un problème, notamment en ce qui concerne la transition de l'ancien système de comptabilité des pays au nouveau système de comptabilité intégré du GSM. Le système mondial de gestion continue de poser des défis opérationnels et nécessite un renforcement des capacités au niveau des pays pour en améliorer l'efficacité.

La Région connaît toujours des crises, cinq pays étant touchés par des troubles civils. Ceci a entraîné un niveau de coût élevé pour la mise en œuvre des programmes. Un recrutement d'urgence et des ressources humaines et des services supplémentaires ont dû être fournis. Les communications et les autres services ont été maintenus avec des temps d'interruption minimes. Toutefois, la mise à niveau des infrastructures des technologies de l'information et des télécommunications a été repoussée à une date ultérieure. Des médicaments essentiels, des vaccins et d'autres fournitures médicales ont été livrées aussi rapidement que possible, y compris dans les zones où la sécurité est réduite. Le financement durable pour les coûts de sécurité liés à l'emplacement est toujours un défi, malgré les progrès effectués dans l'obtention de fonds pour les besoins de sécurité en général.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Les missions conjointes de planification et d'examen des programmes ont été menées avec succès en utilisant les fonctionnalités du système mondial de

Le Dr Ala Alwan, Directeur régional, en compagnie de Son Altesse Royale, la Princesse Muna Al Husseini et Son Excellence de le Ministre de la Santé lors de l'inauguration du nouveau bâtiment de l'OMS en Jordanie

gestion pour tous les pays, y compris le Soudan du Sud qui est devenu un État Membre le 27 septembre 2011 ; ceci a permis de préparer des plans opérationnels pour la période biennale 2012-2013. Le Bureau régional a poursuivi ses efforts visant à renforcer les capacités du personnel des bureaux de pays pour développer l'utilisation du cadre gestionnaire fondé sur les résultats.

La Région a pris la tête dans la préparation des descriptions de postes génériques pour un groupe spécifique d'emplois dans la catégorie professionnelle des épidémiologistes aux niveaux régional et des pays. Des méthodes améliorées ont été mises au point pour suivre et contrôler la mise en œuvre du processus de recrutement. L'Annexe 1 présente l'organigramme du Bureau régional et l'Annexe 2 montre la répartition du personnel professionnel par effectifs et par nationalité.

Le taux d'exécution final enregistré pour l'exercice 2010-2011 représentait 100 % de l'ensemble des fonds disponibles au titre du budget émanant des contributions fixées. L'exécution au titre des fonds provenant des contributions volontaires s'élevait à USD 411 millions, dépassant de plus de quatre fois le budget des contributions fixées.

Si la mise à niveau des infrastructures des télécommunications et des technologies de l'information a été reportée à une date ultérieure, plusieurs renforcements ont été réalisés. Il s'agit notamment de l'augmentation de la bande passante pour Internet, de la mise à niveau des installations de vidéoconférence, de l'amélioration de l'efficacité des réseaux, et du renforcement des installations de communication par voix et des autres télécommunications pour s'aligner sur les meilleures pratiques de l'industrie et apporter un meilleur soutien aux opérations. En outre, la première phase de la mise en œuvre du projet « Global Synergy » au Bureau régional, qui alignera les systèmes de l'OMS dans tous les bureaux principaux, a été achevée. Les installations audiovisuelles de la Salle de conférences « Kuwait » ont été mises à jour et la réunion du Comité régional a bénéficié d'un soutien total pour garantir le succès de l'événement. Un appui a continué d'être fourni aux projets maison pour mettre en œuvre les activités dans le domaine technique, notamment en ce qui concerne le développement ou l'achat d'un outil de TAO (traduction assistée par ordinateur) pour le Programme mondial en langue arabe. Un accord a été atteint avec l'UNRWA pour collaborer sur l'amélioration supplémentaire de son système eHealth afin de soutenir le travail des deux organisations. Un plan de continuité des opérations a été préparé pour le Bureau régional et les bureaux de pays, sur la base de l'expérience acquise au cours de 2011, et un cadre pour l'évaluation et l'atténuation des risques a été mis au point sur la base du modèle du Siège.

Suite à l'achèvement du nouveau bâtiment de l'OMS en Jordanie, le premier et l'unique bâtiment « écologique » des Nations Unies dans la Région, l'emménagement du

Le nouveau bâtiment de l'OMS en Jordanie est le tout premier édifice écologique des Nations Unies dans la Région

personnel des bureaux de pays de Jordanie et de l'Iraq et du Centre régional pour les activités d'hygiène du milieu dans les nouveaux locaux s'est déroulé de manière efficace.

Les plans-cadres approuvés en matière d'équipement et de sécurité pour la Région ont été appliqués, jetant les bases d'un renforcement de la sécurité et d'un environnement de travail adéquat pour la mise en œuvre des activités programmatiques. Un certain nombre de mesures ont été introduites et ont permis au Bureau régional de faire face à la pénurie de ressources financières sans compromettre les services administratifs et logistiques. Parmi ces mesures, on comptait la restructuration des ressources humaines, la diminution des voyages et la mise en œuvre de mesures d'un bon rapport coût-efficacité pour la maintenance du bâtiment et les opérations de construction.

Sur une valeur totale de USD 140 millions d'achats remboursables pour le Gouvernement libyen, des demandes pour l'achat et la livraison de fournitures et matériel d'un montant de USD 54 millions ont été traitées.

Orientations futures

Les améliorations apportées au GSM et la poursuite du renforcement des capacités pour la gestion axée sur les résultats devraient permettre une planification opérationnelle et stratégique efficace et un outil adéquat pour le suivi et l'évaluation. Le recours aux contributions volontaires de base (financement souple) sera rationnalisé pour permettre au Bureau régional d'assurer le maintien de l'appui technique approprié et l'établissement de rapports de suivi standard sur la mise en œuvre du budget programme par objectif stratégique et par centre de budget. Le Bureau régional introduira la planification des ressources en tant qu'élément obligatoire dans l'exercice 2014-2015. L'infrastructure du Bureau régional et des bureaux de pays sera prête à héberger un certain nombre de projets mondiaux, dont le système mondial de courrier électronique et le projet « Global Synergy ». Une attention plus grande sera accordée à l'appui aux programmes pour les situations d'urgence et la cybersanté en coopération et coordination avec les unités administratives et techniques concernées. Le déménagement du bureau de pays pour la Somalie à Nairobi et la construction d'un nouveau bureau OMS à Garowe (Somalie) seront entrepris.

Profils statistiques de pays

Indicateurs démographiques

Pays	Superficie	Population 2011		Dynamique de la Population					Répartition par âge et rapport de dépendance économique				Indice (/) synthétique de fécondité par femme	
									Répartition par âge		Rapport de dépendance économique[f]			
		Totale	Urbaine	Taux brut de natalité	Taux brut de mortalité		Taux de croissance		<15 ans	65 ans et plus				
	km²	000	%	‰	‰	A	%	A	%	%	%	A	/	A
Afghanistan	652 225	26 500	23,0[a]	35,6	29,6[b]	2010	2,6	2010	46,0	4,0	100,0	2008	5,1	2010
Arabie saoudite	2 000 000	28 376	85,0[b]	22,9	3,9	2011	3,2	2011	31,4	2,9	52,1	2011	3,9	2011
Bahreïn	762	1 235[a]	100,0[a]	15,0	2,0	2009	5,8	2010	20,1	2,1	28,5	2010	1,9	2010
Djibouti	23 000	865	84,0[b]	42,0	15,0	2006	3,9	2009	35,2	4,1	64,7	2009	...	...
Égypte	1 009 500	80 410	42,9	30,4	6,1	2011	2,4	2011	31,7	3,7	55,0	2011	3,0	2011
Émirats arabes unis	83 600	8 264[a]	81,0[c]	9,6	0,9	2010	6,1	2008	19,1	0,9	25,0	2008	2,0	2009
Iran (République islamique d')	1 648 195	75 801	72,5	18,5	4,6	2009	1,5	2010	22,5[a]	5,1	37,9[a]	2011	1,8	2006
Iraq	435 052	33 227	66,0[a]	38,0	4,2	2011	3,5	2011	40,0	3,0	75,4	2011	4,3	2010
Jordanie	89318	6113[a]	82,6	28,9	7,0	2011	2,2	2011	37,3	3,2	68,2	2011	3,8	2009
Koweït	17 818	3 632	100,0[b]	16,0	1,8	2011	1,5	2009	21,2	1,9	30,0	2011	0,9	2011
Liban	10 452	4 263	85,0	24,3	5,8	2011	1,9	2011	24,6	9,7	52,2	2011	1,9	2009
Libye	1 665 000	5 812	86,0	24,9	4,1	2010	2,8	2011	31,1	4,2	57,9	2010	2,7	2010
Maroc	710 850	32 245	58,3	18,7	5,7[a]	2011	1,1	2010	29,0	6,8	55,4	2011	2,6	2011
Oman	309 500	3 174[b]	72,0[b]	29,5	3,0	2009	2,7	2009	34,5	2,3	58,0	2009	2,5	2010
Pakistan	796 096	177 100	34,7	27,5	7,3	2011	2,1	2011	33,4	4,1	60,0	2010	3,5	2011
Qatar	11 607	1 733	100,0	11,9	1,1	2011	...	...	13,7	0,8	17,2	2010	2,1	2010
République arabe syrienne	185180	21 124	53,5	34,2	3,8	2010	2,5	2010	37,2	4,1	70,3	2011	3,5	2009
Somalie	637 700	8 698[a]	37,0[b]	44,0	16,0	2009	2,6	2009	44,4	2,6	88,7	2007	6,4	2009
Soudan	188 2000	32 671[a]	32,9[a]	29,6	15,9	2008	2,8	2008	42,6	3,4	85,2	2008	3,9	2010
Soudan du Sud	640 000	8 260 490	10,0	...	...	2008	2.2	2008	51,0	2,6	88,0	2008	6,7	2008
Territoire palestinien occupé	6 020	4 169	73,8	29,1	2,7	2011	2,9	2011	40,4	2,9	75,0	2011	4,2	2011
Tunisie	154 630	10 549[a]	66,0[b]	18,6	5,7[b]	2010	1,3	2010	23,7	9,9	50,6	2010	2,1	2010
Yémen	555 000	22 879[a]	29,2	39,7	9,0	2006	3,0	2011	42,4	3,2	83,5	2011	5,2	2006

A Année de référence pour les données fournies
... Données non disponibles pour 2006–2011 ou non communiquées
[a] 2010
[b] 2009
[c] 2008
[d] 2007
[e] 2006
[f] Calculé à partir des données disponibles sur la répartition par âge

Indicateurs socioéconomiques

Pays	Taux d'alphabétisation des adultes (15 ans et plus)				Taux brut de scolarisation						
					Enseignement primaire			Enseignement secondaire			
	T	H	F		T	H	F	T	H	F	
	(%)	(%)	(%)	A	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	A
Afghanistan	27,0	39,0	12,0	2008	...	75,0	66,0	34,0	44,0	22,0	2008
Arabie saoudite	88,0	91,0	85,0	2009	96,6	...	...	...	...	...	2011
Bahreïn	93,5	96,6	90,4	2010	111,5	111,3	111,8	98,2	99,9	96,5	2010
Djibouti			47,5	2007	72,9	...	...	42,0	...	...	2010
Égypte	70,4	77,7	64,7	2006	94,2	95,3	93,1	92,0	93,0	91,0	2006
Émirats arabes unis	92,4	92,2	92,8	2008	86,0	84,1	87,7	62,5	60,5	64,5	2008
Iran (République islamique d')	83,2	88,3	78,1	2009	101,6	...	...	103,9	...	...	2011
Iraq	...	78,2	...	2011	89,1	92,7	85,3	89,0	87,0	91,0	2011
Jordanie	93,3	96,4	90,1	2011	99,4	97,8	101,2	79,1	72,5	86,3	2011
Koweït	95,0	96,0	94,0	2008	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	2008
Liban	91[h]	94,0	88,0	2007	108,0	110,0	105,0	79,0	74,0	84,0	2007
Libye	88,5	94,0	83,0	2009	97,5	97,1	97,0	...	...	...	2009
Maroc	56,1	68,9	43,9	2011	111,6	115,6	107,4	77,3	88,8	69,6	2010
Oman	86,0	89,0	79,0	2008	99,2	99,2	99,2	91,3	93,1	89,4	2009
Pakistan	55,0	67,0	42,0	2010	91,0	98,0	82,0	57,0	65,0	49,0	2011
Qatar	96,4	96,6	95,6	2011	103,0	102,1	104,0	96,5	94,6	98,6	2010
République arabe syrienne	85,8	91,2	80,1	2009	96,1	96,3	96,0	67,0	66,3	67,7	2009
Somalie	25,0	...	...	2006	...	42,0	23,0	...	...	...	2009
Soudan	55,7	57,7	42,4	2008	71,0	77,0	65,0	30,0	31,0	29,0	2008
Soudan du Sud	37,0	44,0	30,0	2008	31,0	33,0	29,0	...	...	...	2011
Territoire palestinien occupé	95,7	97,9	92,6	2011	94,7	97,4	91,7	75,7	67,0	84,8	2011
Tunisie	77,7	86,4	69,2	2008	107,2	106,0	108,3	86,5	80,7	92,7	2011
Yémen	33,6	41,0	26,3	2006	75,0	85,0	66,0	37,0	47,0	27,0	2009

[g] Ressortissants de Bahreïn uniquement
[h] Âgés de 10 ans et plus

Indicateurs socioéconomiques *(suite)*

Pays	Population ayant un accès durable à une source d'eau améliorée	Population ayant un accès à un assainissement amélioré		Chômeurs		Prévalence du tabagisme chez les adultes (15 ans et plus)			
						T	H	F	
	(%)	(%)	A	(%)	A	(%)	(%)	(%)	A
Afghanistan	27,0	5,0	2008	36,0	2010	...	...	...	...
Arabie saoudite	96,0	100,0	2010	5,4	2009	12,0	24,0	1,0	2011
Bahreïn	100,0	100,0	2010	4,3	2010	21,0	34,0	8,0	2011
Djibouti	93,5	67,0	2007	...	...	25,4	41,0	9,0	2007
Égypte	94,0	94,0	2006	9,4	2009	20,0	40,0	0,4	2011
Émirats arabes unis	100,0	100,0	2008	4,0	2008	10,0	19,0	2,0	2011
Iran (République islamique d')	98,0	93,0	2010	12,3	2011	14,0	26,0	2,0	2011
Iraq	89,0	95,7	2011	11,1	2011	18,0	31,0	4,0	2011
Jordanie	97,7	60,0	2011	12,9	2011	26,0	47,0	6,0	2011
Koweït	100,0	100,0	2009	1,0	2007	19,0	35,0	4,0	2011
Liban	98,0	100,0[d]	2009	6,4	2009	39,0	46,0	31,0	2011
Libye	97,6	99,0	2009	11,3	2009	24,0	47,0	0,4	2011
Maroc	78,6	87,5	2011	8,9	2011	18,0	33,0	2,0	2011
Oman	96,0	99,0	2008	...	...	6,0	12,0	0,4	2011
Pakistan	54,0	78,0	2009	9,5	2010	20,0	34,0	6,0	2011
Qatar	100,0	100,0	2011	0,6	2011	11,0	19,9	2,2	2006
République arabe syrienne	89,7	98,6	2009	14,9	2011	26,5[b]	42,0	8,0[b]	2011
Somalie	29,0[d]	30,0	2008	47,0	2007	...	...	...	...
Soudan	60,5	27,0	2010	16,8	2008	13,0	24,0	2,0	2011
Soudan du Sud	50,0	7,0	2008	12,0	2008	...	...	...	...
Territoire palestinien occupé	89,0	98,8	2009	23,3	2011	20,2	37,6	2,6	2011
Tunisie	97,8	84,2	2011	18,3	2011	32,0	58,0	5,0	2011
Yémen	...	23.0	2008	16,0	2008	23.0	35.0	11.0	2011

Indicateurs des dépenses de santé

Pays	PIB par habitant	Total des dépenses de santé par habitant	Dépenses publiques de santé par habitant	Total des dépenses de santé en % du PIB	Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses de santé	Paiements directs en % du total des dépenses de santé	Dépenses publiques générales de santé en % du total des dépenses publiques		Budget du ministère de la santé en % du budget public	
	au taux de change en USD	au taux de change moyen en USD	au taux de change moyen en USD	(%)	(%)	(%)	(%)	A	(%)	A
Afghanistan	497	38	4	8	12	83	2	2010	4,0	2009
Arabie saoudite	15 836	680	427	4	63	19	7	2010	6,9	2011
Bahreïn	17 379	864	634	5	73	14	11	2010	7,4	2010
Djibouti	1 266	92	60	7	65	34	14	2010	...	...
Égypte	2 646	123	46	5	37	61	6	2010	...	...
Émirats arabes unis	39 619	1 450	1 078	4	74	19	9	2010	...	...
Iran (République islamique d')	5 655	317	127	6	40	58	11	2010	4,7	2008
Iraq	2 932	247	200	8	81	19	9	2010	6,6	2011
Jordanie	4 445	357	242	8	68	25	19	2010	6,3	2011
Koweït	46 537	1 223	983	3	80	18	7	2010	6,6	2011
Liban	9 262	651	255	7	39	45	10	2010	2,7	2011
Libye	12 461	484	333	4	69	31	5	2010	5,7	2010
Maroc	2 848	148	56	5	38	54	7	2010	5,7	2010
Oman	20 764	574	460	3	80	12	6	2010	...	...
Pakistan	992	22	8	2	38	50	4	2010	1,5	2008
Qatar	82 248	1 489	1 153	2	77	16	6	2010	4,0	2011
République arabe syrienne	2 835	97	44	3	46	54	6	2010	5,0	2011
Somalie	284	...	...	...	...	...	...	2007	...	...
Soudan	1 328	84	25	6	30	67	10	2010	6,6	2010
Soudan du Sud	1 285	...	14	...	...	...	1	2011	3.0	2011
Territoire palestinien occupé	1 697	248	91	16	37	37	10[d]	2008	11,0	2011
Tunisie	3 831	238	129	6	54	40	11	2010	7,9	2010
Yémen	1 219	63	15	5	24	75	4	2010	3,6	2007

Source : *WHO global health expenditure online database* (http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx)

Indicateurs sur les ressources humaines et physiques

Pays	Personnel					Infrastructures		
	Médecins	Personnel infirmier et sages-femmes	Dentistes	Pharmaciens		Lits d'hôpitaux	Unités et centres de soins de santé primaires	
	Taux (*Tx*) pour 10 000 habitants							
	Tx	*Tx*	*Tx*	*Tx*	A	*Tx*	*Tx*	A
Afghanistan	2,9	3,6	0,1	0,3	2011	4,4	0,8	2011
Arabie saoudite	24,4	47,4	3,5	5,1	2011	21,4	0,8	2010
Bahreïn	21,0	41,0	3,0	6,0	2010	17,0	0,2	2010
Djibouti	2,1	5,1	0,2	2,2	2010	14,2	0,5	2010
Égypte	11,3	15,4	1,8	3,2	2011	5,2	0,6	2011
Émirats arabes unis	14,7	22,6	3,7	0,7	2010	10,7	2,6	2010
Iran (République islamique d')	3,1	25,4	3,2	2,2	2011	17,4[b]	3,2	2010
Iraq	7,8	14,9	1,8	2,0	2011	13,0	0,7	2011
Jordanie	25,5	43,7	9,8	12,6	2011	18,0	2,4	2011
Koweït	16,7	44,3	3,5	2,8	2011	18,5	0,2	2011
Liban	32,0	27,2	14,7	15,7	2011	34,5	2,3[b,i]	2010
Libye	20,0	71,0	6,0	6,0	2010	37,0	2,6	2010
Maroc	6,1	9,0	1,3	2,7	2011	8,5	2,9[b]	2011
Oman	17,5	38,1	2,0	3,4	2009	17,7	0,7	2009
Pakistan	8,0	6,0	1,0	1,4	2011	6,0	1e	2011
Qatar	34,9	61,9	5,8	11,7	2010	12,0	2,0	2010
République arabe syrienne	15,7	19,1	7,8	8,2	2011	15,5	1,0	2011
Somalie	0,3	0,8	...	...	2009	...	...	...
Soudan		4,2	0,2	0,3	2010	8,4	1,7	2010
Soudan du Sud	0,15	0,2	0,02	0,02	2010	...	...	2010
Territoire palestinien occupé	20,8	18,2	5,1	9,8	2011	13,0	1,8	2011
Tunisie	12,3	32,5	2,1	3,1	2011	20,9	2,0	2010
Yémen	4,0	6,5	1,0	0,4[b]	2011	7,0	1,2	2011

[i] y compris les dispensaires

Indicateurs de couverture par les services de soins de santé primaires

Pays	Population ayant accès aux services de santé locaux				Taux de prévalence de la contraception		Soins maternels		
	totale	urbaine	rurale				Couverture des soins prénatals	Naissance en présence d'un personnel de santé qualifié	
	(%)	(%)	(%)	A	(%)	A	(%)	(%)	A
Afghanistan	57	79	54	2008	15,4	2010	60	34	2010
Arabie saoudite	100	...	...	2011	...	...	98	98	2011
Bahreïn	100	100	nd	2010	...	...	100	100	2010
Djibouti	95	100	85	2010	35,5	2009	79	56	2009
Égypte	100	100	100	2011	57,6	2008	74[a]	92	2011
Émirats arabes unis	100	100	100	2011	37,0	2007	100	100[a]	2011
Iran (République islamique d')	98	100	95	2010	59,6	2005	...	...	...
Iraq	83	86	80	2011	51,2	2011	66	87	2011
Jordanie	99	...	...	2011	41,9	2009	99	99	2007
Koweït	100	100	nd	2009	...	...	100	100	2010
Liban	...	...	...	...	59,0	2009	...	...	...
Libye	100	100	100	2010	60,0	2010	93	99,8[c]	2009
Maroc	...	...	...	...	56,7	2011	77	73,6	2011
Oman	98	100	95	2009	24,4	2008	99	99	2010
Pakistan	97	100	94	2010	38,0	2010	61[d]	87	2009
Qatar	100	100	nd	2011	36,0	2008	100	100	2011
République arabe syrienne	95	100	90	2011	37,5	2009	88	96	2009
Somalie	...	...	...	...	15,0	2009	26[e]	33	2009
Soudan	71	...	...	2008	7,1	2010	74	73	2010
Soudan du Sud	44	...	...	2011	4,0	2010	17	19	2011
Territoire palestinien occupé	100	100	100	2011	53,0	2010	100	100	2011
Tunisie	95	...	...	2006	60,0	2006	96	95	2006
Yémen	68	...	...	2011	28,0	2006	45	36	2006

nd : non disponible

Indicateurs de couverture par les services de soins de santé primaires *(suite)*

Pays	Enfants âgés d'un an vaccinés en 2011 avec				
	BCG	DTC3	VPO3	vaccin antirougeoleux	vaccin anti-hépatite B (3 doses)
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Afghanistan	90	89	89	82	82
Arabie saoudite	98	98	98	98	98
Bahreïn	73[j]	100	100	100	100
Djibouti	89	87	87	84	87
Égypte	98	97	97	96	97
Émirats arabes unis	...	...	...	...	...
Iran (République islamique d')	99	99	99	99	99
Iraq	69	89	89	91	89
Jordanie	95	98	98	98	98
Koweït	99	99	99	99	99
Liban	...	95	95	98	95
Libye	...	...	...	...	...
Maroc	99	99	98	95	98
Oman	100	100	100	100	100
Pakistan	95	89	89	88	89
Qatar	97	93	93	100	93
République arabe syrienne	100	91	91	97	81
Somalie	52	60	79	79	nd
Soudan	92	93	93	87	93
Soudan du Sud	57	46	46	64	nd
Territoire palestinien occupé	98	100	100	99	99
Tunisie	98	98	98	96	98
Yémen	59	81	81	71	81

[j] administré uniquement aux non-ressortissants du pays

Indicateurs de l'état de santé

Pays	Espérance de vie à la naissance (années)				Nouveau-nés à faible poids de naissance		Enfants ayant un déficit pondéral		Taux de mortalité néonatale	Taux de mortalité infantile	Taux de mortalité des moins de 5 ans	Taux de mortalité maternelle		
												Rapport de pays		Estimations UN-MMEIG 2010
									pour 1000 naissances vivantes			pour 100 000 naissances vivantes		
	T	H	F	A	(%)	A	(%)	A	*Tx*	*A*	*Tx*	*Tx*	A	
Afghanistan	...	64,0	62,0	2010	1,6	2011	...	...	59,0	77,0	97,0	327,0	2010	460
Arabie saoudite	73,8	72,7	75,1	2011	7,5	2010	...	...	16,9[a]	16,5	19,1	14,0	2010	24
Bahreïn	76,4	75,0	78,3	2010	9,7	2010	...	...	3,2	7,2	8,6	16,9	2009	20
Djibouti	52,9	51,8	54,1	2011	20,0	2007	28,9	2007	45,0	67,0	94,0	546,0	2006	200
Égypte	73,2	70,9	75,5	2011	6,0	2009	6,0	2008	6,5	16,5	19,6	54,0	2009	66
Émirats arabes unis	77,4	63,5	...	2008	3,2	2010	...	...	4,9	7,1	9,8	0,0	2008	12
Iran (République islamique d')	72,1	71,1	73,1	2006	...	...	...	...	11,2[b]	18,0	20,0[b]	22,0	2010	21
Iraq	72,7	70,9	74,6	2010	6,1	2011	9,7	2007	9,6	21,0	25,0	24,0	2011	63
Jordanie	73,0	71,6	74,4	2011	7,1	2011	3,6	2009	8,0	23,0	28,0	19,1	2008	63
Koweït	77,7	77,5	78,6	2009	8,3	2011	...	...	6,4[b]	10,7[b]	12,6[b]	9,9	2010	14
Liban	81,5	79,6	83,2	2009	...	...	...	...	10,8[c]	9,0	10,0[b]	23,0	2008	25
Libye	72,3	70,2	74,9	2009	4,0	2009	4,8	2009	11,0[b]	11,0	18,0	23,0	2010	58
Maroc	74,8	73,9	75,6	2010	...	...	3,1	2011	18,8	28,8	30,5	112,0	2010	100
Oman	72,7	70,0	75,7	2009	11,5	2010	8,6	2008	7,3	9,6[b]	12,0[b]	13,3	2010	32
Pakistan	66,0	64,2	67,9	2011	26,0	2007	31,5	2010	54,0[d]	65,1	95,2	276,0	2007	260
Qatar	78,2	78,0	78,7	2010	5,3	2011	...	...	4,6	7,4	8,8	10,3	2010	7
République arabe syrienne	73,1	71,6	74,7	2009	10,3	2009	10,3	2009	12,9	17,9	21,4	52,0	2009	70
Somalie	50,0	...	...	2010	5,0	2006	36,0	2009	52,0	109,0	180,0	1 044,0	2006	nd
Soudan	59,8	...	...	2008	31,0	2011	32,2	2010	32,9	57,0	78,0	216,0	2010	730
Soudan du Sud	42,0	...	...	2008	...	...	12,5	2010	52,4	75,0	105,0	2 054,0	2006	1 000
Territoire palestinien occupé	72,5	71,0	73,9	2011	6,4	2011	2,1	2011	9,9	18,8	21,0	28,0	2011	64
Tunisie	74,7	72,7	76,6	2010	3,8	2006	3,0	2006	12,2[c]	16,8	22,0[e]	35,7	2009	56
Yémen	62,0	61,1	62,9	2010	32,0	2010	...	...	37,3	68,5	78,2	,,,	,,,	200

UN-MMEIG : groupe inter-agence des Nations Unies pour l'estimation de la mortalité maternelle

Sélection d'indicateurs sur la morbidité en 2011

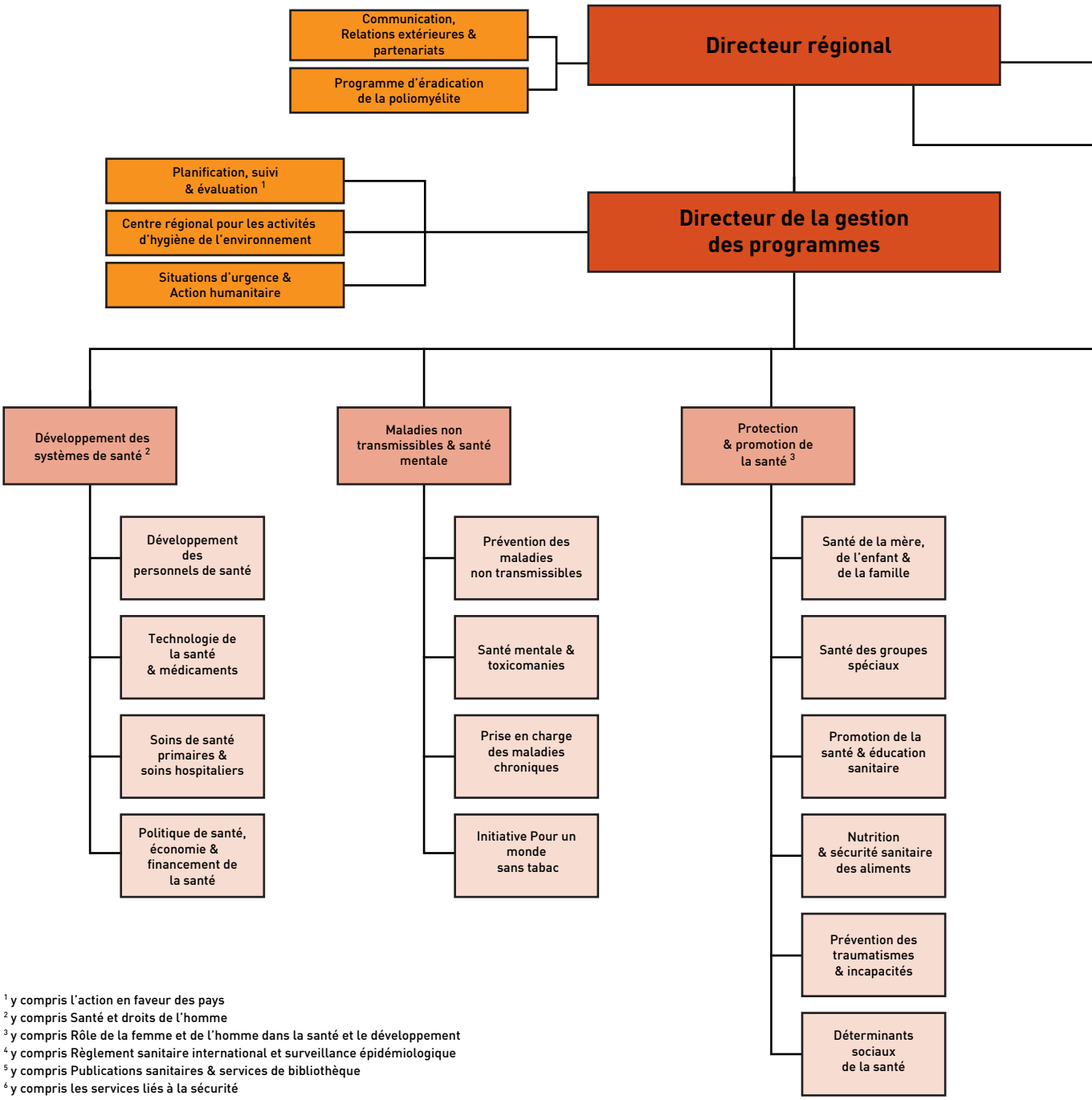
Pays	Paludisme		Rougeole		Poliomyélite	Tuberculose (toutes formes)		Méningite à méningocoques	Sida		Choléra
	Nombre de cas notifiés	Taux d'incidence pour 1000	Nombre de cas notifiés	Taux d'incidence pour 1 000 000	Nombre de cas notifiés	Nombre de cas notifiés	Taux de notification pour 100 000	Nombre de cas notifiés	Nombre estimé de personnes vivant avec le VIH	Nombre notifié de personnes recevant un traitement antirétroviral	Nombre de cas notifiés
	N	*T*	*N*	*T*	*N*	*N*	*T*	*N*	*N*	*N*	
Afghanistan	482 748	4,4	3 013	9,3	80	28 167	87	...	...	116	3 733
Arabie saoudite	1 941[a]	0,0	574	2,0	0	4 015	14	6	...	1 961	...
Bahreïn	186[n]	...	0	0,0	0	225	17	...	...	40[a]	0
Djibouti	235[p]	2,3[q]	34	3,8	0	3 723	411	...	14 000	1 328	...
Égypte	116[n]	...	28	0,0	0	9 307	11	1 394	11 000	760	0
Émirats arabes unis	5 242[n]	...	147	1,9	0	106	1	...	...	229	...
Iran (République islamique d')	3 239	0,7	17	0,0	0	11 495	15	12	92 000	2 752	1 187
Iraq	11[n]	0,0	15	0,0	0	9 248	28	15	...	...	0
Jordanie	58[n]	...	0	0,0	0	344	5	9	...	108	0
Koweït	476[n]	...	91	3,2	0	672	24	5	...	186	1
Liban	72[nb]	...	9	0,2	0	496	12	4	3 600	425	0
Libye	27[nb]	...	126	2,0	0	1 545	24	...	...	...	0
Maroc	312[n]	...	982	3,0	0	29 770	92	1 045	26 000	4 047	0
Oman	1 532[r]	...	5	0,2	0	337	12	1	1 100	661	...
Pakistan	4 281 356[a]	2,6	4 386	2,5	198	270 394	153	0	98 000	2 491	11 489
Qatar	673[n]	...	101	5,7	0	553	30	4	<200	...	2
République arabe syrienne	48[n]	...	0	0,0	0	3 675	18	490	...	...	0
Somalie	24 553[a]	2,6	17 298	181,0	0	12 021	126	...	34 000	...	77 636
Soudan	1 465 496[a]	21,1[q]	5 616	16,2	0	20 385	61	754	...	2 500	0
Soudan du Sud	603 397	98,8[q]	1 256	...	0	7 583	76	271	...	3 442	0
Territoire palestinien occupé	0	...	0	0,0	0	32	1	152	...	...	0
Tunisie	67[n]	...	6	0,1	0	3 015	28	21	2 400	483	...
Yémen	142 147	4,9	2 676	10,8	0	8 713	35	1 520	30 000[c]	625	31 789
Nbre total de cas	7 013 932		36 380		278	425 821		5 703	<312 300	22 154	125 837

[k] Calculé en ajoutant le nombre notifié de cas confirmés au nombre estimatif de cas confirmés, parmi les cas cliniques, en ayant recours aux taux de positivité des lames notifié, pour 1000 personnes à risque
[m] Sur la base de la population à risque estimée en 2010
[n] Cas importés ; pas de transmission locale
[p] Cas confirmés seulement
[q] Calculé pour les cas confirmés notifiés pour 1000 personnes à risque
[r] Dont 13 cas étaient locaux

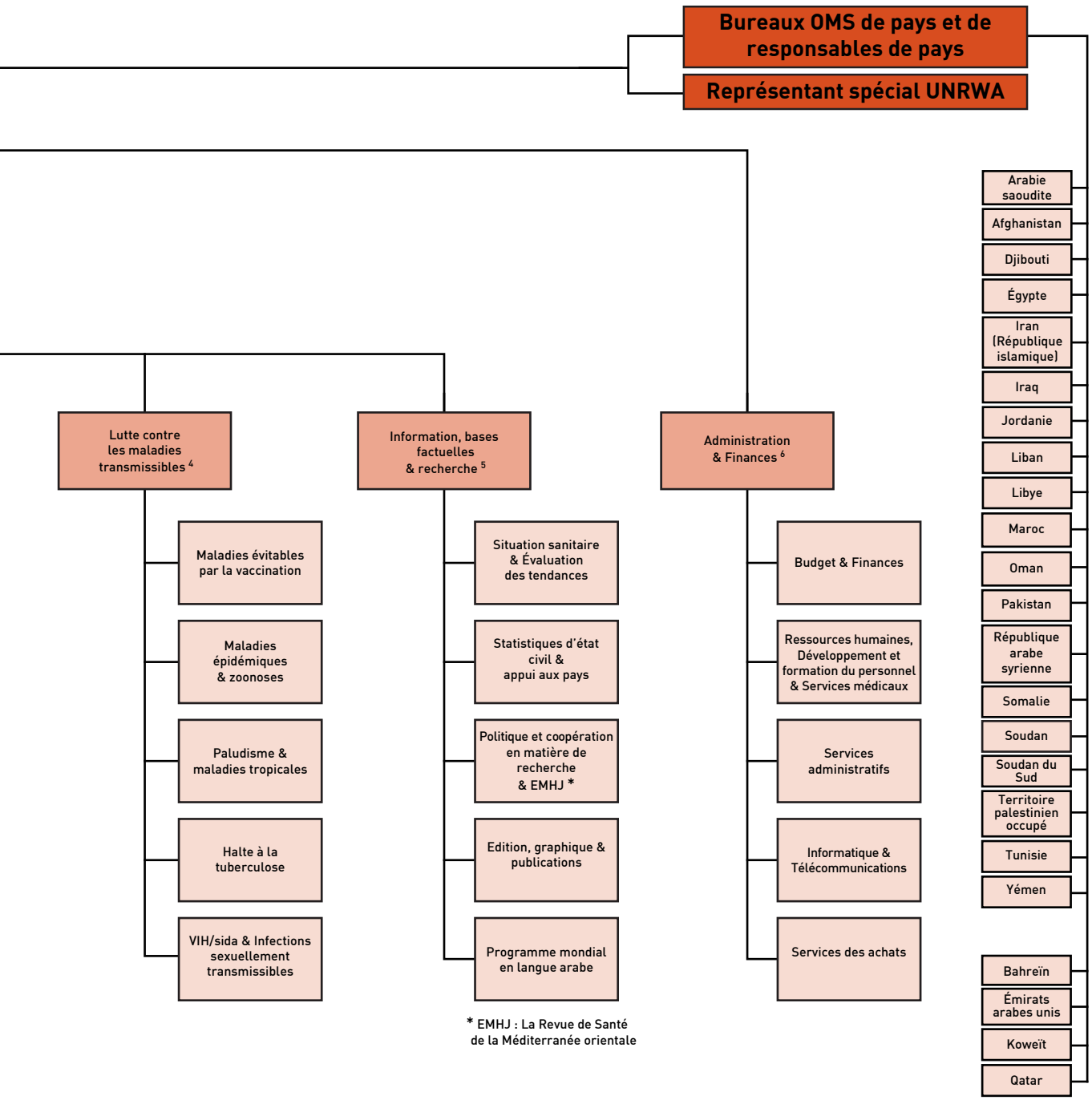
Annexes

breathe
ean air
2011
No smoking
Regional strategy for
sector response to HIV
2011–2015
A comprehensive approach
Poliomyelitis Eradication
in the Eastern
rranean Region
ress Report 2010
Patient safety
essment manual
Restez sur la bonne voie
Mettez en oeuvre la Convention-cadre de
l'OMS pour la lutte antitabac
World Sight Day
13 October 2011
اليوم العالمي للإبصار
Le tabac tue près de six millions de personnes chaque année
FCTC
CONVENTION-CADRE DE L'OMS
POUR LA LUTTE ANTITABAC
Organisation
mondiale de la Santé
استئصال شلل الأطفال
في إقليم شرق المتوسط
Communicable
diseases
in the Eastern Mediterranean Reg
Prevention and control 2005–200
VISION 2020: Working together to eliminate avoidable blindness
الرؤية 2020: نعمل سوياً للتخلص من العمى الممكن تفاديه
World Health
Organization
EMHJ
La Revue de Santé de
la Méditerranée orientale
Introduction to
HIV, AIDS and
sexually transmitted
infection surveillance
MODULE 2
Surveillance of HIV risk

Annexe 1. Organigramme du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Juin 2012



[1] y compris l'action en faveur des pays
[2] y compris Santé et droits de l'homme
[3] y compris Rôle de la femme et de l'homme dans la santé et le développement
[4] y compris Règlement sanitaire international et surveillance épidémiologique
[5] y compris Publications sanitaires & services de bibliothèque
[6] y compris les services liés à la sécurité



* EMHJ : La Revue de Santé de la Méditerranée orientale

Annexe 2. Membres du personnel de la catégorie professionelle dans la Région

a) Par effectif et par nationalité au 31 décembre 2011

Nationalité	Régional/Interpays	Pays	Total
Égypte	18	3	21
Pakistan	6	13	19
États-Unis d'Amérique	7	5	12
Soudan	5	6	11
Tunisie	4	4	8
Royaume-Uni	7	1	8
Liban	3	3	6
Canada	4	1	5
Jordanie	3	2	5
République arabe syrienne	4	1	5
Iran (République islamique d')	4	-	4
Italie	2	2	4
Yémen	2	2	4
Afghanistan	-	3	3
Bangladesh	2	1	3
Maroc	2	1	3
Pays-Bas	1	2	3
Arabie saoudite	2	1	3
Somalie	3	-	3
Trinité et Tobago	1	2	3
Bahreïn	2	-	2
Belgique	1	1	2
Djibouti	1	1	2
Éthiopie	-	2	2
Allemagne	1	1	2
France	2	-	2
Iraq	-	2	2
Ouganda	-	2	2
Algérie	-	1	1
Azerbaïdjan	-	1	1
Danemark	1	-	1
Erythrée	-	1	1
Géorgie	1	-	1
Japon	-	1	1
Libye	-	1	1
Nouvelle-Zélande	1	-	1

Nationalité	Régional/Interpays	Pays	Total
Philippines	-	1	1
Seychelles	1	-	1
Espagne	1	-	1
Suède	1	-	1
Suisse	1	-	1
Ouzbékistan	1	-	1
Total	95	68	163

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

b) Des États Membres, par effectif et par nationalité au 31 décembre 2011

Pays	Recruitment mondial Liste prioritaire[1]	Fourchette mondiale[2]	Effectif total à l'OMS	Effectif dans la Région de la Méditerranée orientale
Égypte	C	003-012	28	21
Pakistan	C	005-014	26	19
Soudan	C	001-010	19	11
Iran (République islamique d')	C	004-012	13	4
Jordanie	C	001-008	13	5
Liban	C	001-008	13	6
Tunisie	C	001-008	13	8
Maroc	B1	001-010	6	3
Somalie	B2	001-008	5	3
République arabe syrienne	B1	001-008	5	5
Afghanistan	B1	001-008	4	3
Iraq	B1	002-009	4	2
Arabie saoudite	A	005-011	4	3
Yémen	B1	001-008	4	4
Djibouti	B1	001-007	3	2
Bahreïn	B1	001-007	2	2
Libye	B1	001-008	1	1
Koweït	A*	001-008	-	-
Oman	A*	001-008	-	-
Qatar	A*	001-007	-	-
Émirats arabes unis	A*	002-008	-	-
Total des nationalités de la Région de la Méditerranée orientale			163	102
Total des autres nationalités			2014	61
Grand Total			2177	163

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

[1]A Pays dans lesquels le recrutement pour les postes professionnels doit être encouragé comme première priorité
B1 Pays dans lesquels le recrutement pour les postes professionnels doit être encouragé comme seconde priorité
B2 Pays dans lesquels le recrutement pour les postes professionnels est acceptable
C Pays dans 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 en 2011

Titre de la réunion, lieu et date
Séminaire-atelier régional sur le renforcement des soins oculaires primaires et leur intégration dans les soins de santé primaires, Dubaï (Émirats arabes unis), 14-16 février 2011
Séminaire-atelier de formation interpays sur les principes et pratiques de la sécurité biologique dans les laboratoires de la grippe, Casablanca (Maroc), 21-24 février 2011
Réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan, Islamabad (Pakistan), 24-25 mars 2011
Séminaire-atelier birégional de formation à l'analyse et la notification des données relatives à l'enquête mondiale sur la santé des jeunes dans les établissements scolaires dans les Régions de l'Afrique et de la Méditerranée orientale, Casablanca (Maroc) 4-7 avril 2011
Réunion de consultation destinée au renforcement des partenariats pour l'intégration de la la prévention et de la maîtrise des maladies non transmissibles, Dubaï (Émirats arabes unis), 9-11 avril 2011
Séminaire-atelier régional sur l'Initiative OMS des hôpitaux engagés dans la promotion de la sécurité des patients: consolidation et expansion régionale, Amman (Jordanie), 11-14 avril 2011
Vingt-quatrième réunion de la Commission régionale de la Méditerranée orientale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite, Dubaï (Émirats arabes unis), 12-14 avril 2011
Trente-cinquième réunion du Comité consultatif régional, Le Caire (Égypte), 20-24 avril 2011
Réunion interpays sur la promotion de la santé maternelle et néonatale dans la Région de la Méditerranée orientale, Dubaï (Émirats arabes unis), 24-27 avril 2011
Réunion du Groupe consultatif technique sur l'enquête sur la mortalité en Afghanistan, Dubaï (Émirats arabes unis), 25-26 avril 2011
Séminaire-atelier régional sur la préparation en cas de grippe pandémique et la réduction de ses effets dans les milieux de vie des populations déplacées et refugiées, Amman (Jordanie), 2-5 mai 2011
Consultation régionale en vue de la mise au point d'une stratégie pour la santé mentale et de la mise en route de l'application du plan d'action « Combler les lacunes en santé mentale », Le Caire (Égypte), 2-5 mai 2011
Séminaire-atelier régional sur l'examen des expériences des pays en matière de déploiement du vaccin contre la grippe pandémique H1N1 et les activités de vaccination, Beyrouth (Liban), 10-12 mai 2011
Réunion interpays des points focaux en matière de santé bucco-dentaire, Ispahan (République islamique d'Iran), 31 mai-2 juin 2011
Consultation régionale sur les orientations stratégiques pour l'intensification de la recherche, Le Caire (Égypte), 5-6 juin 2011
Réunion de consultation régionale sur la révision et l'actualisation de la stratégie et du plan d'action régionaux pour la salubrité de l'environnement, Amman (Jordanie), 6-8 juin 2011
Réunion de coordination des Directeurs régionaux du Bureau de l'OMS pour la Méditerranée orientale et du Bureau de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord en partenariat avec la FAO, l'ONUSIDA, le PNUD, l'UNESCO, l'UNFPA , l'UNOCHA, Le Caire (Égypte), 12 juin 2011
Neuvième réunion du Groupe consultatif technique régional sur l'éradication de la poliomyélite, Charm El Cheikh (Égypte), 22-23 juin 2011
Réunion interpays pour élaborer des lignes directrices générales concernant la prise en charge des hémoglobinopathies et des maladies génétiques dans la Région de la Méditerranée orientale, Amman (Jordanie), 27-30 juin 2011
Dixième réunion régionale du Groupe d'examen des programmes sur l'élimination de la filariose lymphatique, Le Caire (Égypte), 29-30 juin 2011
Consultation régionale sur la mise au point de programmes de formation en matière de prothèses. Amman (Jordanie), 11-13 juillet 2011
Quatrième réunion du Comité consultatif scientifique et technique régional du projet soutenu par le Bureau de l'OMS pour la Méditerranée orientale, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et le Fonds pour l'environnement mondial (FEM), Marrakech (Maroc), 13-17 juillet 2011
Réunion sous-régionale sur la dengue en bordure de la mer Rouge, Le Caire (Egypte), 20–22 juillet 2011
Réunion interpays de l rétro-information concernant la première phase du projet sur la bonne gouvernance en matière de médicaments, Le Caire (Égypte), 25-27 juillet 2011

Titre de la réunion, lieu et date
Séminaire-atelier sur les problèmes éthiques en matière de recherche en santé, Le Caire (Egypte), 6-8 septembre 2011
Séminaire-atelier interpays sur la Série 11 du Fonds mondial, Le Caire (Égypte), 6-8 septembre 2011
Séminaire-atelier de formation aux plans pluriannuels complets pour les pays de la Région de la Méditerranée orientale, Khartoum (Soudan), 11-15 septembre 2011
Première réunion de l'équipe spéciale régionale de lutte contre la leishmaniose cutanée, Le Caire (Égypte), 12-14 septembre 2011
Séminaire-atelier sous-régional sur la lutte contre les infections respiratoires aigües dans les établissements de soins, Le Caire (Égypte), 12-15 septembre 2011
Séminaire-atelier régional sur l'amélioration de l'enregistrement et de la notification des cas de tuberculose multirésistante, Le Caire (Égypte), 13-15 septembre 2011
Sixième réunion des points focaux pour l'Initiative de santé mondiale et les systèmes de santé, Khartoum (Soudan), 15-16 septembre 2011
Dix-huitième réunion du groupe de travail régional de la Méditerranée orientale sur l'Alliance mondiale pour les vaccins (GAVI) et la vaccination, Khartoum (Soudan), 17-18 septembre 2011
Séminaire-atelier régional sur le renforcement des systèmes de gestion de la qualité utilisés pour le diagnostic parasitologique du paludisme, Mascate(Oman), 17-21 septembre 2011
Séminaire-atelier régional sur les outils et méthodes utilisés pour l'évaluation, la gestion et la communication dans le domaine de la salubrité de l'environnement et des risques liés aux produits chimiques, Amman (Jordanie), 18-21 septembre 2011
Réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le paludisme dans les pays Réseau de surveillance du traitement antipaludique dans la Corne de l'Afrique et du réseau PIAM-NET (Afghanistan, République islamique d'Iran et Pakistan), Mascate (Oman), 22-24 septembre 2011
Séminaire-atelier interpays sur la vieillesse et la santé, Le Caire (Egypte), 20–22 septembre 2011
Réunion conjointe de l'OMS et de l'UNICEF sur la prévention de la transmission mère-enfant, Beyrouth (Liban), 25 septembre 2011
Consultation technique sur la surveillance du système régional de nutrition : améliorer la nutrition dans la Région et élaborer des plans d'action, Téhéran (République islamique d'Iran), 25-28 septembre 2011
Vingtième réunion interpays des administrateurs des programmes nationaux de lutte contre le Sida (Beyrouth), Liban, 25–29 septembre 2011
Consultation régionale sur l'élaboration d'un cadre pour la mise en œuvre des recommandations du Rapport mondial sur la prévention des traumatismes chez l'enfant, Le Caire (Égypte), 26-28 septembre 2011
Séminaire-atelier sur la méthodologie de la recherche et l'élaboration de propositions, Charm El Cheikh, (Égypte), 8-10 octobre 2011
Réunion interpays sur la lutte contre la rougeole et l'élimination de cette maladie, Dubaï (Émirats arabes unis), 17–19 octobre 2011
Réunion pour l'examen et l'évaluation de la deuxième semaine de la vaccination et pour la préparation de la troisième édition de cet événement, Dubaï (Émirats arabes unis), 20 octobre 2011
Huitième réunion du Groupe consultatif régional sur les soins infirmiers, Mascate (Oman), 23–25 octobre 2011
Quinzième réunion interpays des directeurs de laboratoires du poliovirus dans la Région de la Méditerranée orientale, Koweït (Koweït), 24-26 octobre 2011
Réunion régionale des points focaux en matière de sécurité sanitaire des aliments, Le Caire (Égypte), 25-27 octobre 2011
Réunion régionale sur le renforcement de la réglementation des vaccins contre la grippe humaine pandémique, Charm El Cheikh (Égypte), 28 octobre-1er novembre 2011
Séminaire-atelier régional sur la création de registres des essais cliniques dans la région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Égypte), 31 octobre-1er novembre 2011
Réunion de consultation sur le renforcement de la coordination entre les autorités nationales de réglementation et les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, Charm El Cheikh (Égypte), 31 octobre-1er novembre 2011
Vingt-cinquième réunion de la Commission régionale de certification de l'éradication de la poliomyélite, Le Caire (Égypte), 2-3 novembre 2011

Titre de la réunion, lieu et date
Consultation technique sur l'amélioration de la nutrition, Amman (Jordanie), 2-3 novembre 2011
Réunion de consultation pour la mise au point de concepts épidémiologiques élémentaires dans les pratiques de santé publique en matière de maladies émergentes et réémergentes, Beyrouth (Liban), 14-16 novembre 2011
Réunion des administrateurs de programmes sur l'élimination de la lèpre, Le Caire (Égypte), 16-17 novembre 2011
Consultation régionale sur l'éducation sanitaire et la promotion de la santé, Koweït (Koweït), 16-18 novembre 2011
Séminaire-atelier régional de formation à l'animation des activités de promotion de la santé, Doha (Qatar), 20-23 novembre 2011
Séminaire-atelier de formation à la promotion de la santé scolaire et de la nutrition, Amman (Jordanie), 20-24 novembre 2011
Treizième réunion du Comité consultatif technique du Centre régional pour les Activités d'Hygiène de l'Environnement (CEHA), Amman (Jordanie), 21-22 novembre 2011
Séminaire interrégional sur les laboratoires de contrôle de qualité faisant partie du programme de présélection de l'OMS, Amman (Jordanie), 21-24 novembre 2011
Consultation régionale sur l'agrément des formations aux professions de santé, Tunis (Tunisie), 22–25 novembre 2011
Consultation technique sur le rôle des hôpitaux dans le système de santé actuel, Amman (Jordanie), 27-29 novembre 2011
Réunion sous-régionale sur la fièvre hémorragique aiguë, Téhéran (République islamique d'Iran), 27-30 novembre 2011
Séminaire-atelier des points focaux pour les statistiques sanitaires des pays de la Région de la Méditerranée orientale, Koweït (Koweït), 27–30 novembre 2011
Deuxième formation technique sur les documents attestant la qualité et les données des bioéquivalences au format du document technique commun en vue d'une soumission au Programme de présélection des médicaments de l'OMS, Casablanca, Maroc, 27–30 novembre 2011
Consultation sur l'intensification de l'utilisation du nouveau diagnostic de la tuberculose dans la Région, Le Caire (Égypte), 28-30 novembre 2011
Séminaire-atelier régional sur les stratégies, l'éthique et les tendances modernes en matière de communication pour la santé destiné auxs journalistes et aux professionnels des médias, Charm El Cheikh (Égypte), 3-6 décembre 2011
Séminaire-atelier de formation interpays sur le conseil en santé génésique, Beyrouth (Liban), 4–8 décembre 2011
Séminaire-atelier régional sur la mise en œuvre et le suivi des principales capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (RSI) dans la Région de la Méditerranée orientale, Le Caire (Egypte), 5–7 décembre 2011
Consultation régionale sur la gestion des pesticides utilisés en santé publique, Oman (Mascate), 5-7 décembre 2011
Séminaire-atelier régional sur la situation de la santé de l'adolescent et une sélection d'indicateurs régionaux, Dubaï (Émirats arabes unis), 11-13 décembre 2011
Consultation régionale sur l'élaboration d'un programme de recherche sur les maladies non transmissibles et le renforcement de la mise en oeuvre du programme d'action contre les maladies non transmissibles, Dubaï (Émirats arabes unis), 11-13 décembre 2011
Séminaire-atelier régional sur la gestion de l'entreposage des vaccins, Charm El Cheikh, (Égypte), 11-16 décembre 2011
Séminaire-atelier sur l'examen des progrès et de la performance des systèmes de santé : analyse, méthodes et outils, Doha (Qatar), 12-15 décembre 2011
Séminaire-atelier régional sur la salubrité de l'environnement et l'exposition du personnel au problème de salubrité dans les établissements de soins, dus en particulier à la gestion des déchets des activités de soins, Amman (Jordanie), 12–14 décembre 2011
Séminaire-atelier régional sur la mise en œuvre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, Charm El Cheikh (Égypte), 12-15 décembre 2011
Séminaire de consultation sur les orientations permettant d'œuvrer efficacement en faveur de la couverture universelle dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, Beyrouth (Liban), 13-15 décembre 2011
Conférence des autorités de réglementation pharmaceutique de la Méditerranée orientale, Amman, (Jordanie), 13–15 décembre 2011
Réunion sous-régionale sur la surveillance syndromique, Dubaï (Émirats arabes unis), 18-20 décembre 2011
Réunion de suivi des coordonnateurs nationaux de données pour les rapports de situation mondiaux, Le Caire (Égypte), 19-21 décembre 2011
Séminaire-atelier régional sur l'intégration des soins primaires de l'oreille et de l'audition et leur intégration dans les soins de santé primaires, Riyad (Arabie Saoudite), 20-21 décembre 2011

Annexe 4. Nouvelles publications parues en 2011

Titre	Origine
Publications	
Mener des actions de prévention auprès des populations stigmatisées : l'expérience de l'association de lutte contre le sida - Maroc Langue : français	Bureau régional
A regional guide to conducting an adolescent health situation analysis Langue : anglais	Bureau régional
Guide succinct pour la mise en œuvre du programme des villes-santé Langues : arabe/français	Bureau régional
ATLAS: child, adolescent and maternal mental health resources in the Eastern Mediterranean Region EMRO Technical Publications Series 39 Langue : anglais	Bureau régional
Communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region. Prevention and control 2005-2009 Langue : anglais	Bureau régional
Communicable diseases in the Eastern Mediterranean Region. Prevention and control 2005-2009. Executive summary. Langue : anglais	Bureau régional
Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean 2011 Langues : anglais /arabe	Bureau régional
Division of health protection and promotion Langues : anglais	Bureau régional
Division of Health Systems and Services Development. Biennial report 2008-2009 Langue : anglais	Bureau régional
Egypt: A national decade of action for road safety 2011-2020 Langues : anglais /arabe	Bureau régional
Eastern Mediterranean status report on road safety: call for action Langue : arabe	Bureau régional
Comment répondre à la stigmatisation et à la discrimination liées au VIH dans les soins de santé Langues : anglais /arabe/français	Bureau régional
Field guidelines for surveillance of measles, rubella and congenital rubella syndrome EMRO Technical Publications Series 36 Langue : anglais	Bureau régional
Global strategy for further reducing the leprosy burden 2011–2015. Operational guidelines (updated) Langue : arabe	Siège
Global strategy for further reducing the leprosy burden 2011–2015. Operational guidelines (Plan) period (updated) Langue : arabe	Siège
Guidelines for medico-legal care of victims of sexual violence Langue : arabe	Siège
List of basic sources in English for a medical faculty library 14th ed. Langue : anglais	Bureau régional
Maternal, child and adolescent mental health. Challenges and strategic directions for the Eastern Mediterranean Langue : anglais	Bureau régional
Module 2-Introduction to HIV, AIDS and sexually transmitted infection surveillance for the Eastern Mediterranean Region/Middle East and North Africa: surveillance of HIV risk behaviours Langue : anglais	Bureau régional

Titre	Origine
Publications	
Module 3. Introduction to HIV, AIDS and sexually transmitted infection surveillance for the Eastern Mediterranean and Middle East and North Africa: surveillance of most-at-risk populations Langue : anglais	Bureau régional
Outils de suivi, de supervision et d'évaluation au service des initiatives communautaires Langue : français	Bureau régional
Patient safety assessment manual Langues : anglais /arabe	Bureau régional
Plan of action for the prevention and control of noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region Langue : anglais	Bureau régional
Poliomyelitis eradication in the Eastern Mediterranean Region: progress report 2010 Langues : anglais /arabe	Bureau régional
Rapid assessment on health sector capacity and response to gender-based violence Langue : anglais	Bureau de pays Pakistan
Stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015 Langues : anglais /arabe/français	Bureau régional
Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019 Langues : anglais /arabe/français	Bureau régional
The situation of HIV testing and counselling policies and practices in the Eastern Mediterranean Region EMRO Technical Publications Series 38 Langue : anglais	Bureau régional
L'activité de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale. Rapport annuel du Directeur régional 1er janvier au 31 décembre 2010 Langues : anglais /arabe/français	Bureau régional
Fiches/Aide-mémoire	
Mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ... sauver des vies Augmentation des taxes sur les produits du tabac Lieux publics non-fumeurs Mise en garde sanitaires illustrées sur les paquets de tabac Éducation, communication et formation pour la lutte antitabac Interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage Sevrage tabagique Surveillance Protection des politiques de lutte antitabac face à l'industrie du tabac Sources Langues : anglais /arabe/français	Bureau régional
Bases factuelles de l'action sur le VIH/sida et l'usage de drogues par injection Note d'orientation : Réduire de la transmission du VIH par les activités de proximité Note d'orientation : Fourniture de matériel d'injection sterile pour réduire la transmission du VIH Note d'orientation : Réduction de la transmission du VIH par le traitement de la toxicomanie Note d'orientation : Traitement antirétroval et consommateurs de drogue par injection Langues : arabe/français	Bureau régional
CAP 2012, Media launch December 2011, Yemen fact sheet CAP 2012, Media launch December 2011, Syrian Arab Republic fact sheet Langues : anglais /arabe	
Muscat declaration on strengthening of school health services to address current and future challenges Langues : anglais /arabe	

Titre	Origine
Périodiques	
CBI Newsletter Vol. 6 Issue 3 CBI Newsletter Vol. 6 Issue 4 Langues : anglais /arabe/français	Bureau régional
La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°1 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°2 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°3 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°4 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°5 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°6 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°7 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°8 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°9 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°10 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°11 La Revue de Santé de la Méditerranée orientale Vol. 17 n°12 Langues : anglais /arabe/français	Bureau régional
IMEMR current contents Vol. 10 No. 1 Vol. 10 No. 2 Vol. 10 No. 3 Langue : anglais	Bureau régional
Publications en ligne	
Stratégie de Coopération OMS Afghanistan 2009–2013 Langue : anglais	Bureau régional
Afghanistan 2009-2013 Langue : anglais	
Egypt 2010–2014 Langue : anglais	
Islamic Republic of Iran 2010–2014 Langue : anglais	
Lebanon 2010–2015 Langue : anglais	
Libya 2010–2015 Langue : anglais	
Oman 2010–2015 Langue : anglais	
Occupied Palestinian territory 2009–2013 Langue : anglais	
Somalia 2010–2014 Langue : anglais	
Tunisie 2010–2014 Langues : anglais/français	
Publications sur CD/DVD	
The WHO e-atlas of disaster risk for the Eastern Mediterranean Region. Volume 1. Exposure to natural hazards. Version 2.0 Langue: anglais	Regional Office
Demographic, social and health indicators for countries of the Eastern Mediterranean 2011 Langues : anglais/arabe	Bureau régional

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

Mars 2012

Domaine	Titre	Pays	Institution name
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) Bou-Regreg Complex, Station de Traitement
Assurance qualité	WHO Collaborating Centre for Quality Control and Clinical Chemistry	Iran (République islamique d')	Reference Laboratories of Iran, Ministry of Health and Medical Education
Cancer	WHO Collaborating Centre for Research on Gastrointestinal Cancer	Iran (République islamique d')	Digestive Diseases Research Centre
Cancer	WHO Collaborating Centre for Cancer Education, Training and Research	Jordanie	King Hussein Cancer Centre
Cancer	WHO Collaborating Centre for Metabolic Bone Disorders	Liban	American University of Beirut
Cécité	WHO Collaborating Centre for Eye Health and Prevention of Blindness	Iran (République islamique d')	Shahid Beheshti Medical University
Cécité	WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness	Pakistan	Al-Shifa Trust Eye Hospital
Cécité	WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness	Arabie saoudite	King Khaled Eye Specialist Hospital
Contrôle de la qualité des médicaments	Centre collaborateur de l'OMS pour le contrôle de la qualité des médicaments, la formation continue, la recherche et l'évaluation des demandes de commercialisation	Tunisie	Laboratoire national de contrôle des médicaments
Cybersanté	WHO Collaborating Centre on E-Health	Arabie saoudite	King Faisal Specialist Hospital and Research Centre
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Educational Development	Bahreïn	Arabian Gulf University
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Research and Development in Medical Education and Health Services	Égypte	Suez Canal University
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Educational Development	Iran (République islamique d')	Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Training in Research and Educational Development of Health Personnel	Pakistan	College of Physicians and Surgeons
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Educational Development	Soudan	University of Gezira
Développement pédagogique	WHO Collaborating Centre for Education Development for Health Professions	Soudan	University of Khartoum

Domaine	Titre	Pays	Institution name
Diabète	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Management of Osteoporosis and Diabetes	Iran (République islamique d')	Teheran University of Medical Sciences
Diabète	WHO Collaborating Centre for Diabetes Research, Education and Primary Health Care	Jordanie	National Centre for Diabetes, Endocrine and Inherited Diseases
Diabète	WHO Collaborating Centre for Treatment, Education and Research in Diabetes and Diabetic Pregnancies	Pakistan	Diabetic Association of Pakistan
Leishmaniose	Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation dans le domaine de la leishmaniose	Tunisie	Institut Pasteur de Tunisie, Ministère de la Santé publique
Leishmaniose	WHO Collaborating Centre for Leishmaniasis Control	République arabe syrienne	Leishmaniasis Control Center
Lutte contre les infections	WHO Collaborating Centre for Infection Prevention and Control	Arabie saoudite	King Abdulaziz Medical City, King Fahad National Guard Hospital
Maladies cardio-vasculaires	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Cardiovascular Diseases Control, Prevention, and Rehabilitation for Cardiac Patients	Iran (République islamique d')	Isfahan Cardiovascular Research Centre
Maladies infectieuses émergentes et réémergentes	WHO Collaborating Centre for Emerging and Re-emerging Infectious Diseases	Égypte	US Naval Medical Research Unit No. 3
Matériel biomédical	WHO Collaborating Centre for Biomedical Equipment Services, Maintenance, Training and Research	Jordanie	Ministry of Health
Médecine traditionnelle	WHO Collaborating Center for Traditional Medicine	Soudan	National Centre for Research
Médecine traditionnelle	WHO Collaborating Centre for Traditional Medicine	Émirats arabes unis	Zayed Complex for Herbal Research and Traditional Medicine (ZCHRTM)
Médecine transfusionnelle	WHO Collaborating Centre for Transfusion Medicine	Jordanie	National Blood Bank, Ministry of Health
Médecine transfusionnelle	Centre collaborateur de l'OMS pour la médecine transfusionnelle	Tunisie	Centre national de la transfusion sanguine, ministère de la Santé publique
Médicaments	Centre collaborateur de l'OMS pour la règlementation pharmaceutique et l'enregistrement des médicements	Tunisie	Direction du Médicament et de la Pharmacie, ministère de la Santé publique
Nutrition	WHO Collaborating Centre for Research and Training in Nutrition	Iran (République islamique d')	National Nutrition and Food Technology Research Institute, Ministry of Health and Medical Education
Nutrition	WHO Collaborating Centre for Research, Training and Outreach in Food and Nutrition	Liban	American University of Beirut
Nutrition	WHO Collaborating Centre for Nutrition	Émirats arabes unis	College of Food and Agriculture-United Arab Emirates University
Perte d'audition	WHO Collaborating Centre for Research and Education on Hearing Loss	Iran (République islamique d')	Otolaryngology, Head and Neck Research Centre

Domaine	Titre	Pays	Institution name
Produits pharmaceutiques	Centre collaborateur de l'OMS pour la pharmacovigilance	Maroc	Centre antipoison et de Pharmacovigilance du Maroc
Promotion de la santé	WHO Collaborating Centre on Health Promotion and Behavioural Science	Liban	American University of Beirut
Promotion de la santé	WHO Collaborating Centre for Emergency Medicine and Trauma Care	Pakistan	Aga Khan University
Rage	WHO Collaborating Centre for Reference and Research on Rabies	Iran (République islamique d')	Pasteur Institute of Iran
Santé bucco-dentaire	WHO Collaborating Centre for Primary Oral Health Care	Koweït	University of Kuwait
Santé génésique	Centre collaborateur OMS pour la formation et la recherche en santé génésique	Tunisie	Centre de formation international de recherche en santé de la reproduction, population et développement
Santé mentale	WHO Collaborating Centre for Mental Health Research and Training	Égypte	Ain Shams University Hospitals
Santé mentale	WHO Collaborating Centre for Mental Health	Iran (République islamique d')	Iran University of Medical Sciences
Santé mentale	Centre collaborateur de l'OMS pour la santé mentale	Maroc	Université Ibn Rushd
Santé mentale	WHO Collaborating Centre for Mental Health Research, Training and Substance Abuse	Pakistan	Rawalpindi Medical College
Santé publique dentaire	WHO Collaborating Centre for Training and Research in Dental Public Health	Iran (République islamique d')	School of Dentistry, Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU)
Schistosomiase	WHO Collaborating Centre for Schistosomiasis Control	Égypte	Theodor Bilharz Research Institute
Sida	WHO Collaborating Centre for Acquired Immunodeficiency Syndrome	Égypte	US Naval Medical Research Unit No. 3
Sida	WHO Collaborating Centre for Acquired Immunodeficiency Syndrome	Koweït	University of Kuwait
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Bahreïn	College of Health Sciences, Ministry of Health
Soins infirmiers	WHO Collaborating Centre for Nursing Development	Jordanie	Jordanie University of Science and Technology (JUST)
Tabac	WHO Collaborating Centre on Tobacco Control	Iran (République islamique d')	National Research Institute of Tuberculosis and Lung Disease (NRITLD)
Transfusion sanguine	WHO Collaborating Centre for Training and Research in Blood Transfusion	Émirats arabes unis	Sharjah Blood Transfusion and Research Centre
Tuberculose	WHO Collaborating Centre for Tuberculosis Educational	Iran (République islamique d')	Shahid Beheshti University of Medical Sciences & Health Services