



Mettre en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale

Résumé d'orientation

La COVID-19 a mis à l'épreuve tous les systèmes de santé dans le monde, y compris ceux de la Région de la Méditerranée orientale. Elle a également mis en évidence des lacunes dans la conception et la mise en œuvre des systèmes de santé.

La Région de la Méditerranée orientale est très diversifiée et exposée à des situations d'urgence résultant de divers risques, notamment de conflits et de crises humanitaires. Avant la COVID-19, plusieurs défis entravaient la performance des systèmes de santé de la Région, en particulier ceux qui étaient en situation de fragilité, de conflit et de vulnérabilité. La COVID-19 a compromis davantage toutes les composantes du système de santé, avec un impact sur les trois objectifs de la couverture sanitaire universelle. Elle a également mis en lumière des lacunes dans les capacités de gestion des situations d'urgence qui minent la sécurité sanitaire mondiale et nationale.

La promotion de la couverture sanitaire universelle et la garantie de la sécurité sanitaire sont de plus en plus reconnues comme des objectifs complémentaires et interdépendants du système de santé. Le présent document technique énonce un programme régional pour édifier des systèmes de santé résilients sur la voie de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire, fondé sur sept priorités régionales :

- renforcer la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, conformément au *plan d'action pour mettre fin à la pandémie de COVID-19 et prévenir et maîtriser les futures situations d'urgence sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale* ;
- optimiser les ministères de la Santé et créer des institutions pour la santé publique ;
- mettre en place des modèles de soins axés sur les soins de santé primaires ;
- améliorer et renforcer les compétences des personnels de santé pour que ces derniers soient adaptés aux besoins et aux pratiques ;
- promouvoir l'équité et améliorer la protection financière ;
- améliorer l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits sanitaires ; et
- promouvoir une approche intégrée des politiques, de la planification et des investissements pour renforcer la résilience à long terme des systèmes de santé.

Pour progresser dans le cadre de ces sept priorités, les États Membres doivent investir dans diverses actions prioritaires, adaptées à leur environnement politique et socio-économique, avec le soutien de l'OMS et d'autres partenaires de développement, en s'engageant dans une coopération technique, en partageant leurs expériences, en renforçant leurs capacités, en suivant les progrès et en mobilisant les ressources nécessaires.

Introduction

1. La COVID-19 a mis à l'épreuve tous les systèmes de santé dans le monde (1,2), y compris ceux de la Région de la Méditerranée orientale (3). Elle a également mis en évidence des lacunes dans la conception et la mise en œuvre des systèmes de santé. La pandémie – et les efforts déployés pour la maîtriser et en atténuer l'impact – ont permis de tester la résilience des systèmes de santé et leur capacité à maintenir les services de santé essentiels dans les situations d'urgence. Des enseignements sont désormais tirés de l'impact de l'organisation des systèmes de santé pour ce qui concerne a) la prévention, la préparation, la détection, la riposte et le rétablissement suite aux urgences sanitaires, tout en permettant b) la promotion d'un accès équitable à des soins de santé de qualité (4).

2. En plus d'avoir infecté plus d'un demi-milliard de personnes et provoqué la mort de plus de six millions de personnes dans le monde,^{1,2} la COVID-19 a entraîné d'immenses coûts économiques et sociaux. Selon les estimations, la pandémie a déjà coûté à l'économie mondiale USD 11 000 milliards, chiffre qui devrait augmenter pour atteindre USD 28 000 milliards en 2025 (5).³ Ce coût aurait pu être largement évité en investissant dans la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes (6) et le renforcement des systèmes de santé. Une analyse systématique récente a estimé que le coût de la préparation aux situations d'urgence sanitaire devrait se situer entre 1,6 et 43 milliards de dollars US par an, en fonction de la méthode de calcul des coûts utilisée, de l'éventail des pays considérés et de leur niveau de revenu, et selon que l'on inclut ou non des initiatives au niveau mondial (7). Dans la Région de la Méditerranée orientale, le produit intérieur brut (PIB) de la Région devrait reculer de 4 à 5 % en raison de la pandémie (8), et une étude de la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie occidentale a suggéré que la perte de PIB dans le monde arabe atteindrait USD 42 milliards en 2020 (9).

3. Les examens mondiaux – 23 à ce jour – de la riposte à la COVID-19⁴ ont mis en évidence de multiples lacunes dans la capacité des systèmes de santé, principalement dans les pays à faible revenu et dans les situations de fragilité, de conflit et de vulnérabilité. Ils ont également mis en évidence des lacunes dans la préparation des systèmes de santé aux situations d'urgence, y compris dans les pays à revenu élevé. Sur les 131 recommandations formulées dans le cadre des différents examens, 58,0 % concernent le leadership et la gouvernance, 19,1 % les systèmes et outils, 16,8 % le financement et 6,1 % l'équité (10).

4. La promotion de la couverture sanitaire universelle (CSU) et la garantie de la sécurité sanitaire sont de plus en plus reconnues comme des objectifs complémentaires et interdépendants du système de santé, décrits comme « les deux faces d'une même médaille » (11). Elles sont également étroitement liées à deux des priorités stratégiques régionales de la vision de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale, la *Vision 2023* (12).

5. Les situations d'urgence précédentes et actuelles ont mis en évidence l'interconnexion entre le renforcement des systèmes de santé visant à assurer la couverture sanitaire universelle et la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes pour garantir la sécurité sanitaire, démontrant ainsi qu'une préparation et une riposte efficaces aux situations d'urgence doivent impliquer le maintien des services de santé essentiels – par exemple, en investissant dans la prévention et le contrôle des

¹ Sur la base des cas confirmés notifiés, des estimations récentes de l'OMS suggèrent que la surmortalité toutes causes confondues s'est rapprochée de 15 millions de décès entre le 1^{er} janvier 2020 et le 31 décembre 2021. Voir <https://www.who.int/data/stories/global-excess-deaths-associated-with-covid-19-january-2020-december-2021> (en anglais).

² Rien que dans la Région de la Méditerranée orientale, près de 22 millions de personnes avaient été touchées par la COVID-19 et près de 350 000 avaient perdu la vie à la mi-2022.

³ Le Conseil mondial indépendant de suivi de la préparation en 2020 a estimé que la COVID-19 coûterait au monde USD 21 000 milliards. Voir https://www.gpmb.org/docs/librariesprovider17/default-document-library/annual-reports/gpmb-2020-execsum-annualreport-fr.pdf?sfvrsn=70bd3167_3.

⁴ Il s'agit notamment du Comité consultatif indépendant de surveillance pour le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire ; du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie ; du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19 ; et du Conseil mondial de suivi de la préparation.

infections. Ces situations d'urgence ont également montré la manière dont les systèmes de santé résilients contribuent à prévenir et à atténuer l'impact des urgences sanitaires – par exemple, grâce aux investissements dans la construction d'hôpitaux sûrs. Néanmoins, les actions visant à renforcer les capacités à fournir des services de santé et de soins intégrés et celles liées à l'amélioration de la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte continuent d'être menées de manière cloisonnée (13).

6. En octobre 2021, l'OMS a publié un exposé présentant sa position intitulé *Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19* (14). Ce document reconnaît la nécessité de modifier la réflexion actuelle sur la conception des systèmes de santé et souligne le rôle central de l'approche des soins de santé primaires (SSP) dans la réalisation du double objectif de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire (voir l'encadré 1). En conséquence, l'une des cinq priorités définies par le Directeur général de l'OMS pour les cinq prochaines années consiste à « soutenir une réorientation radicale des systèmes de santé vers les soins de santé primaires » (15).

Encadré 1. Principales recommandations de l'exposé de la position de l'OMS intitulé « Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19 »

- Tirer parti de la riposte actuelle pour renforcer à la fois la préparation aux pandémies et les systèmes de santé.
- Investir dans les fonctions essentielles de santé publique, y compris celles nécessaires à la gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes, tous risques confondus.
- Renforcer l'approche des soins de santé primaires pour la sécurité sanitaire et la couverture sanitaire universelle.
- Investir dans des mécanismes institutionnalisés permettant la participation de l'ensemble de la société.
- Promouvoir des environnements favorables à la recherche, à l'innovation et à l'apprentissage.
- Accroître les investissements nationaux et mondiaux dans les fondations des systèmes de santé et la gestion des risques liés aux situations d'urgence de tous types.
- Remédier aux inégalités préexistantes et à l'impact disproportionné de la COVID-19 sur les populations marginalisées et vulnérables.

7. La soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a approuvé un *plan d'action pour mettre fin à la pandémie de COVID-19 et prévenir et maîtriser les futures situations d'urgence sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale* (16). Un comité est en cours de constitution pour superviser et assurer le suivi de la mise en œuvre de ce plan. Le présent document technique complète ces travaux en mettant l'accent sur les défis spécifiques aux systèmes de santé et en définissant les priorités et les actions régionales pour l'édification de systèmes de santé résilients afin d'assurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale.

8. Le présent document vise également à adapter les recommandations de l'exposé de la position de l'OMS sur le renforcement de la résilience des systèmes de santé (14) – ainsi que les recommandations d'autres documents – au contexte de la Région de la Méditerranée orientale et à élaborer un programme régional d'adaptation nationale. Le présent document arrive à point nommé car plusieurs États Membres de la Région envisagent le rétablissement de leur système de santé dans le but de « mieux reconstruire » (17). La publication de ce document coïncide également avec le dixième anniversaire de la résolution fondamentale EM/RC59/R.3, adoptée par le Comité régional lors de sa cinquante-neuvième session, sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la

Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures (18). Le présent document s'appuie sur plusieurs documents et résolutions antérieurs relatifs aux systèmes de santé et à la sécurité sanitaire,¹ en plus d'une table ronde sur la riposte des systèmes de santé à la COVID-19 qui s'est tenue lors de la soixante-huitième session du Comité régional en 2021 (19) et d'une réunion technique sur le renforcement de la résilience des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale organisée avant l'ouverture de la soixante-cinquième session du Comité régional en 2018 (20).

La couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire comme double objectif du système de santé

9. Un système de santé est défini comme « l'ensemble des activités dont le but principal est de promouvoir, de rétablir ou de maintenir la santé » (21). Le cadre des systèmes de santé de l'OMS définit trois objectifs : améliorer la santé, répondre aux attentes non médicales et assurer une protection financière. Depuis sa publication en 2000, le cadre des systèmes de santé de l'OMS a joué un rôle central dans la réforme de nombreux systèmes de santé dans le monde.

10. Les systèmes de santé sont dynamiques et en constante évolution (22). Au cours des deux dernières décennies, la conception des systèmes de santé a été marquée par deux programmes transformateurs : a) l'introduction de la couverture sanitaire universelle en tant que principal objectif stratégique en matière de système de santé, approuvé en tant que cible dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 (cible 3.8) (23), et b) la relance des soins de santé primaires en tant qu'approche globale pour le renforcement des systèmes de santé, suite à la Déclaration d'Astana de 2018 (24). Dernièrement, les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, en Afrique de l'Ouest (2014-2016) et en République démocratique du Congo (2017-2018), ainsi que la pandémie actuelle de COVID-19, ont révélé la nécessité de mener une nouvelle transformation du système de santé, en portant l'attention sur la sécurité sanitaire en tant qu'objectif stratégique supplémentaire dans ce domaine. Un cadre récemment publié sur les systèmes de santé pour la sécurité sanitaire a rassemblé les capacités essentielles du Règlement sanitaire international (2005) (RSI), les composantes du système de santé et les éléments des secteurs connexes dans le but de gérer efficacement les situations d'urgence sanitaire et de maintenir les services de santé essentiels (25).

11. Par couverture sanitaire universelle, on entend « une situation dans laquelle toutes les personnes et toutes les communautés bénéficient des services de santé dont elles ont besoin sans se heurter à des difficultés financières » (26). Faire progresser la couverture sanitaire universelle (CSU) implique l'amélioration de l'accès à l'ensemble des services de santé essentiels nécessaires aux individus et aux populations ainsi que de leur qualité : de la promotion aux soins palliatifs en passant par la prévention, le traitement et la réadaptation (27). La sécurité sanitaire a pour objectif de « réduire les vulnérabilités face aux menaces sanitaires aux niveaux individuel et collectif » (28). Pour assurer la sécurité sanitaire, il faut investir dans la gestion des situations d'urgence sanitaire et des risques liés aux catastrophes, afin de minimiser les dangers et les vulnérabilités associés aux événements aigus de santé publique qui mettent en péril la santé collective des populations (29). Les soins de santé primaires représentent une « approche de la santé tenant compte de la société dans son ensemble qui vise à garantir le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible et sa répartition équitable » (30). Les soins de santé primaires

¹ Il s'agit notamment des documents EM/RC68/4 : Accélérer la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire – plan d'action ; EM/RC65/4 : Faire progresser la couverture sanitaire universelle ; EM/RC62/Tech.Disc.1 : Sécurité sanitaire mondiale, avec une attention particulière pour le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-Cov) et le virus A(H5N1) ; EM/RC61/R.2 : Sécurité sanitaire mondiale – enjeux et opportunités – axée plus particulièrement sur le Règlement sanitaire international (2005) ; EM/RC60/R.2 : Couverture sanitaire universelle ; et EM/RC59/R.3 : Renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures.

sont constitués de trois composantes : a) les soins de santé primaires et les fonctions essentielles de santé publique, b) les politiques et les actions multisectorielles ainsi que c) les personnes et les communautés responsabilisées (31).

12. Pour atteindre le double objectif de la sécurité sanitaire et de la couverture sanitaire universelle, il faut investir dans la mise en place de systèmes de santé nationaux résilients, mais aussi équitables et efficaces. La résilience se définit comme « la capacité d'un système, d'une communauté ou d'une société exposé(e)s aux risques de résister, de s'adapter aux effets d'un danger, de les contenir et d'en tenir compte ainsi que de procéder à des ajustements et de s'en rétablir en temps opportun et de manière efficace, notamment par la préservation et la restauration de ses structures essentielles et de ses fonctions de base grâce à la gestion des risques » (32). Les données factuelles relatives au renforcement de la résilience des systèmes de santé sont limitées (33). Le concept de résilience a évolué ; il n'est plus considéré uniquement comme une caractéristique des systèmes de santé associée à des chocs aigus (34), mais englobe désormais les problèmes de santé publique chroniques et prolongés qui augmentent la pression sur les systèmes de santé, entravant ainsi leur capacité à fournir des services de santé de haute qualité, comme dans le contexte de conflits prolongés (par exemple, l'Afghanistan et la Somalie) et d'urgences récurrentes (par exemple, le Soudan) (35). En conséquence, la résilience est devenue un objectif intermédiaire pour les systèmes de santé, qui dépend de la performance de toutes les composantes de ces systèmes.

13. Selon les données disponibles, le renforcement de la résilience des systèmes de santé nécessite d'investir dans les fonctions essentielles de santé publique dans le cadre des efforts de renforcement des systèmes de santé. Lesdites fonctions constituent un ensemble indispensable d'actions relevant de la responsabilité première de l'État et sont fondamentales pour atteindre l'objectif de santé publique à travers l'action collective.¹ Le Règlement sanitaire international fournit un cadre juridique global qui définit les droits et les obligations des pays en matière de gestion des événements et des urgences de santé publique susceptibles de traverser les frontières de manière à garantir la sécurité sanitaire mondiale (36), tandis que l'investissement dans les fonctions essentielles de santé publique contribue à renforcer la résilience des systèmes de santé nationaux (37). En conséquence, les capacités de base du RSI et les fonctions essentielles de santé publique sont indispensables à la sécurité sanitaire mondiale et nationale. En 2015, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a défini un ensemble de quatre fonctions essentielles de santé publique (surveillance, préparation aux situations d'urgence et organisation de la riposte, protection sanitaire et promotion de la santé) et de quatre fonctions essentielles de santé publique habilitantes (gouvernance, personnels, communication et recherche) (38), et a élaboré un outil d'évaluation pour aider les pays à identifier les lacunes dans leur mise en œuvre (39). En 2021, l'OMS a proposé une liste récapitulative de 12 fonctions essentielles de santé publique et a identifié les facteurs clés pour soutenir leur mise en œuvre au niveau national (40).

14. À l'avenir, il est essentiel de distinguer les objectifs du système de santé des moyens de les atteindre (28). À cet égard, la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire représentent « ce que nous voulons » et les progrès obtenus dans la réalisation de l'un de ces objectifs constituent un appui pour le second. Le renforcement des systèmes de santé et la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes représentent « ce que nous faisons », et ils doivent être réalisés de manière intégrée. Les soins de santé primaires constituent l'approche qui permet d'intégrer le renforcement des

¹ En termes économiques, les fonctions essentielles de santé publique sont classées comme des biens communs pour la santé, qui sont des fonctions ou des interventions basées sur la population que seules des dispositions collectives peuvent financer, qu'ils soient fournis par des prestataires du secteur public ou privé. Les biens communs pour la santé comprennent, par exemple, les politiques et la coordination, les taxes et les subventions, les réglementations et la législation, l'information, l'analyse et la communication, et les services à la population. Voir : Soucat A. Financing common goods for health: fundamental for health, the foundation for UHC [Le financement des biens communs de la santé : fondamentaux pour la santé, la base de la CSU]. Health Systems and Reform. 2019;5(4) (<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23288604.2019.1671125>) (en anglais).

systèmes de santé et la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes et de faire progresser le double objectif de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire.

Les systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale et l'impact de la COVID-19

Profil socio-économique et principaux défis de la Région de la Méditerranée orientale

15. La Région de la Méditerranée orientale est très diversifiée et compte six pays à revenu élevé, trois pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, huit pays à revenu intermédiaire de la tranche inférieure et cinq pays ou territoires à faible revenu (41). La Région est exposée à des situations d'urgence résultant de divers risques, notamment de flambées épidémiques et de catastrophes naturelles. Cette situation se manifeste par le nombre croissant de flambées dues à des maladies infectieuses émergentes – par exemple le H1N1, le MERS-Co et, plus récemment, la COVID-19¹ – et par la fréquence et la gravité croissantes des événements météorologiques extrêmes, tels que les sécheresses et les inondations. En 2021, cinq des 10 plus grandes catastrophes naturelles du monde (mesurées en nombre de personnes touchées) se sont produites dans la Région de la Méditerranée orientale – toutes dues à la sécheresse.

16. Les multiples conflits et crises humanitaires qui touchent près de la moitié des pays de la Région sont particulièrement préoccupants. En mai 2022, plus de 102 millions de personnes dans la Région de la Méditerranée orientale avaient besoin d'aide humanitaire (34 % du total mondial) – ce qui représente une augmentation de 95 % par rapport aux sept dernières années (42). Par ailleurs, plus de 60 % des réfugiés dans le monde sont originaires de la Région de la Méditerranée orientale, dont un grand nombre reste dans la Région (43). Les pays touchés par des conflits sont plus exposés à d'autres situations d'urgence aiguës ou chroniques et sont moins en mesure d'y faire face – par exemple, en 2021, 26 des 28 flambées épidémiques majeures de la Région se sont produites dans des contextes de fragilité, de conflit et de vulnérabilité.

Les systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale avant la pandémie de COVID-19

17. Les disparités importantes et les instabilités politiques dans la Région ont abouti à des conceptions et des niveaux de performance variés en ce qui concerne les systèmes de santé, les pays souffrant de conflits aigus et chroniques ayant les systèmes de santé les plus faibles.

18. Avant la pandémie de COVID-19, plusieurs défis majeurs entravaient déjà les performances des systèmes de santé de la Région de la Méditerranée orientale, notamment la nécessité d'obtenir un engagement politique de haut niveau ; de renforcer les capacités des ministères de la Santé et des institutions œuvrant dans le domaine sanitaire ; d'adopter des modèles de soins viables ; de réduire la part des paiements directs par les patients et d'améliorer la protection financière ; de former des

¹ En 2020-2021, un total de 30 flambées de maladies ont été signalées dans 12 pays de la Région de la Méditerranée orientale ; cela concernait notamment la diarrhée aqueuse aiguë en Afghanistan ; le choléra en Somalie et au Yémen ; la dengue en Afghanistan, au Pakistan, au Soudan et au Yémen ; la diphtérie au Soudan et au Yémen ; la fièvre hémorragique de Crimée-Congo en Afghanistan, en Iraq et au Pakistan ; la varicelle au Pakistan ; la fièvre typhoïde ultrarésistante au Pakistan ; le virus de l'hépatite E au Soudan ; la rougeole en Afghanistan, en République arabe syrienne et en Somalie ; le syndrome respiratoire du Moyen-Orient en Arabie saoudite (2 groupes de cas), aux Émirats arabes unis (2 cas sporadiques) et au Qatar (un cas sporadique) ; le poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan ; les poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDV) en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie, au Soudan et au Yémen ; et des prélèvements environnementaux positifs pour le PVDV2c détectés en Afghanistan, en Égypte, en République islamique d'Iran, au Pakistan et en Somalie. Au total, 707 141 cas ont été notifiés dans le cadre de ces flambées épidémiques, avec 1182 décès associés.

personnels de santé équilibrés, qualifiés et motivés ; de renforcer les systèmes d'information sanitaire ; d'améliorer l'accès aux médicaments et aux technologies essentielles et de renforcer les chaînes d'approvisionnement médical (18).

19. Les contextes de fragilité, de conflit et de vulnérabilité posent des défis supplémentaires au système de santé (44) en raison de l'insécurité et de l'instabilité politique, des dispositions de gouvernance fragmentées avec des territoires divisés et/ou contestés, du sous-financement, du manque de confiance dans le gouvernement et les services de santé publique, des systèmes de santé perturbés qui ont des capacités limitées et ne sont pas en mesure de faire face à l'augmentation des besoins, des capacités locales limitées, de l'absence de filets de sécurité sociale, en particulier pour les populations marginalisées, des obstacles bureaucratiques, du manque de capacités techniques, de l'insuffisance de partenaires ayant une forte présence opérationnelle et de la mauvaise coordination entre les acteurs humanitaires et de développement (45).

20. En 2015, tous les pays de la Région se sont engagés à réaliser la CSU dans le cadre du Programme de développement durable à l'horizon 2030. Par la suite, en 2018, ils ont signé le Pacte mondial de la CSU2030 (46) et approuvé la Déclaration de Salalah (47), illustrant ainsi un engagement politique accompagné d'une feuille de route claire pour la transformation des systèmes de santé nationaux en vue de la réalisation de la CSU. Néanmoins, le Rapport mondial de suivi de la CSU 2021 (48) a montré que la Région est en retard dans la réalisation des cibles des Objectifs de développement durable relatives à la couverture sanitaire universelle.¹ L'indice de couverture des services dans la Région a été estimé à 57 (sur 100) en 2019, ce qui est inférieur à la moyenne mondiale de 68, et le deuxième taux le plus bas parmi les six Régions de l'OMS. En outre, 12,5 % de la population de la Région était confrontée à des difficultés financières en 2017, une situation définie comme le fait de dépenser plus de 10 % de ses ressources sous forme de paiements directs ; en 2015, cette proportion de la population était de 11,8 %. Il convient de noter que ces indices agrégés cachent de nombreuses disparités entre les groupes de population.

21. Les résultats des évaluations externes conjointes de la Région réalisées en 2018 sur les capacités au titre du RSI – qui évaluent les capacités des pays à prévenir et détecter les risques pour la santé publique et à y répondre rapidement – sont compris entre 31 en Somalie et 90 aux Émirats arabes unis, sur un score maximal pouvant atteindre 100 (49). Entre 2016 et 2019, 19 pays/territoires (dont la Palestine) ont élaboré des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire qui ont permis de définir les priorités nationales. Cependant, ces plans n'ont guère été mis en œuvre pour plusieurs raisons, telles que le manque d'engagement politique, de financement et de ressources humaines. Les progrès accomplis dans la mise en œuvre de ces plans font actuellement l'objet d'un suivi afin d'évaluer les succès obtenus et les difficultés rencontrées, ainsi que l'impact de la pandémie de COVID-19.

22. Le tableau 1 récapitule les principaux indicateurs d'impact, de résultats, de produits, de processus et de contributions en matière de santé dans les quatre groupes de revenu des pays de la Région.

¹ Couverture par les services (cible 3.8.1 des ODD) et protection financière (cible 3.8.2 des ODD).

Tableau 1. Sélection d'indicateurs d'impact sur la santé, de couverture sanitaire universelle, de sécurité sanitaire et de performance des systèmes de santé dans les groupes de revenu des pays de la Région de la Méditerranée orientale

Liste principale des indicateurs	Pays à faible revenu* Afghanistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Yémen [n = 5]	Pays/territoires à revenu intermédiaire de la tranche inférieure* Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Liban, Maroc, Pakistan, Palestine, Tunisie [n = 8]	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure* Iraq, Jordanie, Libye [n = 3]	Pays à revenu élevé* Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar [n = 6]
I. Impact sur la santé				
Espérance de vie à la naissance (en années) [2019]	56,5-72,7 (1)	65,6-77,3 (1) (2)	72,4-77,9 (1)	73,9-81,0 (1)
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années) [2019]	49,72-62,87 (3)	56,87-66,89 (3)	62,66-67,6 (3)	64,02-70,09 (3)
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) – ODD 3.1.1 [2017]	31-829 (1)	16-248 (1) (4)	46-79 (1)	3-19 (1)
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) – ODD 3.2.2 [2020]	11-37 (1)	4-40 (1) (5)	6-14 (1)	3-5 (1)
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes) – ODD 3.2.1 [2020]	22-115 (1)	17-65 (1) (5)	11-25 (1)	6-11 (1)
Probabilité de mourir d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une maladie respiratoire chronique entre l'âge de 30 ans et l'âge exact de 70 ans (en pourcentage) (décès prématuré dû aux maladies non transmissibles) – ODD 3.4.1 [2019]	22,1-35,3 (1)	14,8-29,4 (1) (2)	15,3-23,5 (1)	10,7-21,5 (1)
Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) – ODD 3.3.2 [2020]	19-259 (1)	0,4-259 (1) (2)	5-59 (1)	1-34 (1)
II. Résultats sanitaires				
a. Couverture sanitaire universelle				
Mesure unique de la couverture sanitaire universelle – proportion (en pourcentage) de la population recevant des services de santé essentiels sans s'exposer à des difficultés financières (conformément au treizième PGT) [2019]	21,5-56,9 (6)	45,6-61,2 (6)	53,3-60,7 (6)	58,2-68,3 (6)
CSU : Indice de couverture des services – Indicateur 3.8.1 des ODD [2019]	27-56 (1)	45-77 (1) (2)	55-60 (1)	69-78 (1)
Part des ménages qui consacrent plus de 10 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé (en pourcentage) – Indicateur 3.8.2 des ODD [2012-2020]	0,1-23,8 (1)	1,5-31,1 (1)	3,7 (Iraq) (1)	0,4-4,9 (1)
Part des ménages qui consacrent plus de 25 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé (en pourcentage) – Indicateur 3.8.3 des ODD [2012-2020]	0,0-5,6 (1)	0,3-6,4 (1)	0,9 (Iraq) (1)	0,6-1,4 (1)
b. Sécurité sanitaire				
Évaluation externe conjointe du Règlement sanitaire international (2005) [2016-2018]	31-55 (2)	33-79 (2)	43-56 (2)	68-90 (2)
<i>Détection</i> [2016-2018]	24-53,3 (2)	33-76 (2)	41,3-44 (2)	60-85,3 (2)
<i>Prévention</i> [2016-2018]	38,5-50,8 (2)	42,7-81,5 (2)	52,3-63,1 (2)	66-86,2 (2)
<i>Riposte</i> [2016-2018]	37,1-65,7 (2)	26-77,1 (2)	34-57,1 (2)	70-98,6 (2)
<i>Points d'entrée et autres dangers relevant du RSI</i> [2016-2018]	20-43,3 (2)	23-86,7 (2)	37-53,3 (2)	60-90 (2)

Liste principale des indicateurs (suite)	Pays à faible revenu* Afghanistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Yémen [n = 5] (suite)	Pays/territoires à revenu intermédiaire de la tranche inférieure* Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Liban, Maroc, Pakistan, Palestine, Tunisie [n = 8] (suite)	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure* Iraq, Jordanie, Libye [n = 3] (suite)	Pays à revenu élevé* Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar [n = 6] (suite)
III. Produits sanitaires				
a. Accessibilité physique				
Pourcentage d'établissements offrant des services selon un ensemble de services nationaux définis	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Pourcentage d'établissements de santé respectant les normes minimales pour la prestation de services traceurs	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Pourcentage d'établissements appliquant les mesures de prévention et de contrôle des infections	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
b. Accessibilité financière				
Dépenses de santé à la charge du patient en pourcentage du total des dépenses courantes de santé [2011-2019]	54-81 (8)	24-63 (8)	30-50 (8)	7-30 (8)
IV. Processus				
a. Sélection et planification des services				
Existence d'ensembles de services couvrant les services de santé essentiels et les fonctions essentielles de santé publique dans tous les domaines de soins	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours
b. Systèmes d'amélioration de la qualité				
Pourcentage d'établissements de santé disposant de systèmes favorisant l'amélioration de la qualité	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
c. Établissements et services de santé résilients				
Pourcentage d'établissements répondant aux critères d'établissements et de services de santé résilients	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
V. Contributions				
a. Gouvernance				
Existence d'une politique nationale de santé axée sur les soins de santé primaires et la couverture sanitaire universelle	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours
Existence de stratégies de gestion des urgences sanitaires et des risques de catastrophe	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours
<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan d'action national pour la sécurité sanitaire • Existence d'un plan de lutte contre la grippe • Existence d'un plan de lutte contre la résistance aux antimicrobiens • Existence de mesures relatives aux voyages et au commerce conformes au RSI • Existence d'un plan d'action humanitaire de l'OMS 				

Liste principale des indicateurs (suite)	Pays à faible revenu* Afghanistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Yémen [n = 5] (suite)	Pays/territoires à revenu intermédiaire de la tranche inférieure* Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Liban, Maroc, Pakistan, Palestine, Tunisie [n = 8] (suite)	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure* Iraq, Jordanie, Libye [n = 3] (suite)	Pays à revenu élevé* Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar [n = 6] (suite)
Existence d'une politique, d'une stratégie ou d'un plan d'amélioration de la qualité et de la sécurité	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours
Mécanismes de coordination avec la participation de plusieurs parties prenantes et la collaboration des communautés	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours	Collecte de données en cours
b. Financement de la santé				
Dépenses courantes de santé en pourcentage du produit intérieur brut [2011-2019]	4-13 (8)	2-9 (8)	4-8 (8)	3-6 (8)
Dépenses courantes de santé par habitant en dollars des États-Unis [2011-2019]	47-73 (8)	62-663 (8)	253-334 (8)	625-1843 (8)
Dépenses publiques nationales de santé générales en pourcentage des dépenses publiques générales [2011-2019]	3,9-5,6 (1)	4,3-21,4 (1) (2)	6-12,8 (1)	6,5-11,1 (1)
c. Personnels de santé				
Densité de médecins (pour 10 000 habitants) – Indicateur 3.c.1 des ODD [2012-2019]	0,2-12,9 (1)	2,2-22,6 (1) (2)	9,7-26,6 (1)	9,3-27,4 (1)
Densité des personnels infirmiers et obstétricaux (pour 10 000 habitants) [2012-2019]	1,1-15,4 (1)	4,8-29,6 (1) (2)	23,9-65,3 (1)	24,9-72 (1)
Densité de dentistes (pour 10 000 habitants) [2012-2019]	0,2-7,2 (1)	0,2-10,2 (1) (2)	3,5-8,8 (1)	1,0-6,7 (1)
Densité de pharmaciens (pour 10 000 habitants) [2012-2019]	0,3-10,7 (1)	1,5-12,9 (1) (2)	4,1-10,4 (1)	1,6-12,1 (1)
d. Infrastructures physiques				
Établissements de soins de santé primaires pour 10 000 habitants [2015-2019]	0,9-1,5 (2)	0,5-3,5 (2)	2,1-7,1 (2)	0,2-3,8 (2)
e. Médicaments et autres produits sanitaires				
Disponibilité d'une sélection de médicaments essentiels dans les établissements de santé publics et privés – ODD 3.b.3				
<i>Secteur public</i> * [2012-2019]	48,7 (Soudan) (1)	97 (Palestine) (2)	13 (Libye) - 100 (Jordanie) (2)	97-100 (2)
<i>Secteur privé</i> * [2012-2019]	59 (Soudan) (1)	11,6 (Tunisie) – 100 (Palestine) (2)	100 (Jordanie) (2)	100 (Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït) (2)
f. Information sanitaire et technologies numériques pour la santé				
S-C-O-R-E				
<i>Surveiller les populations et les risques pour la santé</i> [2019-2020]	2-4 (9)	3-4 (9)	3 (9)	3-5 (9)
<i>Comptabiliser les naissances, les décès et les causes de décès</i> [2019-2020]	1-2 (9)	1-4 (9)	3 (9)	4 (9)

Liste principale des indicateurs (suite)	Pays à faible revenu* Afghanistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Yémen [n = 5] (suite)	Pays/territoires à revenu intermédiaire de la tranche inférieure* Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran, Liban, Maroc, Pakistan, Palestine, Tunisie [n = 8] (suite)	Pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure* Iraq, Jordanie, Libye [n = 3] (suite)	Pays à revenu élevé* Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Koweït, Oman, Qatar [n = 6] (suite)
<i>Optimiser les données sur les services de santé</i> [2019-2020]	2-4 (9)	2-4 (9)	2-4 (9)	3-4 (9)
<i>Réviser les progrès et les performances</i> [2019-2020]	3-5 (9)	3-5 (9)	3-4 (9)	3-5 (9)
<i>Encourager l'utilisation des données pour les politiques et les actions</i> [2019-2020]	3-4 (9)	2-4 (9)	2-3 (9)	2-5 (9)
Pourcentage d'établissements utilisant des dossiers médicaux électroniques	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible

* Country income group based on World Bank 2022 classification [Groupe de revenu des pays selon la classification 2022 de la Banque mondiale], voir <https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2022-2023> (en anglais).

Les données pour certains pays/territoires sont disponibles, et les noms des pays/territoires sont mentionnés entre parenthèses.

1. World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs. Annex 2: Country, WHO region and global statistics. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>).
2. Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region: core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals 2020. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/346297>, accessed 1 June 2022).
3. The Global Health Observatory [online data portal]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/gho-ghe-hale-healthy-life-expectancy-at-birth>).
4. Profil Santé et Bien-être dans la Région de la Méditerranée orientale : vue d'ensemble de la situation sanitaire dans les pays de la Région en 2019. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2020 (https://vlibrary.emro.who.int/idr_records/profil-sante-et-bien-etre-dans-la-region-de-la-mediterranee-orientale-vue-densemble-de-la-situation-sanitaire-dans-les-pays-de-la-region-en-2019/).
5. Personal communication with Science Information & Dissemination Department at the WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean.
6. GPW 13 – Triple Billion estimations. [online database]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://portal.who.int/triplebillions/>).
7. Kandel N, Chungong S. Dynamic preparedness metric: a paradigm shift to measure and act on preparedness. Lancet Global Health. 2022;10(5):e615–e616. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214109X22000973?via%3Dihub>).
8. Global Health Expenditure Database [online database]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en>, accessed 21 February 2022).
9. SCORE for health data technical package: global report on health data systems and capacity, 2020. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240018709>). [Note: Data from Yemen and the Syrian Arab Republic are not available]

L'impact de la COVID-19 sur les systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale

23. La pandémie a fourni une occasion extraordinaire de mettre en œuvre plusieurs innovations au niveau des systèmes de santé – par exemple, renforcer la surveillance des maladies et d'autres fonctions essentielles de santé publique, utiliser la technologie numérique dans la prestation de services, renforcer les capacités des laboratoires, promouvoir la collaboration multisectorielle et faciliter la participation du secteur privé. Ces innovations ont longtemps fait l'objet de discussions, mais les opportunités de les mettre en œuvre n'avaient pas encore été pleinement saisies. Cependant, la pandémie a également révélé à quel point les systèmes de santé de la Région étaient mal préparés à y faire face (50). Cette situation s'explique principalement par un sous-investissement chronique dans le secteur de la santé, dans les capacités requises en vertu du RSI et dans les systèmes de santé (51). La Région abrite près de 10 % de la population mondiale, mais ses dépenses représentent moins de 2 % des dépenses totales de santé dans le monde, principalement en raison du financement public limité dans le domaine de la santé. Par exemple, en 2015, les dépenses publiques de santé dans la Région représentaient 2,5 % du PIB et 9 % des dépenses des administrations publiques, contre des estimations mondiales de 3,5 % et 10 % respectivement (52).

24. La situation d'urgence créée par la pandémie et les efforts déployés pour la contenir (par exemple, le confinement et d'autres mesures sociales de santé publique) ont entraîné une perturbation des services de santé essentiels (53,54). Une série d'enquêtes indicatives¹ menées par l'OMS tout au long de la pandémie a montré que 94 % des États Membres participants de la Région avaient signalé des perturbations d'au moins un service de santé essentiel lors de la première phase de l'enquête (55), contre 94 % et 81 % lors des deux phases suivantes (56,57). Les perturbations les plus importantes ont été signalées dans les services de réadaptation, les services communautaires et les services de soins de santé primaires, ainsi que dans les interventions chirurgicales programmées.

25. Il a été indiqué que les perturbations étaient principalement dues à la peur et à la méfiance de la communauté, aux restrictions relatives aux voyages (y compris le confinement) et aux difficultés financières. En outre, les services ont été entravés par des problèmes d'offre, en particulier liés aux personnels – qui étaient plus exposés au risque d'infection dans les établissements de santé comme dans les foyers de soins de longue durée – et des pénuries d'approvisionnement. La protection financière à plus long terme est également menacée, notamment en raison de l'impact économique croissant de la pandémie, de l'augmentation des niveaux de pauvreté et de la contraction des recettes publiques. Les perturbations des services de santé essentiels ont été plus prononcées et ont duré plus longtemps dans les pays dont les systèmes de santé étaient plus faibles au début de la pandémie. L'encadré 2 fournit des exemples de défis spécifiques aux systèmes de santé mis en évidence par la pandémie.

26. Toutefois, la pandémie a mis en évidence la situation inadéquate qui prévaut depuis longtemps et qui résulte de la concentration disproportionnée des systèmes de santé actuels sur les soins curatifs, au détriment de la santé publique, de l'investissement dans la prévention et de la promotion de la santé et du bien-être. La pandémie a également montré que les systèmes de santé de la Région sont pour la plupart conçus dans un souci d'efficacité, au détriment de l'équité, et qu'ils accordent moins d'attention aux actions multisectorielles visant à influencer divers déterminants sociaux de la santé et à en tirer parti. Enfin, la pandémie a également mis en évidence l'insuffisance de la collaboration nationale et régionale. La conception des systèmes de santé en vue de promouvoir le double objectif de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire conduit à s'interroger sur ce qui constitue un système de santé, ses limites, ses buts et ses objectifs.

¹ L'enquête indicative nationale de l'OMS sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 est une enquête mondiale qui a été menée en trois phases : mai-juillet 2020, janvier-mars 2021 et novembre-décembre 2021.

Encadré 2. Défis du système de santé mis en évidence par la pandémie

- Leadership sous-optimal et efforts non coordonnés, compromettant la prise de décisions en temps utile et l'efficacité des ripostes.
- Sous-utilisation des centres d'opérations d'urgence.
- Pénurie d'agents de santé et vulnérabilité de ces derniers – par exemple, absence de qualifications appropriées et mauvaises mesures de prévention et de contrôle des infections.
- Capacité limitée de soins de haut niveau dans les hôpitaux secondaires et tertiaires, et secteur hospitalier insuffisamment préparé à répondre à divers types de situations d'urgence, notamment les flambées de maladies infectieuses.
- Inadaptation des systèmes cliniques et logistiques et inaptitude des chaînes d'approvisionnement à se déployer en cas de situation d'urgence.
- Insuffisance des capacités de production régionales et locales, en particulier pour les vaccins – seuls quatre pays produisaient des vaccins dans la Région avant la COVID-19.
- Qualité limitée, prix élevé et pénurie de produits médicaux et d'équipements de protection individuelle.
- Faiblesse et rigidité des systèmes de gestion des finances publiques.
- Fragmentation des systèmes d'information et de surveillance sanitaires.
- Participation inadéquate du public à la prise de décision dans le système de santé, ce qui a limité leur confiance dans les messages de santé publique, favorisant ainsi la diffusion rapide de fausses informations et la désinformation.

27. En outre, les conséquences économiques de la pandémie ont entraîné une réduction des recettes globales de la santé dans un contexte d'augmentation de la demande de soins de santé, les pays qui dépendent de financements extérieurs étant particulièrement touchés (58). Les restrictions liées à la pandémie et la limitation des libertés civiles qui faisaient partie de nombreuses mesures de riposte ont également entraîné des inégalités considérables (59,60) et une dégradation de la confiance du public, en particulier dans des contextes où la confiance était déjà faible (61).

28. En conséquence, la pandémie a eu des effets négatifs sur les trois objectifs de la couverture sanitaire universelle : a) la couverture des services, en raison des interruptions de certains services de santé essentiels et des retards dans d'autres ; b) la protection financière, en raison de la réduction des revenus et de l'augmentation des paiements directs par les patients ; et c) la qualité, compte tenu des risques accrus de prestation de services de santé de qualité inférieure, d'infections acquises dans le cadre des soins de santé et de traitements falsifiés et de qualité inférieure. La pandémie de COVID-19 nous appelle à renforcer les principales capacités requises au titre du RSI dans le cadre du renforcement des systèmes de santé, à remédier aux dispositions mal définies en matière de gestion des situations d'urgence et aux faibles capacités de gestion de celles-ci, et à accroître les investissements dans l'approche « Une seule santé ».

Principaux enseignements tirés pour la mise en place de futurs systèmes de santé

29. La pandémie a démontré que la mise en place de systèmes de santé résilients n'est pas une option, mais une nécessité pour le bien-être et la prospérité de chaque pays, ainsi que pour la sécurité sanitaire nationale et mondiale. Vous trouverez ci-dessous huit leçons clés à prendre en compte dans la construction des futurs systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale :

- Enseignement n°1 : La pandémie a souligné la nécessité d'investir dans les fonctions essentielles de santé publique dans le cadre du renforcement des systèmes de santé. La réorganisation des

fonctions essentielles de santé publique et l'investissement dans celles-ci devraient constituer l'« étape 0 »¹ du relèvement du système de santé après la COVID-19 (62). Cela implique d'accorder une priorité proportionnelle à la santé publique pour répondre aux besoins de la population en matière de santé, ainsi que d'améliorer l'accès aux interventions et aux services axés sur les individus et la population.

- Enseignement n°2 : La COVID-19 a révélé et aggravé des inégalités profondément ancrées entre les pays et à l'intérieur de ceux-ci, soulignant l'importance d'intégrer l'équité et les approches participatives dans tous les efforts de renforcement des systèmes de santé. Pour ce faire, il est nécessaire de commencer par créer un espace approprié pour la participation sociale – par exemple des comités de santé de district ou des assemblées de santé populaire – afin d'instaurer la confiance et de permettre aux personnes de faire entendre leur voix pour identifier les besoins de santé, formuler des politiques et améliorer la transparence et la responsabilisation dans le cadre de la mise en œuvre (63). Lorsqu'un choc survient, les mécanismes participatifs peuvent être mis à profit pour apporter une réponse coordonnée de l'ensemble de la société afin d'assurer l'application efficace des mesures de contrôle.
- Enseignement n°3 : La pandémie a mis en évidence les lacunes existantes dans l'organisation actuelle de la prestation de services, appelant à l'élaboration de modèles de soins spécifiques à chaque pays et adaptés au contexte. La reprise après la pandémie offre l'occasion d'intégrer des programmes de santé parallèles – par exemple, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la santé mentale et la santé reproductive ainsi que la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent – d'une manière qui renforce les systèmes centrés sur la personne, la réactivité et l'efficacité. Cela pourrait se concrétiser par l'élaboration de modèles de soins axés sur les soins de santé primaires et adaptés au contexte, en commençant par définir les ensembles intégrés et complets de services de santé essentiels.
- Enseignement n°4 : La pandémie a montré que la santé est au cœur de tous les aspects de la vie, qu'elle influence des actions qui vont bien au-delà du secteur de la santé (par exemple, les secteurs financier, économique, du développement social, de l'environnement et de l'éducation) et qu'elle est influencée par celles-ci, soulignant ainsi l'importance de remodeler les institutions de santé pour garantir une collaboration multisectorielle et des actions coordonnées en intégrant la santé dans toutes les politiques. La pandémie constitue un signal d'alarme qui doit inciter les ministères de la Santé et les institutions apparentées à s'adapter aux besoins du XXI^e siècle et du monde « post-COVID-19 ».
- Enseignement n°5 : La COVID-19 a souligné le rôle vital des agents de santé dans la poursuite de la prestation des services de santé essentiels tout en répondant aux situations d'urgence et autres facteurs de stress (64). Elle a également attiré l'attention sur la nécessité de protéger et de préserver la santé et le bien-être des personnels de santé. À cet égard, les gouvernements et les employeurs ont l'obligation de veiller à ce que les agents et les auxiliaires de santé acquièrent les compétences requises, qu'ils disposent des ressources nécessaires, qu'ils bénéficient de la sécurité de l'emploi, d'une rémunération adéquate et régulière et d'un environnement sûr, sain et favorable qui leur permette de fournir des soins respectueux et de qualité à tous (65).
- Enseignement n°6 : La COVID-19 a mis en évidence le fait que les pays qui présentent un certain retard dans l'indice de couverture des services de soins de santé primaires, et qui ont des systèmes de santé déficients (par exemple, faible densité de personnel, infrastructures et équipements médiocres, pénurie d'eau et d'électricité), sont incapables de fournir des services de santé de base essentiels et ont donc une capacité limitée à répondre efficacement aux épidémies et autres situations d'urgence. Ces pays, qui sont généralement des pays à faible revenu ou dans des

¹ Le terme « étape 0 » est utilisé pour indiquer qu'il s'agit de la principale priorité sur laquelle d'autres interventions pourraient être fondées.

contextes de fragilité, de conflit et de vulnérabilité ont besoin d'un soutien accru de la part de la communauté internationale pour atteindre un niveau minimum de prestation de services de santé de base essentiels, afin de garantir des progrès sur le plan de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire.

- Enseignement n°7 : La COVID-19 a mis en évidence la nécessité d'un « nouvel » ordre mondial dans lequel la responsabilité en matière de santé dépasse les frontières nationales pour devenir un bien régional et mondial. Pour cela, il faut prendre en compte les priorités mondiales en matière de santé dans le cadre des stratégies nationales, en intégrant les obligations au titre du RSI dans les politiques, stratégies et plans nationaux pour la santé.
- Enseignement n°8 : La pandémie a démontré la nécessité d'établir des dispositions claires en matière de gestion des situations d'urgence et de renforcer les capacités dans ce domaine, afin de clarifier les relations entre le secteur de la santé/ministère de la Santé et les autres secteurs/ministères et institutions (par exemple, une autorité nationale de gestion des catastrophes) d'une part et le pouvoir exécutif d'autre part. Cette démarche facilitera la coordination entre les différents départements ministériels et améliorera la gestion stratégique, opérationnelle et tactique de la riposte.

Façonner l'avenir des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : les « modalités d'action »

Formulation d'une vision pour les systèmes de santé de la Région à l'ère post-COVID-19

30. L'ampleur de la crise socio-économique qui découle de la COVID-19 n'est pas moins importante que celle qui a résulté de la Seconde Guerre mondiale. Plusieurs parties prenantes appellent à une « remise à zéro » mondiale après la pandémie, en réexaminant nos systèmes publics, y compris ceux de la santé, afin de promouvoir des sociétés équitables et une reprise durable et écologique.

31. Les systèmes de santé nationaux du futur doivent reconnaître à quel point le monde est devenu interconnecté et accorder une place importante à la santé mondiale dans les politiques, stratégies et plans nationaux. Les futurs systèmes de santé devront placer les individus et les communautés au centre du système et assurer l'intégration – à la fois horizontalement entre les maladies et verticalement entre les niveaux de soins – plutôt que de continuer à être axés sur les maladies et guidés par les prestataires. En outre, les systèmes de santé de l'avenir doivent se transformer en systèmes d'apprentissage qui englobent la connaissance et l'innovation.

32. Cela nécessite un changement de paradigme dans la conception des systèmes de santé, pour passer d'une approche qui donne la priorité aux soins curatifs et se préoccupe principalement de l'efficacité à une approche orientée vers la promotion et la protection de la santé, ainsi que la prévention des maladies, tout en tenant compte de la qualité de vie et du bien-être et en intégrant l'équité dans toutes les politiques et stratégies.

33. Cela pourrait se traduire par l'édification de systèmes de santé résilients visant à assurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire, dans lesquels chacun et toutes les communautés sont protégés face aux situations d'urgence et jouissent du droit d'accéder aux soins de santé nécessaires de bonne qualité et de bénéficier d'une protection financière. Pour réaliser cette vision, il faut réorienter nos systèmes de santé vers les soins de santé primaires : vers un système dans lequel la multisectorialité et la participation communautaire occupent une place aussi importante que les soins primaires et les

fonctions essentielles de santé publique. La figure 1 présente une théorie du changement pour guider les systèmes de santé régionaux et nationaux dans la réalisation de la vision présentée au début de ce document au cours de la pandémie de COVID-19 et, éventuellement, après celle-ci.

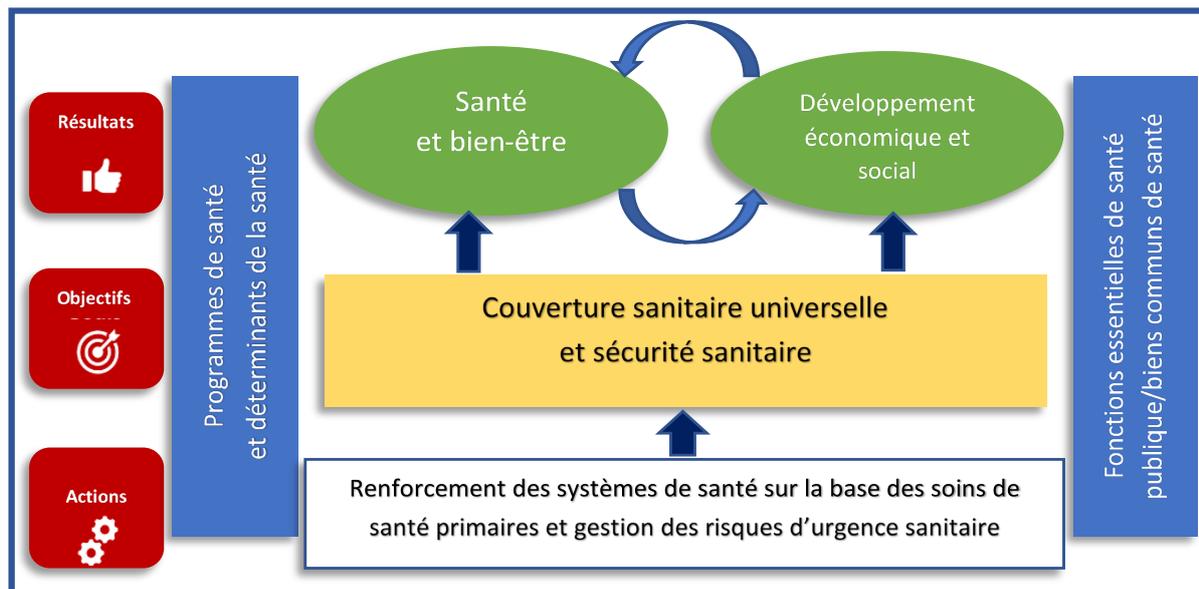


Figure 1 : Mettre en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale : une théorie du changement

Priorités régionales pour la réalisation de la vision du système de santé de la Région à l'ère post-COVID-19

34. En vue de concrétiser la vision susmentionnée, un ensemble de sept priorités régionales complémentaires est proposé (Encadré 3). Les progrès relatifs aux sept priorités doivent être poursuivis en parallèle en remodelant et en investissant dans les composantes du système de santé et les fonctions essentielles de santé publique en évitant les fragmentations actuelles – d'où la priorité régionale n°7. Il ne sera possible de progresser dans la réalisation de ces priorités que si la santé occupe une place plus importante dans les programmes gouvernementaux, y compris dans les budgets nationaux, et si elle est considérée comme faisant partie intégrante des programmes généraux de sécurité nationale.

Encadré 3. Sept priorités régionales pour la mise en place de systèmes de santé résilients afin de faire progresser la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire

- **Priorité régionale n°1 :** Renforcer la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes conformément au *plan d'action pour mettre fin à la pandémie de COVID-19 et prévenir et maîtriser les futures situations d'urgence sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale*.
- **Priorité régionale n°2 :** Optimiser les ministères de la Santé et créer des institutions pour la santé publique.
- **Priorité régionale n°3 :** Établir des modèles de soins axés sur les soins de santé primaires.
- **Priorité régionale n°4 :** Améliorer et renforcer les compétences des personnels de santé pour qu'ils soient adaptés aux besoins et aux pratiques.
- **Priorité régionale n°5 :** Promouvoir l'équité et renforcer la protection financière.
- **Priorité régionale n°6 :** Améliorer l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits sanitaires.
- **Priorité régionale n°7 :** Promouvoir une approche intégrée des politiques, de la planification et des investissements pour renforcer la résilience à long terme des systèmes de santé.

Mise en place de systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire : les « modalités d'action »

35. Afin de faire progresser les sept priorités aux niveaux régional et national, les États Membres doivent investir dans diverses actions prioritaires qui seront soutenues par l'OMS et d'autres partenaires de développement. L'annexe du présent document comprend un ensemble d'actions prioritaires, de prestations de l'OMS et de résultats nationaux, à entreprendre jusqu'en 2030, en vue de la mise en place de systèmes de santé résilients pour faire progresser la CSU et assurer la sécurité sanitaire dans la Région.

36. Les mesures prioritaires proposées visent à résoudre les problèmes identifiés avant la COVID-19, ainsi que ceux mis en évidence par cette dernière, et sont conformes aux recommandations formulées dans divers documents d'orientation de l'OMS. Elles sont également fondées sur les enseignements tirés des expériences réussies de pays de la Région et d'ailleurs. Les mesures prioritaires proposées doivent être adaptées à l'environnement et aux capacités politiques et socio-économiques des pays.

Mettre à profit un système de prestation pour produire un impact au niveau des pays

37. Pour concrétiser la vision susmentionnée et les priorités associées, il faut tirer parti du système mondial de gouvernance de la santé et continuer à collaborer avec les systèmes politiques nationaux afin de placer la santé au centre des préoccupations de la diplomatie mondiale et du développement socio-économique national. La pandémie a montré qu'un leadership responsable et décisif est indispensable (66) dans l'élaboration de « bonnes » stratégies de santé publique et leur application, et que l'adhésion des individus et des communautés aux mesures de santé publique et aux mesures sociales est également essentielle. Au niveau national, un leadership efficace facilite une prise de décisions agile en situation d'urgence, tandis qu'au niveau local, il permet de transposer et de mettre en œuvre ces décisions efficacement. Le renforcement des capacités de leadership à tous les niveaux du système de santé – national et infranational – et à tous les niveaux des parties prenantes – gouvernements, législateurs, points focaux nationaux du RSI, secteur privé, communautés, société civile et milieux universitaires – est primordial pour garantir la mise en œuvre efficace de la vision nationale.

38. Il est essentiel de se rappeler que chaque contexte est unique. La pandémie n'a pas eu le même impact sur la santé dans tous les pays, ces derniers n'ont pas eu la même capacité à mettre en œuvre les interventions d'atténuation recommandées. Par conséquent, les mesures ne peuvent être efficaces, équitables, inclusives et cohérentes que si elles sont adaptées aux contextes individuels. Compte tenu de la variation entre les pays et des différences dans les capacités de base, ainsi que des besoins particuliers des pays en situation de fragilité, de conflit et de vulnérabilité, chaque pays devra mettre en place sa propre approche adaptée pour mettre en œuvre les sept priorités régionales, avec parfois des stratégies infranationales/régionales différentes. La chronologie du processus de réforme sera fondamentale pour assurer son succès. Pour ce faire, l'OMS mettra au point des mécanismes d'inventaire des livraisons aux niveaux régional et national, en tirant parti des inventaires mondiaux existants, afin d'évaluer les lacunes qui subsistent dans la réalisation des cibles mondiales, régionales et nationales ; d'identifier les possibilités d'accélération ; et de rassembler les données, les informations scientifiques et les prestations pour favoriser des processus politiques fondés sur des données factuelles. Parallèlement, une assistance technique sera fournie pour renforcer les capacités nationales afin d'appliquer efficacement les orientations normatives et les modules techniques connexes de l'OMS.

39. En s'appuyant sur des équipes d'exécution agiles dans les pays aux trois niveaux de l'Organisation, l'OMS apportera son soutien aux États Membres de la Région pour obtenir un impact mesurable tout au long de la mise en œuvre de chacune des priorités régionales. Pour ce faire, des bases de comparaison

et des cibles nationales seront définies. L'OMS s'efforcera de suivre les progrès accomplis dans chacune des mesures prioritaires et d'évaluer sa contribution à la réalisation des impacts nationaux correspondants.

Conclusion

40. Les enseignements tirés de la COVID-19 devraient être pris en compte. La prochaine flambée/pandémie majeure ne saurait tarder, compte tenu de la fréquence croissante des flambées de maladies infectieuses émergentes et réémergentes au cours des 20 dernières années – par exemple le SRAS, la grippe H1N1, le MERS-CoV, la maladie à virus Ebola, la maladie à virus Zika, la COVID-19 et la variole du singe. La fréquence et la gravité d'autres situations d'urgence augmentent également, notamment les phénomènes météorologiques violents dus au changement climatique, ainsi que les conflits et les déplacements de populations. Des systèmes de santé solides et complets sont essentiels pour assurer la sécurité sanitaire et la CSU, mais les systèmes étaient majoritairement « en crise » dans le monde entier et nombre d'entre eux étaient « défaillants » bien avant la COVID-19 (8). La pandémie a tiré la sonnette d'alarme en nous montrant que nous ne pourrions développer notre force de réaction qu'en renforçant l'ensemble des systèmes de santé. Il est impossible d'accroître la résilience des systèmes de santé sans leadership politique, financement adéquat et durable, personnels compétents et systèmes opérationnels (par exemple, chaînes d'approvisionnement et systèmes d'information pour la gestion des hôpitaux).

41. Il est évident que l'investissement dans la préparation permet d'obtenir des résultats significatifs. Pour un impact plus efficace et des résultats durables, il faut intégrer le renforcement des systèmes de santé visant à assurer la couverture sanitaire universelle et la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes pour garantir la sécurité sanitaire (67). La mise en place de systèmes de santé résilients basés sur l'approche des soins de santé primaires est le moyen le plus efficace, efficient et durable pour progresser vers les deux objectifs que sont la CSU et la sécurité sanitaire. Les réalités budgétaires nationales et mondiales actuelles exigent que l'intégration des deux objectifs au sein d'un même système de santé national soit également un impératif budgétaire. La réorganisation des systèmes de santé et les investissements dans ces derniers offrent des avantages économiques, sociaux et politiques supplémentaires (68).

42. L'harmonisation et l'intégration par un pays de son plan d'action national pour la sécurité sanitaire et de sa politique, sa stratégie et son plan de santé nationaux – tout en reconnaissant les limites respectives de chacun – constitueraient une stratégie présentant un bon rapport coût-efficacité qui permettrait d'édifier des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire. Le mécanisme d'examen universel de l'état de santé et de préparation, qui a été lancé récemment (69), offre une nouvelle occasion d'investir dans la préparation et la riposte aux situations d'urgence en adoptant une approche fondée sur les systèmes de santé.

43. Enfin, il convient de reconnaître que les États Membres et les partenaires du développement ont déployé des efforts impressionnants pour renforcer les systèmes de santé dans la Région à la suite de l'adoption par le Comité régional de la résolution EM/RC59/R.3 en 2012 (70). Il est à espérer que le document qui est présenté cette année et les discussions qui s'y rapportent produiront la même dynamique pour la mise en place de systèmes de santé résilients afin de faire progresser la couverture sanitaire universelle et d'assurer la sécurité sanitaire, alors que la Région se remet de la pandémie de COVID-19. Nous espérons également que ce document aidera à orienter les efforts régionaux en préparation de la deuxième réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle qui se tiendra à l'Assemblée générale des Nations Unies en septembre 2023.

Actions recommandées pour les États Membres et le Secrétariat

Actions recommandées pour les États Membres

44. Bien qu'il soit nécessaire de réaliser toutes les actions prioritaires, les 10 actions les plus urgentes recommandées aux États Membres sont les suivantes :

- Mettre en place un mécanisme multisectoriel de haut niveau pour superviser le renforcement de la résilience des systèmes de santé, en définissant clairement les rôles et les responsabilités de ses parties prenantes.
- Harmoniser le plan d'action national pour la sécurité sanitaire avec les politiques, les stratégies et les plans nationaux en matière de santé et l'intégrer à ces derniers, ainsi que mobiliser les ressources nationales nécessaires pour leur mise en œuvre effective.
- Optimiser les structures du ministère de la Santé en intégrant ou en séparant les fonctions généralement combinées – par exemple, la réglementation, le financement et la prestation – afin d'améliorer les performances et de garantir la responsabilisation.
- Clarifier et renforcer les dispositions nationales de gestion des urgences, y compris les liens fonctionnels entre les ministères de la Santé et les autorités nationales chargées de la gestion des catastrophes.
- Adapter un ou plusieurs modèle(s) de soins spécifique(s) au contexte pour la prestation efficace d'ensembles de services de santé essentiels prédéfinis et de qualité – y compris au niveau des hôpitaux – en s'appuyant sur l'approche des soins de santé primaires.
- Renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire, en mettant à profit la santé numérique, afin de soutenir l'accès et de suivre les progrès vers la CSU et la sécurité sanitaire.
- Réunir les ministères concernés et les autres parties prenantes pour mener une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé et élaborer des plans stratégiques relatifs aux personnels de santé.
- Organiser des dialogues politiques et sociétaux entre les ministères des Finances, de la Santé, du Développement social et d'autres acteurs pour plaider en faveur de fonds publics plus importants et plus flexibles pour la santé, la protection financière et l'investissement dans les capacités essentielles requises en vertu du RSI en tant que responsabilité nationale.
- Renforcer les autorités nationales de réglementation pour garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits sanitaires.
- Mettre à profit les mécanismes de coordination et de riposte humanitaire dans les pays fragiles, affectés par des conflits et vulnérables et les contextes associés, afin d'élargir la couverture des ensembles de services de santé essentiels, tout en contribuant aux éléments clés du système de santé pour reconstruire de meilleures institutions, en adoptant une approche fondée sur le lien entre l'humanitaire, le développement et la paix.

Actions recommandées pour le Secrétariat

45. L'appui de l'OMS devrait être axé sur les pays et intégré, conformément à l'approche différenciée telle qu'elle est préconisée dans le treizième programme général de travail et dans la *Vision 2023 (12)*, et devrait :

- a) apporter, à tous les États Membres, un soutien intégré pour introduire les sept priorités régionales dans les stratégies nationales de santé et les autres réformes des systèmes de santé en vue de renforcer la résilience ;
- b) fournir, dans les pays à faible revenu et les contextes de fragilité, de conflit et de vulnérabilité, un soutien renforcé comme le recommande le document sur l'augmentation du budget-programme 2022-2023 (WHA 75/6) (71).

46. Pour soutenir la mise en œuvre des diverses actions prioritaires, l'OMS devrait, avec ses partenaires de développement, prendre les mesures suivantes :

- entreprendre une coopération technique avec les États Membres pour adapter les actions prioritaires régionales au contexte national et assurer leur mise en œuvre efficace ;
- mettre à profit l'Alliance régionale pour la santé, le Plan d'action mondial pour l'ODD 3 et ses accélérateurs connexes ainsi que les équipes de pays des Nations Unies pour assurer la mise en œuvre des actions prioritaires identifiées au niveau national ;
- échanger des données d'expérience sur ce qui fonctionne et ne fonctionne pas dans le cadre de la mise en œuvre des différentes actions prioritaires ;
- renforcer les capacités des experts régionaux et nationaux en matière de renforcement des systèmes de santé, de gestion des situations d'urgence sanitaire et des risques liés aux catastrophes pour édifier des systèmes de santé résilients, en progressant vers la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire ;
- aider les États Membres de la Région à suivre les progrès réalisés pour chacune des sept priorités régionales et les mesures prioritaires associées ; et
- faciliter la mobilisation de ressources à l'appui des efforts nationaux afin d'assurer la mise en œuvre efficace des mesures prioritaires et de progresser vers la réalisation du double objectif de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire.

Références

1. Tarricone R, Rognoni C. What can health systems learn from COVID-19? *European Heart Journal Supplements*. 2020 Dec;22:Supplement_P, P4–P8. doi: <https://doi.org/10.1093/eurheartj/suaa185>.
2. Tessema GA, Kinfu Y, Dachew BA, Tesema AG, Assefa Y, Alene KA, et al. The COVID-19 pandemic and healthcare systems in Africa: a scoping review of preparedness, impact and response. *BMJ Glob Health*. 2021;6:e007179. doi:10.1136/bmjgh-2021-007179.
3. El-Jardali, F. Impact of COVID-19 on health systems in the Mediterranean. In: *IEMed. Mediterranean Yearbook 2021*. Barcelona: European Institute of the Mediterranean; 2021: 267–271 (https://www.iemed.org/wp-content/uploads/2021/11/Impact-COVID-19-Health-Systems-Mediterranean_MedYearbook2021.pdf).
4. Lal A, Erondou NA, Heymann DL, Gitahi G, Yates R. Fragmented health systems in COVID-19: rectifying the misalignment between global health security and universal health coverage. *Lancet*. 2021;397:61–67 (<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932228-5>, accessed 25 April 2022).
5. Gopinath G. A longue, Une ascension longue, inégale et incertaine. In: *Blog du FMI*, 2020 (<https://www.imf.org/fr/News/Articles/2020/10/13/blog-a-long-uneven-and-uncertain-ascent>, consulté le 27 avril 2022).
6. Cadre de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé. Genève: Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/348822/9789240019706-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
7. Clarke L, Patouillard E, Mirelman AJ, Ho ZJM, Edejer TT, Kandel N. The costs of improving health emergency preparedness: a systematic review and analysis of multi-country studies. *eClinicalMedicine*. 2022;44:101269. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101269.
8. WHO policy brief: the economic and social impact of COVID-19 in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332818>).

9. COVID-19 economic cost to the Arab region. Beirut: Economic and Social Commission for Western Asia; 2020 (E/ESCWA/CL3.SEP/2020/Policy Brief.1; <https://archive.unescwa.org/sites/www.unescwa.org/files/escwa-covid-19-economic-cost-arab-region-en.pdf>).
10. Renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires. Point 16.2 de l'ordre du jour provisoire de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_17-fr.pdf).
11. Ghebreyesus TA. How could health care be anything other than high quality? *Lancet Glob Health*. 2018;6(11):e1140–e1141. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30394-2.
12. Vision 2023. In : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale [site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2022 (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/vision2023/vision-2023.html>).
13. Meyer D, Bishai D, Ravi SJ, Rashid H, Mahmood SS, Toner E, et al. A checklist to improve health system resilience to infectious disease outbreaks and natural hazards. *BMJ Glob Health*. 2020;5(8). doi:10.1136/bmjgh-2020-002429.
14. Renforcer la résilience du système de santé pour instaurer la couverture sanitaire universelle et la sécurité sanitaire pendant et après la COVID-19 : Exposé de la position de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/346531/WHO-UHL-PHC-SP-2021.01-fre.pdf>).
15. Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS à la 150^e session du Conseil exécutif — 24 janvier 2022. In : Organisation mondiale de la Santé/Directeur général de l'OMS/Discours [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-150th-session-of-the-executive-board-24-january-2022>, consulté le 11 juillet 2022).
16. Résolution EM/RC68/R.2 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale : Accélérer la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire – plan d'action. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2021 (<https://applications.emro.who.int/docs/EMRC68R2-fre.pdf?ua=1>, consultée le 20 juillet 2022).
17. Al-Mandhari A, Marmot M, Ghaffar A, Hajjeh R, Allen J, Khan W; et al. COVID-19 pandemic: a unique opportunity to 'build back fairer' and reduce health inequities in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2021;27(3):217–219 (<http://www.emro.who.int/emhj-volume-27-2021/volume-27-issue-3/covid-19-pandemic-a-unique-opportunity-to-build-back-fairer-and-reduce-health-inequities-in-the-eastern-mediterranean-region.html>).
18. Résolution EM/RC59/R.3 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2012 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Resolutions_2012_3_14699_FR.pdf?ua=1, consultée le 20 juillet 2022).
19. Façonner l'avenir des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale : faire progresser les deux objectifs de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire. Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Soixante-huitième session, Le Caire (Égypte), 11-14 octobre 2021. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2021 (<https://applications.emro.who.int/docs/RC68-SM6-fre.pdf?ua=1>).
20. Renforcer la résilience des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale. Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Soixante-cinquième session, Khartoum (Soudan), 15-18 octobre 2018. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC65_2018_Tech_Meet_20610_FR.pdf?ua=1).

21. Rapport sur la santé dans le monde 2000. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2000 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42282/WHR_2000_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 31 juillet 2022).
22. Van Olmen J, Marchal B, Van Damme W, Kegels G, Hill PS. Health systems frameworks in their political context: framing divergent agendas. *BMC Public Health*. 2012;12:774. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-774>.
23. Objectifs de développement durable [Site Web]. Programme des Nations Unies pour le développement (<https://www.undp.org/fr/sustainable-development-goals>).
24. Déclaration d'Astana. Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-fr.pdf>).
25. Health systems for health security: a framework for developing capacities for international health regulations, and components in health systems and other sectors that work in synergy to meet the demands imposed by health emergencies. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240029682>).
26. Couverture sanitaire universelle. In : Organisation mondiale de la Santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 ([https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))).
27. Couverture sanitaire universelle. In : Organisation mondiale de la Santé/Thèmes de santé [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/fr/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1).
28. Kutzin J, Sparkes SP. Health systems strengthening, universal health coverage, health security and resilience. *Bull World Health Organ*. 2016;94(1):2. doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.15.165050>.
29. Health security. In: World Health Organization/Health topics [website]. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://www.who.int/health-topics/health-security/#tab=tab_1, accessed 24 April 2022).
30. Soins de santé primaires. In : Organisation mondiale de la Santé [Site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care>).
31. Cadre opérationnel pour les soins de santé primaires : de l'ambition à l'action. Genève : Organisation mondiale de la Santé et Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351687>).
32. Glossary of health emergency and disaster risk management terminology. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331716>).
33. Biddle L, Wahedi K, Bozorgmehr K. Health system resilience: a literature review of empirical research. *Health Policy Plan*. 2020;35(8):1084–1109. doi: <https://doi.org/10.1093/heapol/czaa032>.
34. Thomas S, Sagan A, Larkin J, Cylus J, Figueras J, Karanikolos M. Strengthening health systems resilience: key concepts and strategies. Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies; 2020.
35. Barasa EW, Cloete K, Gilson L. From bouncing back, to nurturing emergence: reframing the concept of resilience in health systems strengthening. *Health Policy Plan*. 2017;32(suppl_3):iii91–iii94. doi:10.1093/heapol/czx118.
36. International Health Regulations. In: World Health Organization/Health topics [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/health-topics/international-health-regulations#tab=tab_1).

37. Health systems strengthening for global health security and universal health coverage. FCDO Position Paper. Foreign, Commonwealth & Development Office; 2021 (https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/1039209/Health-Systems-Strengthening-Position-Paper.pdf).
38. Alwan A, Puska P, Siddiqi S. Essential public health functions for countries of the Eastern Mediterranean Region: what are they and what benefits do they offer? *East Mediterr Health J.* 2015;21(12) (<http://www.emro.who.int/emhj-volume-21-2015/volume-21-issue-12/essential-public-health-functions-for-countries-of-the-eastern-mediterranean-region-what-are-they-and-what-benefits-do-they-offer.html>).
39. À propos de l’OMS. In : Bureau régional de l’Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale [site Web]. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale (<http://www.emro.who.int/fr/about-who/public-health-functions/assessment-public-health-functions.html>).
40. 21st century health challenges: can the essential public health functions make a difference? Discussion paper. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240038929>).
41. World Bank country and lending groups. In: World Bank [website]. Washington (DC): World Bank; 2022 (<https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups>, accessed 12 July 2022).
42. Global Humanitarian Overview 2022. United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2021 (<https://reliefweb.int/report/world/global-humanitarian-overview-2022>).
43. Global trends: forced displacement in 2018. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2019 (<https://www.unhcr.org/globaltrends2018/>).
44. Brennan R, Hajjeh R, Al-Mandhari A. Responding to health emergencies in the Eastern Mediterranean region in times of conflict. *Lancet.* 2020;399(10332):E20–E22 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30069-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30069-6/fulltext)).
45. Nabeth P, Hassan M, Adib K, Abubakar A, Brennan R. Addressing the real trajectory of COVID-19 in the Eastern Mediterranean region – Authors’ reply. *Lancet.* 2021;398(10295):116–117 ([https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)01218-6/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)01218-6/fulltext)).
46. Pacte mondial. Partenariat international CSU2030 pour la santé (<https://www.uhc2030.org/fr/notre-action/mieux-travailler-ensemble/>).
47. Salalah declaration on universal health coverage 2018. Ministerial meeting on the road to universal health coverage in the Eastern Mediterranean Region, Salalah, Oman, 3–5 September 2018. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2018 http://www.emro.who.int/images/stories/health-topics/uhc/salalah_uhc_declaration_-_final.pdf?ua=1&ua=1&ua=1 (en anglais). Page Web consacrée à la Déclaration de Salalah (en français) : <http://www.emro.who.int/fr/media/actualites/countries-of-whos-eastern-mediterranean-region-sign-uhc2030-global-compact.html>.
48. World Health Organization, World Bank. Tracking universal health coverage: 2021 global monitoring report (Conference edition). Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240040618>).
49. Eastern Mediterranean Health Observatory. Joint external evaluation of IHR capacity [online database]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2022 (<https://rho.emro.who.int/Indicator/TermID/81>, accessed 31 July 2022).
50. Al-Mandhari A. Coming together in the Region to tackle COVID-19. *East Mediterr Health J.* 2020 Sep 24;26(9):992–993. doi:10.26719/2020.26.9.992.

51. Mataria A, Brennan R, Rashidian A, Hutin Y, Hammerich A, El-Adawy M, et al. 'Health for All by All' during a pandemic: 'Protect Everyone' and 'Keep the Promise' of Universal Health Coverage in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J.* 2020;26(12):1436–1439 (<https://applications.emro.who.int/emhj/v26/12/1020-3397-2020-2612-1436-1439-eng.pdf>).
52. Strengthening health financing systems in the Eastern Mediterranean Region towards universal health coverage: health financing atlas 2018. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311328>).
53. UNICEF Middle East and North Africa Regional Office. The potential impact of health care disruption on child mortality in MENA due to COVID-19. Technical brief. Cairo: UNICEF and WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<https://www.unicef.org/mena/reports/potential-impact-health-care-disruption-child-mortality-mena-due-covid-19>).
54. Rapid assessment of service delivery for NCDs during COVID-19. In: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean/Noncommunicable diseases [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (<http://www.emro.who.int/noncommunicable-diseases/publications/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-covid-19.html>).
55. Pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: interim report, 27 August 2020. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2020.1).
56. Second round of the national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January–March 2021. Interim report, 22 April 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>).
57. Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: November–December 2021: Interim report, 7 February 2022. Geneva: World Health Organization; 2022 (https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS_continuity-survey-2022.1).
58. Health sector in Yemen – policy note. Washington (DC): World Bank; 2021 (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/8aca65c4db5338cd3a408c0d4a147123-0280012021/original/Yemen-Health-Policy-Note-Sep2021.pdf>).
59. Health inequities in the Eastern Mediterranean Region: selected country case studies. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2015 (EMRO Technical Publications Series, no. 40; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204666>).
60. Build back fairer: achieving health equity in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021 (WHO-EM/HEP/080/E; <https://reliefweb.int/report/world/build-back-fairer-achieving-health-equity-eastern-mediterranean-region>).
61. Khudadad U, Safi N, Aftab W, Ali A, Siddiqi S. The COVID-19 pandemic: an opportunity to strengthen health systems in Afghanistan. *East Mediterr Health J.* 2021;27(3):220–223. doi: <https://doi.org/10.26719/emhj.21.007>.
62. Living with COVID-19: Time to get our act together on health emergencies and UHC. Discussion paper. Geneva: UHC2030 International Health Partnership; 2020 (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Health_emergencies_and_UHC/UHC2030_discussion_paper_on_health_emergencies_and_UHC_-_May_2020.pdf) (en anglaise). Page Web consacrée au document de réflexion de la CSU2030 « Vivre avec la COVID-19 : Il est temps de nous organiser face aux urgences sanitaires et à la CSU » (en français): <https://www.uhc2030.org/fr/nouvelles-et-evenements/nouvelles-csu2030/time-to-get-our-act-together-on-health-emergencies-and-uhc-555361/>.
63. Rajan D, Koch K, Rohrer K, Bajnoczki C, Socha A, Voss M, et al. Governance of the Covid-19 response: A call for more inclusive and transparent decision-making. *BMJ Glob Health.* 2020 May 5;5(5). doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2020-002655>.

64. Bourgeault IL, Maier CB, Dieleman M, Ball J, MacKenzie A, Nancarrow S, et al. The COVID-19 pandemic presents an opportunity to develop more sustainable health workforces. *Hum Resour Health*. 2020;18(1):83 (<https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12960-020-00529-0>).
65. Global health and care worker compact: technical guidance compilation. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/publications/m/item/carecompact>).
66. Al-Mandhari AS, Brennan RJ, Abubakar A, Hajjeh R. Tackling COVID-19 in the Eastern Mediterranean Region. *Lancet*. 2020;396(10265):1786–1788. doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32349-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32349-7).
67. Kluge H, Martín-Moreno JM, Emiroglu N, Rodier G, Kelley E, Vujnovic M, et al. Strengthening global health security by embedding the International Health Regulations requirements into national health systems. *BMJ Glob Health*. 2018;3(Suppl 1):e000656. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000656>.
68. Action on health systems, for universal health coverage and health security: a UHC2030 strategic narrative to guide advocacy and action. UHC2030 International Health partnership; n.d. (https://www.uhc2030.org/fileadmin/uploads/uhc2030/Documents/Key_Issues/Advocacy/UHC2030_Health_systems_narrative_actions_paper.pdf).
69. Universal Health and Preparedness Review (UHDR): Member States Information Session [presentation]. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://apps.who.int/gb/COVID-19/pdf_files/2021/25_11/Item2.pdf, accessed 31 July 2022.).
70. Résolution EM/RC59/R.3 du Comité régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2012 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Resolutions_2012_3_14699_FR.pdf?ua=1).
71. Projet de révision du budget programme 2022-2023. Point 12 de l’ordre du jour provisoire de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (A75/6 ; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_6-fr.pdf, consulté le 31 juillet 2022).

Annexe

Priorités régionales, prestations de l'OMS et résultats au niveau des pays pour mettre en place des systèmes de santé résilients afin de faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
Priorité régionale n°1 : Renforcer la gestion des urgences sanitaires et des risques liés aux catastrophes, conformément au plan d'action pour mettre fin à la pandémie de COVID-19 et prévenir et maîtriser les futures situations d'urgence sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale	1.1 Mettre en place un mécanisme multisectoriel de haut niveau pour superviser la (re-)construction/le rétablissement des systèmes de santé après la COVID-19.	<ul style="list-style-type: none"> Orientations régionales sur l'engagement multisectoriel dans le renforcement de la résilience des systèmes de santé en investissant dans toutes les composantes des systèmes de santé et dans les fonctions de gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes et en les mettant à profit. 	<ul style="list-style-type: none"> Structure/mécanisme au niveau du Cabinet pour la supervision de la transformation des systèmes de santé mise en place, en définissant clairement les rôles et les responsabilités pour chaque ministère concerné et pour les autres parties prenantes. Engagement multisectoriel pour le renforcement de la résilience des systèmes de santé amélioré grâce à l'investissement dans toutes les fonctions de gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes et en les mettant à profit.
	1.2 Établir un centre d'opérations d'urgence de santé publique fonctionnel et renforcer les capacités en matière de gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes au sein du ministère de la Santé.	<ul style="list-style-type: none"> Coopération technique pour créer des centres d'opérations d'urgence de santé publique. Assistance technique pour renforcer les capacités en matière de gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes au sein des ministères de la Santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique fonctionnel. Renforcement des capacités en matière de gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes au sein des ministères de la Santé.
	1.3 Aligner/intégrer les plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire (ainsi que d'autres plans de gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes) sur/dans les politiques, stratégies et plans de santé nationaux – y compris au niveau infranational – tout en maintenant une sensibilisation pertinente.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation sur l'intégration de la gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes dans les politiques, stratégies et plans de santé nationaux, prévoyant des liens opérationnels clairs entre le ministère de la Santé et les organismes nationaux responsables de la gestion des catastrophes et des situations d'urgence. Assistance technique pour actualiser et mettre en œuvre régulièrement les plans d'action nationaux de sécurité sanitaire et les autres plans de gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes. Orientations opérationnelles sur une approche par étapes pour renforcer la résilience des hôpitaux au moyen d'une approche tous risques confondus. 	<ul style="list-style-type: none"> Alignement/intégration du plan national d'action pour la sécurité sanitaire dans les politiques, stratégies et plans de santé nationaux. Le plan d'action national pour la sécurité sanitaire est à jour et pleinement mis en œuvre. Les hôpitaux disposent de plans de résilience pour les situations d'urgence conformes aux politiques, stratégies et plans de santé nationaux.
	1.4 Renforcer les capacités de toutes les composantes du système de santé en vue d'assurer la sécurité sanitaire en comblant les lacunes identifiées lors de divers examens – par exemple l'examen universel de l'état de santé et de préparation et le cadre de suivi et d'évaluation du Règlement sanitaire international (RSI) (2005).	<ul style="list-style-type: none"> Feuille de route régionale pour renforcer les systèmes de santé des pays pour la sécurité sanitaire préparée en suivant le cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005). Assistance technique aux États Membres pour réaliser les examens universels de l'état de santé et de préparation. 	<ul style="list-style-type: none"> Analyses des examens universels de l'état de santé et de préparation réalisées et recommandations mises en œuvre. Systèmes de santé pour la sécurité sanitaire renforcés, sur la base du cadre de suivi et d'évaluation du RSI (2005), comprenant notamment un rapport annuel d'auto-évaluation, une évaluation externe conjointe, un examen <i>a posteriori</i> et un exercice de simulation.

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l’OMS jusqu’en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu’en 2030
	1.5 Garantir un financement prévisible et souple pour renforcer les capacités de préparation et de riposte aux situations d'urgence dans le cadre des politiques, stratégies et plans de santé nationaux.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation sur la nécessité de garantir un financement prévisible et souple pour renforcer les capacités de préparation et de riposte aux situations d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> Mise en place d'un financement prévisible et flexible pour renforcer les capacités de préparation et de riposte aux situations d'urgence, et inscription d'une ligne budgétaire dans le budget du ministère de la Santé/du gouvernement.
	1.6 Renforcer la préparation et la mobilisation des communautés pour prévenir et détecter les menaces et les événements sanitaires et y riposter.	<ul style="list-style-type: none"> Concevoir et mettre en œuvre des programmes de renforcement des capacités pour autonomiser les communautés et les organisations de la société civile en vue de la mise en place d'un système de santé résilient. Établir et renforcer les capacités des agents de première ligne formels et informels, y compris les agents de santé et les travailleurs sociaux communautaires, en matière de renforcement des systèmes de santé sur la voie de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Participation des communautés à l'évaluation des besoins et à la prise de décisions concernant les interventions appropriées pour la CSU et la sécurité sanitaire et leur mise en œuvre. Agents de santé et travailleurs sociaux communautaires de première ligne bien formés et mobilisés pour la préparation et la riposte.
	1.7 Mettre en œuvre l'approche du lien entre l'humanitaire, le développement et la paix dans les pays fragiles, affectés par des conflits et vulnérables et les contextes associés.	<ul style="list-style-type: none"> Assistance technique pour rendre opérationnelle l'approche du lien entre l'humanitaire, le développement et la paix pour le renforcement et la rationalisation de l'action humanitaire dans le cadre des efforts de relèvement et de développement afin de mieux reconstruire. Coopération technique pour élaborer et mettre en œuvre des plans de relèvement des systèmes de santé après la COVID-19. 	<ul style="list-style-type: none"> Les interventions humanitaires et les efforts de développement ont été rationalisés, en tirant parti d'une approche basée sur le lien entre l'humanitaire, le développement et la paix dans les situations d'urgence prolongées.
Priorité régionale n°2 : Optimiser les ministères de la Santé et créer des institutions pour la santé publique	2.1 Réorganiser le ministère de la Santé pour intégrer/séparer les fonctions généralement combinées concernant la réglementation, le financement et la prestation de services, afin d'améliorer la performance et la responsabilisation.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation sur la réorganisation/refondation des ministères de la Santé pour améliorer la performance et la responsabilisation. Assistance technique pour cartographier et évaluer la mise en œuvre des fonctions essentielles de santé publique. Coopération technique pour renforcer les fonctions essentielles de santé publique afin d'améliorer la résilience des systèmes de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Les institutions du ministère de la Santé ont été réformées/transformées pour répondre aux besoins du XXI^e siècle. Renforcement des capacités en matière de fonctions essentielles de santé publique qui constituent une base pour le relèvement du système de santé.
	2.2 Mettre en place une plateforme multisectorielle de gouvernance collaborative, afin de rassembler toutes les parties prenantes du secteur de la santé et des secteurs connexes.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation sur la création de plateformes multisectorielles de gouvernance collaborative. Rapport analytique sur les plateformes multisectorielles de gouvernance collaborative existantes dans la Région (par exemple la Haute autorité de santé, le Conseil national/supérieur de la santé, le Conseil suprême de la santé). Renforcer les capacités régionales/nationales en matière de leadership et de gouvernance, y compris auprès des parties prenantes concernées. 	<ul style="list-style-type: none"> Les rôles/responsabilités des parties prenantes du secteur de la santé et des secteurs connexes – entités publiques (finances, économie, développement social, environnement), organisations de la société civile, parlementaires, etc. – sont bien définis. Plateforme multisectorielle – par ex. haute autorité de santé, conseil national/supérieur de la santé, Conseil suprême de la santé – mise en place. Institutions nationales/infranationales opérationnelle – par ex. autorités chargées des achats ou organismes nationaux d'assurance maladie, organisations de prestataires, agences régionales de santé, agence pharmaceutique nationale.

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
	2.3 Clarifier et renforcer les dispositions nationales en matière de gestion des urgences, en assurant des liens fonctionnels entre le ministère de la Santé et les institutions gouvernementales responsables de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence, par exemple les autorités nationales en charge de la gestion des catastrophes.	<ul style="list-style-type: none"> Coopération technique pour développer/réviser les rôles et les responsabilités, c'est-à-dire les mandats des groupes de travail sur la santé/du ministère de la Santé dans le cadre de la structure nationale de gestion des urgences. 	<ul style="list-style-type: none"> Le mandat des groupes de travail sur la santé/du ministère de la Santé au titre de la structure nationale de gestion des situations d'urgence a été révisé/élaboré et approuvé.
	2.4 Mettre en place des mécanismes appropriés pour institutionnaliser une culture de participation et de transparence dans la prise de décision.	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer des orientations nationales et une liste d'indicateurs pour institutionnaliser et suivre les progrès de la « gouvernance participative » dans la prise de décisions sanitaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Mécanismes et structures de gouvernance participative – par exemple, <i>dialogue sociétal</i>, assemblée populaire de la santé, <i>états généraux</i> – mis en place ou institutionnalisés.
	2.5 Renforcer les capacités institutionnelles et individuelles en matière de recherche opérationnelle et sur la mise en œuvre, afin de favoriser l'émergence d'un « système d'apprentissage en matière de santé » sur la voie de la CSU et de la sécurité sanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> Élaborer un programme de recherche régional sur les systèmes de santé en vue de la CSU et de la sécurité sanitaire. Soutenir la création de centres collaborateurs de l'OMS pour la CSU et la sécurité sanitaire. 	<ul style="list-style-type: none"> Programme national de recherche sur le renforcement des systèmes de santé pour la CSU et la sécurité sanitaire mis au point. Centres/programmes de recherche sur la CSU et la sécurité sanitaire mis en place. Masse critique de chercheurs constituée à l'appui du programme national de recherche sur les systèmes de santé en vue de la CSU et de la sécurité sanitaire.
	2.6 Mettre à profit, dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables ou les contextes associés, les mécanismes de coordination et de riposte humanitaire (par exemple, le groupe sectoriel pour la santé, l'équipe de pays pour l'action humanitaire) afin d'élargir progressivement la couverture d'un service de santé essentiel, de soutenir et de maintenir les éléments clés du système de santé (par exemple, les personnels de santé, la chaîne d'approvisionnement, le système d'information sanitaire, les équipes de santé de district) et reconstruire de meilleures institutions.	<ul style="list-style-type: none"> Guide régional et plan opérationnel pour le renforcement/la rationalisation de l'action humanitaire en vue d'une meilleure reconstruction. Plan d'appui aux pays pour le développement et la mise en œuvre du relèvement des systèmes de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> L'action humanitaire a été rationalisée et comprend une approche favorisant un meilleur relèvement et le lien entre l'humanitaire, le développement et la paix dans les situations d'urgence prolongées.
Priorité régionale n°3 : Mettre en place des modèles de soins axés sur les soins de santé primaires	3.1 Définir un ensemble de prestations prioritaires spécifique au contexte/un ensemble de services de santé essentiels pour la CSU.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation régionale sur l'élaboration, le calcul des coûts et la mise en œuvre de l'ensemble de prestations prioritaires spécifique au contexte/de l'ensemble de services de santé essentiels pour la CSU. 	<ul style="list-style-type: none"> Ensemble de prestations prioritaires spécifique au contexte/ensemble de services de santé essentiels pour la CSU mis au point et mis en œuvre.
	3.2 Adapter le modèle de prestation de services afin de garantir une prestation efficace de l'ensemble de prestations prioritaires spécifique au contexte/de l'ensemble de services de santé essentiels pour la CSU.	<ul style="list-style-type: none"> Document stratégique sur la définition de modèles de soins axés sur les soins de santé primaires dans la Région. 	<ul style="list-style-type: none"> Refonte du modèle national/infranational de soins de santé primaires.

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
	3.3 Renforcer les hôpitaux dans le cadre de l'approche des soins de santé primaires (SSP), afin d'assurer des services de santé intégrés centrés sur la personne ; améliorer la préparation des hôpitaux aux situations d'urgence pour faire face aux futures situations d'urgence et autres défis de santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation sur l'élaboration et la mise en œuvre d'une stratégie nationale pour le secteur hospitalier en vue d'assurer la résilience des hôpitaux et du secteur hospitalier, conformément au cadre d'action régional. Coopération technique pour élaborer et mettre en œuvre un plan stratégique national pour les hôpitaux conformément au cadre d'action régional pour le secteur hospitalier. Renforcement des capacités des directeurs d'hôpitaux en utilisant les programmes de l'OMS pour le renforcement des capacités. 	<ul style="list-style-type: none"> Plan stratégique national du secteur hospitalier préparé et mis en œuvre. Capacités des directeurs d'hôpitaux renforcées. Hôpitaux sûrs dans les situations d'urgence et capables de fournir des services de santé pour répondre à l'augmentation de la demande dans ces situations.
	3.4 Investir dans l'amélioration continue de la qualité.	<ul style="list-style-type: none"> Feuille de route régionale sur l'amélioration continue de la qualité pour promouvoir l'adoption de politiques et de programmes fondés sur des données factuelles dans le but d'institutionnaliser les mesures relatives à la qualité des soins et à la sécurité des patients, ainsi que les pratiques de lutte anti-infectieuse. 	<ul style="list-style-type: none"> Intégration de la qualité des soins et de la sécurité des patients dans des modèles de soins axés sur les SSP, avec une vision ayant pour objectif l'amélioration continue de la qualité.
	3.5 Renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire pour suivre les progrès réalisés sur la voie de la CSU et de la sécurité sanitaire.	<ul style="list-style-type: none"> Coopération technique pour renforcer le système d'information sanitaire, y compris la cybersanté. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement du système d'information sanitaire national, y compris au niveau des établissements.
	3.6 Intégrer les programmes de santé – par exemple, les maladies transmissibles et non transmissibles, la santé mentale, la santé reproductive, la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent – dans les SSP.	<ul style="list-style-type: none"> Coopération technique pour intégrer les programmes de santé dans les SSP, en tirant profit de la définition de l'ensemble de prestations prioritaires spécifique au contexte/de l'ensemble de services de santé essentiels pour la CSU et de l'élaboration du modèle de soins basé sur les SSP. 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de santé intégrés aux soins de santé primaires.
	3.7. Établir des liens solides entre les services de santé communautaires et les services en établissement, avec des systèmes efficaces pour la supervision, la surveillance et l'orientation-recours.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation sur le renforcement des liens entre les services de santé communautaires et les services en établissement. Coopération technique pour renforcer les liens entre les services de santé communautaires et les services en établissement. 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes de santé intégrés aux soins de santé primaires.
Priorité régionale n°4 : Améliorer et renforcer les compétences des personnels de santé pour qu'ils soient adaptés aux besoins et aux pratiques	4.1 Réunir les ministères concernés et les autres parties prenantes pour mener une analyse du marché du travail dans le secteur de la santé et engager un dialogue politique inclusif pour élaborer des plans stratégiques relatifs aux personnels de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter des dialogues politiques multisectoriels et multipartites fondés sur des bases factuelles en ce qui concerne les politiques et stratégies relatives aux personnels de santé. Coopération technique pour identifier les stratégies appropriées afin de relever les défis liés aux personnels de santé et élaborer des plans stratégiques en matière de personnels de santé. Renforcer les capacités en matière de gouvernance des personnels de santé, d'analyse et de planification du marché du travail dans le secteur de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Plans stratégiques pour fournir une vision stratégique pour les personnels de santé élaborés.

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
	4.2 Assurer un financement suffisant pour investir dans les capacités de production et d'emploi des personnels et des auxiliaires de santé ; et renforcer la gouvernance et la réglementation des personnels de santé en matière d'éducation et de pratique fondées sur les compétences.	<ul style="list-style-type: none"> • Coopération technique pour identifier les besoins d'investissement et élaborer des argumentaires d'investissement. • Coopération technique pour le renforcement de la réglementation des personnels de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les capacités en matière d'éducation et d'emploi sont adéquates et équilibrées. • Les opportunités d'emploi pour les agents de santé ont augmenté.
	4.3 Fournir un environnement professionnel propice, avec des conditions de travail adéquates et une rémunération appropriée, des incitations, des systèmes de soutien et des stratégies de fidélisation fondées sur le contexte pour assurer la prestation de services et améliorer la performance des agents de santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Coopération technique pour identifier et mettre en œuvre des stratégies adéquates pour l'emploi et la fidélisation. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'équilibre dans la répartition des agents de santé s'est amélioré.
	4.4 Protéger et préserver la santé et le bien-être des personnels et des auxiliaires de santé et veiller à ce que tous les employeurs soient informés de leurs responsabilités juridiques et politiques concernant les risques pour la santé et la sécurité dans leur environnement de travail.	<ul style="list-style-type: none"> • Préconiser et promouvoir l'assurance de mesures adéquates pour protéger et préserver la santé et le bien-être des personnels et des auxiliaires de santé. • Renforcement des capacités des agents de santé en ce qui concerne leurs responsabilités juridiques et politiques. • Élaborer des supports de communication associés. 	<ul style="list-style-type: none"> • Risques professionnels et morbidité et mortalité réduits.
	4.5 Produire des données et des bases factuelles améliorées sur les personnels de santé, notamment en créant ou en renforçant les observatoires nationaux des personnels de santé et les comptes nationaux des personnels de santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Produire des informations et des données factuelles régionales pour orienter les stratégies relatives aux personnels de santé. • Mettre en place des mécanismes permettant d'améliorer le suivi des personnels de santé dans la Région. 	<ul style="list-style-type: none"> • Observatoires des personnels de santé mis en place. • Le nombre/la qualité des indicateurs relatifs aux personnels de santé notifiés augmente progressivement.
	4.6 Comparer les fonctions, sous-fonctions et tâches dans la prestation des fonctions essentielles de santé publique, cartographier l'ensemble des personnels impliqués et procéder à des analyses des lacunes en matière de compétences afin d'éclairer le développement et le renforcement des personnels, en mettant l'accent sur les capacités de santé publique et les compétences en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence.	<ul style="list-style-type: none"> • Identifier les compétences requises pour fournir des fonctions essentielles de santé publique. • Renforcer les capacités de mobilisation pour riposter aux situations d'urgence et élaborer des politiques/plans pour une mise en œuvre rapide desdites capacités pendant les situations d'urgence. • Orientations sur l'intégration de la gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes dans les programmes d'études des établissements de formation des professionnels de la santé. • Renforcement des capacités du corps enseignant en matière d'introduction de la gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes dans les programmes d'études. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les personnels de santé sont renforcés et ont des compétences pour fournir des fonctions essentielles de santé publique. • Mobilisation fiable de personnels qualifiés en renfort pour faire face aux situations d'urgence. • Gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes intégrés dans les programmes universitaires de premier et de deuxième cycles destinés à tous les cadres de professionnels de la santé.

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
Priorité régionale n°5 : Promouvoir l'équité et améliorer la protection financière	5.1 Organiser des dialogues politiques et sociétaux entre les ministères des Finances, de la Santé, du Développement social et les entités gouvernementales et non gouvernementales concernées – y compris le parlement et les médias – pour plaider en faveur de fonds publics plus importants et plus flexibles pour la santé, y compris pour investir dans les capacités essentielles requises en vertu du RSI et des fonctions essentielles de santé publique en tant que responsabilité nationale.	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'une plateforme régionale pour les ministères de la Santé, des Finances, de l'Économie, de la Planification et du Développement social afin de délibérer sur le financement de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale, en partenariat avec la Banque mondiale et les banques de développement islamique/africaine/asiatique, en lien avec l'Alliance régionale pour la santé. • Cinq dialogues politiques nationaux sur le financement de la santé organisés avec les ministères de la Santé, des Finances et d'autres ministères et parties prenantes concernés (par exemple le parlement, les médias). 	<ul style="list-style-type: none"> • Réduction de 10 % du nombre de personnes confrontées à des difficultés financières dans la Région. • L'allocation au secteur de la santé à partir du budget public a augmenté dans cinq États Membres. • Augmentation du budget dédié et des dépenses flexibles pour la gestion des situations d'urgence et des risques liés aux catastrophes dans 10 États Membres. • Les difficultés financières, telles que mesurées par l'ODD 3.8.2, ont été réduites dans cinq États Membres.
	5.2 Présenter aux ministères des Finances un argumentaire économique et commercial en faveur de l'investissement dans les fonctions essentielles de santé publique et les plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire dans le cadre des politiques, stratégies et plans de santé nationaux.	<ul style="list-style-type: none"> • Coopération technique avec cinq États Membres pour élaborer des argumentaires économiques et commerciaux en faveur de l'investissement dans les politiques, stratégies et plans de santé nationaux pour la sécurité sanitaire, les fonctions essentielles de santé publique ou d'autres priorités spécifiques de santé publique (par exemple, les maladies non transmissibles, le tabac), tout en évitant les doubles emplois. • Promotion d'instruments budgétaires pertinents qui permettent d'améliorer l'impact macroéconomique sur la santé (tels que les taxes sanitaires, l'investissement en faveur de la santé dans les plans de relance budgétaire et l'inclusion de la santé dans les plans d'allègement de la dette). • Argumentaires économiques régionaux en faveur de l'investissement dans la santé, les systèmes de santé, les fonctions essentielles de santé publique et autres biens communs pour la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Arguments économiques en faveur de l'investissement dans la santé, dans son ensemble ou en rapport avec une priorité de santé publique spécifique, élaborés et présentés dans le cadre du dialogue politique national avec le Parlement. • Budget suffisant consacré aux fonctions essentielles de santé publique/biens communs pour la santé distribué, exécuté et coordonné en temps opportun dans tous les ministères et niveaux de gouvernement concernés. • Capacités nationales en matière d'analyse en termes d'économie de la santé renforcées dans trois États Membres.
	5.3 Élaborer et mettre en œuvre des politiques et des stratégies équitables en matière de financement de la santé en vue d'accroître les fonds publics alloués à la santé, le prépaiement, la mise en commun et l'amélioration de l'efficacité.	<ul style="list-style-type: none"> • Établissement continu d'une cartographie des systèmes de financement de la santé dans la Région, dans le cadre de l'Atlas du financement de la santé de la Région de la Méditerranée orientale. • Assistance technique pour l'élaboration de politiques/stratégies de financement de la santé, sur la base de la CSU et des objectifs de sécurité sanitaire. • Coopération technique pour mettre en œuvre des réformes du financement de la santé dans cinq États Membres. 	<ul style="list-style-type: none"> • De nouvelles politiques ou stratégies de financement de la santé ont été élaborées et approuvées dans cinq États Membres. • Organismes chargés des achats (tels que les organismes d'assurance maladie de la sécurité sociale) créés ou renforcés dans cinq États Membres. • Passage des achats passifs aux achats stratégiques dans cinq États Membres.
	5.4 Enchaîner correctement l'élargissement de la couverture et défendre l'attribution d'une place prioritaire aux plus pauvres et aux personnes	<ul style="list-style-type: none"> • Coopération technique pour élaborer des feuilles de route pour la CSU conformément à la Déclaration de Salalah et aux documents d'orientation régionaux. 	<ul style="list-style-type: none"> • Feuilles de route sur la couverture sanitaire universelle élaborées dans cinq États Membres.

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
	vulnérables, en poursuivant la mise en œuvre de la Déclaration de Salalah sur la voie de la CSU dans la Région de la Méditerranée orientale.	<ul style="list-style-type: none"> Assistance technique pour définir les prestations/droits pour l'ensemble de la population avec des dispositions pour les groupes les plus pauvres/vulnérables. 	<ul style="list-style-type: none"> Ensembles de prestations définis dans cinq États Membres à l'aide de l'ensemble de prestations prioritaires régional pour la CSU, du recueil des prestations de la CSU et d'autres données factuelles.
	5.5 Élaborer des politiques pour réduire les obstacles financiers lors des situations d'urgence sanitaire de grande ampleur, notamment par le financement préalable des établissements de santé pour faire face à l'augmentation des dépenses visant à renforcer la capacité de traitement des épidémies, et renoncer aux frais directs.	<ul style="list-style-type: none"> Orientations techniques sur les modalités de financement de la santé dans les situations d'urgence aiguës et chroniques. 	<ul style="list-style-type: none"> Systèmes mis en place pour obtenir un financement suffisant de la santé à partir de fonds provenant du secteur public pendant une situation d'urgence, notamment en s'appuyant sur les règles en vigueur en matière de gestion des finances publiques.
	5.6 Produire et analyser systématiquement des informations sur les dépenses de santé (à l'aide du Système de comptes de la santé 2011), la protection financière et l'équité, et la mise en œuvre des politiques de financement de la santé (en utilisant par exemple les matrices de progrès en matière de financement de la santé) ; utiliser ces informations pour suivre les progrès vers la CSU et la sécurité sanitaire et améliorer les capacités institutionnelles pour une prise de décision transparente en matière de définition des priorités et d'allocation des ressources.	<ul style="list-style-type: none"> Coopération technique pour institutionnaliser la comptabilité de la santé dans cinq États Membres. Renforcement des capacités en matière de suivi des ressources, y compris le suivi des maladies et des programmes spécifiques. Assistance technique pour mesurer la protection financière dans le contexte de la couverture sanitaire universelle et de la sécurité sanitaire. Documents d'orientation sur le suivi des dépenses de santé spécifiques et l'analyse de la protection financière, y compris pour la sécurité sanitaire, les soins de santé primaires et la promotion de la santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Comptabilité de la santé pour la production régulière de données sur les dépenses de santé institutionnalisées dans cinq États Membres. Dialogue politique sur les réformes de la protection financière organisé dans cinq États Membres et mis à profit pour transformer les dispositifs de mise en commun des ressources existants. Institutions ou dispositifs pour la définition des priorités dans le secteur de la santé mis en place, par exemple en créant des agences sous-régionales/nationales d'évaluation des technologies de la santé.
Priorité régionale n°6 : Améliorer l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits sanitaires	6.1 Renforcer les autorités nationales de réglementation pour garantir la qualité, l'innocuité et l'efficacité des produits sanitaires (médicaments, vaccins, produits sanguins, dispositifs médicaux et produits de diagnostic).	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités et assistance technique pour consolider les capacités de réglementation des médicaments, des vaccins, des produits sanguins et des dispositifs médicaux. Aider les autorités nationales de réglementation à comparer les systèmes de réglementation afin de garantir une surveillance appropriée de la sécurité, de la qualité et de l'efficacité des médicaments et autres technologies sanitaires. Faciliter la collaboration régionale ainsi que la convergence et l'harmonisation réglementaires. 	<ul style="list-style-type: none"> Systèmes nationaux de réglementation des médicaments, des vaccins, des produits sanguins, des dispositifs médicaux et des produits diagnostiques renforcés. Autoévaluation comparative des autorités nationales de réglementation réalisée dans 13 États Membres. Réseau régional établi pour favoriser la collaboration et le partage des tâches, échanger des informations sur les activités de réglementation et harmoniser ces dernières. Six autorités nationales de réglementation ont atteint le niveau de maturité 3 pour les médicaments et les vaccins, et deux laboratoires nationaux de contrôle des médicaments ont été préqualifiés.
	6.2 Promouvoir le transfert de technologie (y compris par l'intermédiaire du Groupement d'accès aux technologies contre la COVID-19) et la production locale ;	<ul style="list-style-type: none"> Soutenir les États Membres pour améliorer leurs capacités en matière de recherche, de développement et de production de médicaments et de vaccins de qualité présentant une priorité élevée pour la Région. 	<ul style="list-style-type: none"> Renforcement des capacités de recherche-développement de médicaments et de produits sanitaire afin d'améliorer l'accès à ces produits.

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
Priorité régionale n°7 : Promouvoir une approche intégrée des politiques, de la planification et des investissements pour renforcer la résilience à long terme des systèmes de santé	renforcer la recherche-développement de médicaments, de vaccins et d'autres produits sanitaires de qualité qui répondent aux besoins de santé publique.	<ul style="list-style-type: none"> Aider les États Membres à promouvoir le transfert de technologie selon des modalités volontaires et mutuellement convenues. Faciliter la collaboration et l'échange d'informations et d'expériences entre les États Membres dans le domaine de la production locale. 	<ul style="list-style-type: none"> Transfert de technologie et production de médicaments, de vaccins et de technologies sanitaires encouragés. Technologie de l'ARN messenger mise en œuvre avec succès dans deux États Membres. Deux laboratoires de contrôle de la qualité de la fabrication de médicaments et un vaccin sont préqualifiés.
	6.3 Réorganiser les systèmes actuels de chaîne d'approvisionnement aux niveaux régional et national en mettant au point des mécanismes complets pour garantir la disponibilité en temps voulu de médicaments, de vaccins et d'autres produits sanitaires de qualité garantie, ainsi que des stocks d'urgence intégrés liés à des plans d'urgence spécifiques à certains risques qui permettent une augmentation rapide et ciblée des stocks lorsque cela est nécessaire.	<ul style="list-style-type: none"> Réaliser des évaluations approfondies des systèmes nationaux de gestion de la chaîne d'approvisionnement médicale. Soutenir les États Membres pour le renforcement des capacités en matière de gestion de la chaîne d'approvisionnement et d'achat de médicaments, de vaccins et de produits sanitaires. Aider les pays à mettre en œuvre le processus d'évaluation des technologies de la santé. Aider les États Membres à effectuer des achats groupés régionaux d'une sélection de médicaments et de vaccins. 	<ul style="list-style-type: none"> Systèmes de gestion des approvisionnements évalués. Des politiques et stratégies nationales sur le système d'achat et des lignes directrices sur les bonnes pratiques en matière d'achat, de distribution et de stockage sont élaborées et mises en œuvre pour garantir un flux régulier de médicaments et de produits de santé essentiels de qualité. Processus d'évaluation des technologies de la santé mis en œuvre dans quatre États Membres. Processus régional d'achat groupé d'une sélection de médicaments et de vaccins mis en œuvre.
	7.1 Organiser des dialogues politiques entre les principales parties prenantes en faveur de la CSU et de la sécurité sanitaire afin de promouvoir et de susciter un consensus sur l'harmonisation entre le secteur de la santé et la sécurité sanitaire, ainsi que sur la planification spécifique aux maladies/dangers/populations en vue d'une utilisation plus efficace et efficiente des ressources disponibles pour assurer une résilience durable des systèmes de santé.	<ul style="list-style-type: none"> Faciliter les dialogues politiques entre les ministères de la Santé et les autres ministres concernés ainsi que les principales parties prenantes dans les États Membres en faveur de la CSU et de la sécurité sanitaire, afin de promouvoir et de susciter un consensus visant à assurer l'harmonisation entre le secteur de la santé et la sécurité sanitaire. L'Alliance régionale pour la santé est mise à profit pour faciliter le dialogue politique entre les gouvernements et les partenaires de la santé sur l'harmonisation entre le secteur de la santé et la sécurité sanitaire, et la planification spécifique aux maladies/dangers/populations en vue d'une utilisation plus efficace et efficiente des ressources disponibles pour assurer une résilience durable des systèmes de santé. 	<ul style="list-style-type: none"> Dialogue politique régulier et dynamique établi entre les ministères de la Santé et les autres ministères concernés ainsi que les parties prenantes clés en faveur de la CSU et de la sécurité sanitaire, afin de promouvoir et de susciter un consensus sur l'harmonisation entre le secteur de la santé et la sécurité sanitaire. Mise en place d'un comité/d'une plateforme/d'une équipe national(e) multisectoriel(le) lié(e) à l'approche « Une seule santé » comprenant des membres gouvernementaux et non gouvernementaux et doté(e) de mandats clairs.
7.2 Réaliser une cartographie conjointe des ressources et des capacités du secteur de la santé, y compris celles qui dépendent de collaborations multisectorielles, afin de déterminer le niveau de référence actuel et d'orienter la planification et les actions intégrées qui permettent de combler les lacunes identifiées en matière de satisfaction des besoins de santé de la population et des priorités nationales.	<ul style="list-style-type: none"> Note d'orientation sur la cartographie conjointe des ressources et des capacités du secteur de la santé, y compris celles qui dépendent de collaborations multisectorielles. Entreprendre une évaluation multisectorielle conjointe des risques zoonotiques, des capacités de lutte contre les zoonoses et des lacunes dans ce domaine. 	<ul style="list-style-type: none"> Une cartographie conjointe des ressources et des capacités du secteur de la santé est régulièrement réalisée, y compris celles qui dépendent de collaborations multisectorielles ; et un indicateur clair est intégré dans le système d'information sanitaire national. Risques zoonotiques prioritaires identifiés et capacités des systèmes documentées pour guider la planification. 	

Priorités régionales	Mesures prioritaires	Principales prestations de l'OMS jusqu'en 2030	Résultats au niveau des pays jusqu'en 2030
	<p>7.3 Identifier et mandater les principales parties prenantes au sein des secteurs de la santé et des secteurs connexes, et entre eux, afin qu'elles puissent participer activement à la planification conjointe, y compris aux aspects de budgétisation, de suivi et d'évaluation, ainsi qu'à la mise en œuvre d'actions conjointes assorties d'une responsabilité partagée en vue d'atteindre les objectifs interdépendants de la CSU et de la sécurité sanitaire.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Des plans d'appui aux pays qui permettent d'identifier et de mandater les principales parties prenantes au sein des secteurs de la santé et des secteurs connexes, et entre eux, afin qu'elles puissent participer activement à la planification conjointe, y compris aux aspects de budgétisation, de suivi et d'évaluation. • Contribuer à l'élaboration et à l'expérimentation de nouveaux outils, documents d'orientation et matériels de formation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse régulière menée pour identifier et mandater les principales parties prenantes au sein des secteurs de la santé et des secteurs connexes, et entre eux, pour participer activement à la planification conjointe, y compris aux aspects de budgétisation, de suivi et d'évaluation.