



La pandémie de COVID-19 dans la Région de la Méditerranée orientale

Introduction

1. La pandémie de COVID-19 pose des défis spécifiques dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, qui abrite près de 700 millions de personnes dans 22 pays très divers sur le plan socio-économique et géopolitique. Onze de ces pays sont actuellement touchés directement ou indirectement par des situations d'urgence humanitaire complexes, et plus de 40 % de toutes les personnes ayant besoin d'une aide humanitaire dans le monde vivent dans la Région. Les pays en proie à des crises humanitaires disposent de systèmes de santé fragiles, dotés de capacités insuffisantes pour la surveillance de la maladie, la préparation et la riposte, ce qui accroît leur vulnérabilité à l'émergence et à la transmission rapide d'un nouvel agent pathogène. La Région est également le foyer d'environ un tiers des personnes déplacées internes dans le monde, tandis que plus de 43 millions de personnes déplacées dans la Région ont un accès limité aux services de base, notamment la santé, l'éducation, l'assainissement et l'eau de boisson. Ces dernières années, la Région a connu d'importantes flambées de maladies infectieuses émergentes et réémergentes, notamment le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS), la grippe aviaire (H7N9 et H5N1), le choléra, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, la dengue, la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre typhoïde multirésistante et la fièvre à virus West Nile.

2. Pour atteindre les objectifs de la vision de l'OMS pour la Région, *Vision 2023*,¹ et du Programme de développement durable à l'horizon 2030, il est indispensable de disposer de capacités de préparation et de riposte efficaces pour prévenir et atténuer l'impact des urgences de santé publique et de systèmes de santé résilients permettant de maintenir les services de santé essentiels. Le Treizième Programme général de travail de l'OMS propose une feuille de route pour faire progresser la couverture sanitaire universelle (CSU) et améliorer la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire. En reconnaissance des menaces que représentent les maladies infectieuses émergentes pour la santé publique, ainsi que de leur impact économique et social, les pays de la Région ont investi dans l'amélioration de leurs capacités nationales de préparation et de riposte, conformément au Règlement sanitaire international (2005).

3. Le présent document fournit un aperçu de l'évolution et de la situation actuelle de la pandémie de COVID-19 dans la Région et des activités de riposte associées, y compris les orientations complètes et les activités de soutien de l'OMS au cours des six premiers mois de la pandémie. Il aborde à la fois l'impact direct de la COVID-19 sur la morbidité et la mortalité et les répercussions plus larges de la pandémie sur les services de santé essentiels. Alors que certains pays ont connu des baisses intermittentes ou une stabilisation du nombre de cas ces dernières semaines, de nouvelles flambées et résurgences persistent.

Analyse de la situation

4. Le 31 décembre 2019, conformément au RSI (2005), l'OMS a été alertée de plusieurs cas de pneumonie d'origine inconnue dans la ville de Wuhan. Une semaine plus tard, le 7 janvier 2020, les autorités chinoises ont identifié un nouveau coronavirus comme étant la cause de la maladie, désormais appelée « maladie à coronavirus 2019 ». (COVID-19). Le virus a ensuite été appelé « coronavirus du syndrome respiratoire aigu sévère 2 » (SARS-CoV-2). Bien que les investigations soient toujours en cours, toutes les données disponibles suggèrent que ce nouveau coronavirus est d'origine zoonotique, bien que l'hôte animal intermédiaire ou la source zoonotique n'ait pas encore été identifié(e).

¹ Vision 2023 : Région de la Méditerranée orientale : la Santé pour tous et par tous. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RD_Vision_2018_20676_fR.pdf?ua=1, consulté le 15 septembre 2020).

5. Le 30 janvier 2020, le Directeur général de l'OMS a déclaré que la flambée de COVID-19 constituait une urgence de santé publique de portée internationale à l'issue d'une deuxième réunion du Comité d'urgence du RSI (2005). Le 11 mars, la COVID-19 a été qualifiée de pandémie par le Directeur général de l'OMS, qui a ensuite convoqué une troisième réunion du Comité d'urgence, qui a formulé ses recommandations temporaires actualisées. Le 31 juillet, le Comité d'urgence a tenu sa quatrième réunion et a convenu à l'unanimité que la COVID-19 constituait toujours une urgence de santé publique de portée internationale. Par la suite, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté sept résolutions et 13 décisions concernant la pandémie de COVID-19.

6. Le 29 janvier 2020, les Émirats arabes unis ont signalé les premiers cas de COVID-19 dans la Région et ont déterminé qu'ils étaient liés aux voyages. Le premier cas confirmé en Égypte est ensuite apparu le 14 février. La République islamique d'Iran a déclaré ses deux premiers cas à Qom le 19 février. Le Liban a ensuite notifié son premier cas confirmé deux jours plus tard, le 21 février ; il a été identifié comme étant un voyageur en provenance de Qom. L'Afghanistan, Bahreïn, l'Iraq, le Koweït et Oman ont notifié leurs premiers cas le 24 février. Tous étaient également liés à des voyages internationaux. Par la suite, de nombreux pays de la Région ont commencé à mettre en œuvre des contrôles aux frontières ou des fermetures strictes de celles-ci afin d'atténuer le risque de transmission liée aux voyages. La situation épidémiologique dans presque tous les pays touchés a rapidement évolué, passant de groupes de cas à une transmission communautaire. Au 31 août 2020, les 22 pays de la Région africaine notifiaient tous des cas de COVID-19, bien que l'impact et l'ampleur des flambées variaient d'un pays à l'autre.

7. Entre le 29 janvier et le 31 août 2020, un total de 1 924 511 cas d'infection par le SARS-CoV-2, confirmés en laboratoire, dont 51 019 décès, ont été notifiés par les 22 pays de la Région. La Région a atteint un million de cas signalés le 28 juin, soit près de cinq mois après la notification du premier cas. Au 31 août 2020, la Région de la Méditerranée orientale se classait au troisième rang des six Régions de l'OMS pour le nombre de cas et de décès. Les six pays les plus touchés de la Région sont la République islamique d'Iran, l'Arabie saoudite, le Pakistan, l'Iraq, le Qatar et l'Égypte qui représentent respectivement 20 %, 16 %, 15 %, 12 %, 6 % et 5 % de la charge de morbidité régionale des cas.

8. La tranche d'âge la plus touchée dans la Région est celle des 25-65 ans, qui représente 76,5 % de l'ensemble des cas, avec un âge médian de 36 ans. La proportion d'hommes touchés par la pandémie est plus élevée que celle des femmes, avec un rapport sex-ratio de 2:1. Quatre-vingt-deux pour cent de tous les décès sont survenus chez des patients âgés de 45 à 84 ans avec, selon un sous-ensemble de données, un taux de létalité plus élevé chez les femmes (2,3 %) que chez les hommes (1,9 %). Les patients présentant une ou deux comorbidités ont un risque plus élevé de décéder de la COVID-19 que ceux qui ne présentent pas de comorbidité. Les symptômes les plus fréquemment observés sont la fièvre (24,6 %) et la toux (22,7 %). Les délais médians entre la date d'apparition des symptômes et la date de notification, et entre l'apparition des symptômes et l'hospitalisation, sont de 2 jours et 1 jour, respectivement.

9. Le nombre quotidien de cas le plus élevé dans la Région a été notifié pendant la semaine du 14 juin 2020, avec 21 777 cas en une journée. Le nombre de cas quotidiens notifiés a ensuite baissé jusqu'à la semaine du 9 août, après quoi des augmentations hebdomadaires de 4-12 % ont été observées jusqu'à la semaine du 30 août. Le nombre de décès signalés chaque jour a augmenté jusqu'à la semaine du 28 juin ; il est resté stable depuis lors, à environ 414 décès par jour à compter de la semaine qui a débuté le 30 août. Le taux de létalité brut régional est de 2,6 %, tandis que le taux de létalité médian par pays est de 2 % (fourchette comprise entre : 0,2-28,2 %). Le Yémen présente le taux de létalité le plus élevé (28,2 %), suivi du Soudan (6,5 %), de la République islamique d'Iran (5,7 %), de l'Égypte (5,4 %) et de la République arabe syrienne (4,1 %). Le taux d'atteinte médian dans la Région est de 228 pour 100 000 habitants, mais les taux d'atteinte rapportés dépendent fortement des capacités d'analyse des laboratoires et des stratégies de dépistage, qui varient d'un pays à l'autre. Le nombre médian de tests réalisés dans la Région est de 4617 pour 100 000 habitants.

10. Après la baisse initiale du nombre de cas et de décès notifiés dans la Région, le nombre de cas a lentement augmenté depuis la semaine du 9 août. Après avoir démontré dans un premier temps une maîtrise relativement efficace de la flambée de cas, la Jordanie, le Maroc, le Liban et la Tunisie ont récemment documenté des augmentations inquiétantes du nombre de cas rapportés. Celle-ci a été particulièrement prononcée suite à l'assouplissement des mesures sociales et de santé publique (MSP), par exemple le relâchement des restrictions aux voyages, et la réouverture des écoles et des entreprises. D'autres pays ayant récemment notifié des augmentations du nombre de cas sont les Émirats arabes unis, l'Iraq, la Libye, la Palestine, et la République arabe syrienne, tandis que des tendances à la baisse sont signalées en Afghanistan, en Arabie saoudite, à Bahreïn, à Djibouti, en Égypte, à Oman, au Pakistan et au Qatar.

11. Au début de la pandémie, la plupart des pays de la Région ont suivi les recommandations de l'OMS sur le confinement en accordant la priorité à l'expansion du dépistage, au traitement et à l'isolement des cas, à la prévention et à la lutte anti-infectieuses et à la recherche des contacts et à la mise en quarantaine, bien que le degré d'application de ces mesures varie considérablement. Les pays ont également mis en œuvre une série de mesures sociales pour limiter la transmission du virus, incluant sans toutefois s'y limiter : des restrictions aux voyages et aux déplacements (y compris les restrictions de vols nationaux et internationaux), la fermeture des frontières, des écoles et des commerces non essentiels, la suspension des rassemblements de masse, la mise en place de couvre-feux, des confinements partiels et complets et un engagement communautaire intensif. À la mi-mars, tous les pays avaient appliqué une forme ou une autre de mesures sociales et de santé publique². La mise en œuvre précoce de ces dernières a sans aucun doute réduit la transmission du virus. Toutefois, ces mesures ont également entraîné des coûts économiques et sociétaux importants, et en fin de compte de nombreux pays ont levé ces mesures après avoir pris ces coûts en considération. La pression socio-économique et la fatigue des communautés ont ainsi influencé les décisions de santé publique liées à la COVID-19, en particulier celles qui ont trait à l'assouplissement des mesures sociales. Dans de nombreux pays, une proportion importante des nouveaux cas sont importés ou résultent d'un respect insuffisant des mesures de distanciation physique et/ou du port du masque, ce qui contribue à la survenue de nouveaux groupes de cas.

12. La pandémie a également eu un impact significatif sur les services de santé essentiels. Avec la progression de la pandémie, de nombreuses personnes se sont abstenues d'accéder aux établissements de soins de santé, sauf en cas de besoin urgent. Des services tels que la vaccination, les interventions chirurgicales programmées, la prise en charge des maladies chroniques, la santé génésique à visée préventive et les services de santé dentaire, entre autres, sont devenus moins prioritaires pour les individus. Cette situation a été aggravée par les mesures de confinement imposées au début de la pandémie dans de nombreux pays, qui ont entraîné des restrictions majeures de la mobilité, une crainte accrue de l'infection et de la stigmatisation, et la circulation de rumeurs. En outre, de nombreux agents de santé ont été préoccupés par une exposition potentielle à la COVID-19 sur le lieu de travail en raison de l'inadéquation ou de l'indisponibilité des équipements de protection individuelle et la mise en œuvre d'autres mesures limitées de prévention et de lutte anti-infectieuses, ce qui a conduit à un manque de personnel dans les établissements de santé. En outre, la fermeture des points d'entrée dans les pays a perturbé les chaînes d'approvisionnement pour divers médicaments et vaccins essentiels, ce qui a entraîné des pénuries majeures et a affecté davantage la prise en charge des maladies chroniques. Afin d'évaluer l'impact de la pandémie sur les services de santé essentiels, différentes enquêtes ont été menées par l'OMS. Entre mai et juin 2020, une évaluation rapide a été réalisée à l'aide d'un bref questionnaire, auquel 13 pays de la Région ont répondu (59 %). Les services les plus fréquemment perturbés notifiés étaient les suivants : la planification familiale et la contraception (92 %), les services dentaires (92 %), les services de réadaptation (92 %), les services de soins palliatifs (92 %), les soins prénatals (85 %), le diagnostic et le traitement des maladies non transmissibles (85 %) ainsi que les services de santé mentale (85 %). Dans la Région de la Méditerranée orientale, le niveau médian de perturbations signalées était le plus élevé par rapport aux autres régions de l'OMS (à l'exclusion de la Région OMS des Amériques).

² Voir : ACAPS #COVID 19 Government Measures Database: <https://www.acaps.org/covid19-government-measures-dataset>.

13. Une autre évaluation a été réalisée par l'OMS en mai 2020 pour évaluer l'impact de la pandémie sur les services de lutte contre les maladies non transmissibles, avec des réponses reçues de 19 pays (86 %). Les raisons les plus fréquemment invoquées pour expliquer l'interruption ou la réduction des services (47 %) étaient la fermeture des services de consultations externes et une diminution du nombre de patients hospitalisés en raison de l'annulation des soins électifs. Plus de la moitié des pays ont signalé soit un manque de personnel chargé de la prestation de services (26 %), soit un déploiement insuffisant de personnel clinique devant assurer la prise en charge des maladies non transmissibles dans le cadre des activités de lutte contre la COVID-19 (32 %). Plus précisément, plus de la moitié (53 %) des pays participant à l'enquête avaient suspendu partiellement ou totalement leurs services concernant le traitement de l'hypertension et les soins dentaires urgents, 48 % les soins palliatifs, 47 % la prise en charge de l'asthme et de la réadaptation, 42 % le traitement du diabète et la prise en charge du cancer, et 26 % les services pour les urgences cardiovasculaires.

Action de l'OMS

14. L'OMS a collaboré activement avec les pays de la Région avant même la confirmation du tout premier cas et a lancé une riposte stratégique rapide, coordonnée et fondée sur des données probantes à la pandémie et aux crises qui lui sont associées dans la Région. Le 22 janvier 2020, le Directeur régional a déployé l'équipe d'appui à la gestion des incidents, conformément au Cadre d'action d'urgence. Ce mécanisme interne de gestion et de coordination des situations d'urgence comprend des piliers pluridisciplinaires reflétant des fonctions essentielles. Il a ensuite été élargi pour inclure d'autres fonctions importantes afin de prendre en compte l'ampleur et la complexité de la situation d'urgence. Le Directeur régional participe activement aux réunions quotidiennes de l'équipe d'appui à la gestion des incidents et communique avec les Ministres de la Santé et d'autres dirigeants par des messages quotidiens et des appels bihebdomadaires afin de mettre à jour les orientations techniques et d'échanger expériences et meilleures pratiques. D'autres dirigeants régionaux de la santé ont également apporté un soutien de haut niveau à la riposte, notamment l'envoyé spécial du Directeur général pour la COVID-19 dans la Région.

15. Seize équipes d'appui aux pays ont également été créées au niveau régional afin de fournir en temps voulu un soutien technique et opérationnel adapté aux 22 pays et aux bureaux de pays de l'OMS correspondants. Huit missions d'appui aux pays ont été menées afin de fournir un soutien technique de haut niveau aux ministères de la Santé. Bien que d'autres missions aient été reportées en raison de restrictions aux voyages, celles-ci ont maintenant repris en août après la levée de ces restrictions.

16. En recourant aux mécanismes de coordination existants, ainsi qu'à la nouvelle plateforme mondiale OMS des partenaires pour la lutte contre la COVID-19, l'OMS a guidé les efforts des partenaires nationaux et internationaux pour aider les gouvernements à se préparer à la pandémie, à la détecter et à y riposter d'urgence, et à fournir des orientations pour la planification nationale.

17. Un Groupe de gestion de crise régional pour la COVID-19 a également été créé. Il est composé de 35 partenaires techniques et opérationnels qui se réunissent par visioconférence chaque semaine pour coordonner l'appui aux ripostes au niveau des pays. L'OMS a également continué à jouer le rôle de chef de file du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans le cadre de la riposte à la pandémie aux niveaux mondial, régional et national. En outre, l'OMS continue de tirer parti des capacités du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et des initiatives des équipes médicales d'urgence pour soutenir les opérations nationales dans la Région et dans le monde.

18. Les 22 pays de la Région, avec le soutien de l'OMS, ont activé un mécanisme national de coordination multisectorielle pour faciliter la mise en place d'activités de riposte efficaces et globales, avec la participation active des partenaires et des donateurs locaux. De nombreux pays ont créé un comité pluridisciplinaire chargé de diriger la riposte coordonnée. Dans l'ensemble, une coordination considérable existe désormais entre les hauts responsables politiques, avec des responsables d'un large éventail de ministères et de secteurs impliqués, ce qui reflète dans la plupart des cas une approche pangouvernementale. En février 2020, le Bureau régional a élaboré un plan régional de préparation et de riposte stratégique présentant les principales interventions stratégiques recommandées pour endiguer la flambée épidémique et

atténuer ses impacts socio-économiques. Ce plan a servi de guide aux pays pour la mise au point de leurs plans nationaux. Pour suivre la riposte stratégique, l’OMS a élaboré et mis en œuvre un cadre régional de suivi et d’évaluation, qui comprend un outil de collecte des données facile d’utilisation et un tableau de bord complet des indicateurs synthétiques.

19. Les points d’entrée ont joué un rôle essentiel dans les phases préliminaires de la pandémie, car sa propagation mondiale a été accélérée par les déplacements internationaux et les premiers efforts de rapatriement. Consciente de cette situation, l’OMS a fourni un soutien technique ciblé aux États Membres pour renforcer les activités de préparation et de riposte au niveau des voyages et du commerce qui constituaient des vecteurs principaux de transmission de la maladie. Le Bureau régional a collaboré avec les pays de la Région pour évaluer et renforcer les principales capacités par des visites sur le terrain, des webinaires et des formations, et par l’élaboration et la diffusion d’orientations. Pendant la fermeture des points d’entrée, après la restriction des voyages et la fermeture des frontières, l’OMS a aidé les pays à aligner leurs efforts et leurs stratégies appliquées aux points d’entrée sur le besoin urgent de répondre aux menaces posées par la COVID-19. En outre, le Bureau régional a créé un groupe de travail interinstitutions parmi les parties prenantes concernées au point d’entrée afin d’améliorer la collaboration et de promouvoir des approches rationalisées.

20. L’OMS a aidé les pays à adapter ses orientations en matière de surveillance et de recherche des contacts à leur contexte national et à les mettre en œuvre. Une plateforme électronique régionale pour la notification des données de surveillance a été mise en place en utilisant le mécanisme régional existant pour la surveillance de la grippe. Conformément à l’article 44 du RSI (2005), l’OMS a demandé aux États Membres de partager rapidement les données de surveillance sur les cas de COVID-19 détectés, tout en fournissant simultanément le soutien technique de l’OMS aux sites de notification. La plupart des pays de la Région partagent désormais régulièrement ces données par le biais de la plateforme, et l’OMS a fourni ainsi un appui technique pour remédier à tout échange incohérent ou incomplet des données. En outre « Epidemic Intelligence from Open Sources », l’outil de veille épidémiologique, mis au point par l’OMS, a été déployé dans les pays pour faciliter la détection précoce des cas, et un soutien a été fourni pour mettre en place et renforcer les capacités nationales relatives à l’utilisation de cet outil. En outre, l’OMS a apporté un soutien aux États Membres pour : a) effectuer des évaluations régulières des risques ; b) étendre les systèmes nationaux de surveillance ; c) analyser les données afin de suivre les tendances et d’orienter les actions de santé publique ; et d) élaborer des rapports de situation et des tableaux de bord pour visualiser et documenter la situation épidémiologique. L’OMS étudie également l’utilité de la modélisation mathématique comme approche innovante pour riposter à la pandémie. L’OMS apporte son assistance aux pays pour qu’ils puissent mener des analyses de modélisation afin d’explorer et de comprendre les conséquences de divers scénarios plausibles de propagation potentielle du virus et son impact sur les exigences des traitements hospitaliers.

21. Malgré les efforts considérables déployés aux niveaux régional et national, le partage en temps voulu d’informations détaillées sur les cas de COVID-19 reste un défi majeur dans la plupart des pays de la Région. Dans certains cas, le point focal national pour le RSI (2005) a exigé l’approbation d’une autorité supérieure avant de partager des informations avec l’OMS, ce qui n’est pas conforme au mandat du point focal national du RSI tel que défini explicitement à l’article 4 du RSI (2005).

22. Avec l’appui de l’OMS, des équipes d’intervention rapide ont été mises en place préalablement dans tous les pays de la Région. Ces dernières ont joué un rôle important dans la détection des cas de COVID-19, les investigations, la recherche des contacts et la sensibilisation des communautés. Plusieurs pays ont également réussi à améliorer efficacement les capacités des équipes médicales d’urgence et à les déployer pour soutenir la prise en charge médicale des cas de COVID-19. Des équipes médicales d’urgence internationales ont été déployées en Iraq, au Pakistan et au Yémen.

23. L’appui de l’OMS a également été fourni aux pays pour les aider à mettre en place, à améliorer et à étendre leurs capacités de dépistage du SARS-CoV-2 aux niveaux national et infranational, et pour élaborer et/ou adapter leurs stratégies de dépistage en fonction de la situation épidémiologique. Les 22 pays ont développé les capacités nécessaires pour effectuer des tests d’amplification en chaîne par polymérase en temps réel pour le SARS-CoV-2 dans au moins un laboratoire national de santé publique. À ce jour,

plus de 400 laboratoires nationaux et infranationaux de santé publique dans l'ensemble de la Région disposent de ces capacités. Avec le soutien de l'OMS, sept laboratoires nationaux ont également été en mesure de mener des analyses de séquençage génétique pour le SARS-CoV-2. La Tunisie a été le premier pays de la Région à effectuer une analyse complète de la séquence génomique sur un échantillon positif et à télécharger les résultats dans la base de données d'accès public GenBank. Afin de promouvoir les bonnes pratiques de laboratoire et d'améliorer la capacité à détecter les cas de COVID-19, l'OMS a mis en œuvre son Projet d'évaluation externe de qualité pour la détection du SARS-COV-2. Vingt-neuf laboratoires de 18 pays de la Région de la Méditerranée orientale ont participé au Projet d'évaluation externe de qualité, 83 % d'entre eux ont obtenu des résultats corrects à 100 %. En ce qui concerne la livraison de fournitures de laboratoire, plus de 500 000 kits de diagnostic ont été distribués à 18 pays de la Région par la plateforme logistique régionale de Dubaï, et des conseils techniques ont été dispensés sur leur utilisation.

24. L'OMS a travaillé en étroite collaboration avec les pays afin de fournir un soutien technique pour assurer la prise en charge clinique de la COVID-19, notamment des conseils complets sur les soins cliniques dans différents contextes opérationnels et la mise au point d'une formation spécifique aux pays pour répondre aux besoins des agents de santé et renforcer leurs capacités. À ce jour, une formation de ce type a été dispensée à plus de 5000 agents de santé dans toute la Région. L'OMS a également soutenu les cliniciens en première ligne en organisant des appels bihebdomadaires avec le Réseau mondial des cliniciens pour partager des expériences, des difficultés et des questions. L'OMS a aidé les pays à identifier et à acheter les fournitures et les matériels biomédicaux nécessaires pour combler les lacunes dans les établissements de soins de santé locaux. L'un des principaux défis de la prise en charge clinique réside dans le fait que les protocoles thérapeutiques adoptés par les pays de la Région vont du traitement d'appoint à l'usage compassionnel d'autres schémas thérapeutiques en dehors du cadre d'un essai clinique.

25. Des milliers d'agents de santé ont été infectés par la COVID-19 dans toute la Région et, tragiquement, beaucoup sont décédés dans l'exercice de leurs fonctions. Malgré les améliorations, les pratiques en matière de prévention et de lutte anti-infectieuses restent une source de préoccupation majeure dans de nombreux pays. L'OMS aide donc activement 12 pays à renforcer leurs programmes nationaux de prévention et de lutte anti-infectieuses au niveau des établissements, tout en fournissant un soutien technique aux autres pays pour la mise en place de programmes susmentionnés. L'OMS a actuellement organisé une formation virtuelle intensive et des webinaires spécifiques aux pays pour plus de 200 participants de cinq pays et continue de diffuser des directives actualisées fondées sur des données probantes concernant la prévention et la lutte anti-infectieuses, ainsi qu'un soutien technique en temps réel par l'intermédiaire de groupes WhatsApp spécifiques aux pays. L'un des problèmes majeurs réside dans les pénuries ou les ruptures de stocks récurrentes d'équipements de protection individuel essentiels, et l'OMS a déployé des efforts concertés pour fournir ces équipements aux pays prioritaires.

26. En partenariat avec d'autres acteurs, l'OMS aide les pays à élaborer, mettre en œuvre et suivre des stratégies et des plans de communication nationaux sur les risques et d'engagement communautaire pour la lutte contre la COVID-19. Tous les pays de la Région ont maintenant élaboré et diffusé des informations opportunes et crédibles auprès du grand public, des autorités sanitaires, des décideurs, des professionnels de la santé et d'autres publics importants, y compris les populations vulnérables, en utilisant des formats appropriés, une communication bidirectionnelle et des plateformes accessibles. Un groupe de travail régional interinstitutions a été créé avec la participation de l'OMS, de l'UNICEF, de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge et d'autres acteurs pour harmoniser les matériels de communication sur les risques et mieux coordonner l'appui fourni aux pays. Ces efforts sont essentiels, dans la mesure où « la fatigue engendrée par la COVID-19 » et « l'infodémie liée à la COVID-19 » sont devenues des problèmes majeurs huit mois après la pandémie, à la fois au sein de la Région et à l'échelle mondiale. L'OMS a également collaboré avec des entreprises de médias sociaux telles que Facebook et d'autres médias pour lutter contre la désinformation et les rumeurs, notamment en facilitant la traduction dans les langues locales et en diffusant des documents standardisés grâce à des résultats optimisés obtenus par les moteurs de recherche. Des modules de formation à la communication sur les risques et l'engagement communautaire pour la prise en charge de la COVID-19 ont été élaborés et diffusés. Ces formations visent les agents de santé communautaires en première ligne, ainsi que le personnel de l'OMS et des médias. En coordination avec le

Siège de l'OMS et l'UNICEF, le Bureau régional travaille également en étroite collaboration avec les chefs religieux pour promouvoir la participation et l'autonomisation des communautés par l'intermédiaire du Groupe consultatif islamique et d'autres organisations confessionnelles. De telles approches innovantes et coordonnées sont essentielles pour une riposte efficace à la COVID-19, en particulier dans une région où les rassemblements de masse tels que les événements religieux et les pèlerinages attirent des milliers de personnes chaque année.

27. Un soutien technique de l'OMS et des documents d'orientation connexes ont été fournis pour aider les pays à évaluer les risques liés aux rassemblements de masse pendant la pandémie de COVID-19. Par exemple, l'annulation du petit pèlerinage (Omra) et la restriction de la participation au Hadj aux seuls ressortissants ont été décidées à la suite d'évaluations nationales des risques spécifiques et approfondies, en consultation avec tous les secteurs concernés. La course de Formule Un à Bahreïn a été soumise à un processus similaire, et la présence de spectateurs a été interdite. D'autres rassemblements de masse ont également été annulés dans la Région. Des discussions sont en cours avec l'Iraq pour aider les autorités nationales à planifier les rassemblements de masse d'Achoura et d'Arba'een. Le Comité suprême pour la santé et la sécurité nationale en Iraq a décidé d'autoriser ces rassemblements religieux en limitant la participation aux ressortissants irakiens.

28. Les Centres d'opérations d'urgence de santé publique représentent une plateforme de meilleures pratiques pour la gestion stratégique des urgences sanitaires impliquant plusieurs risques, y compris la pandémie actuelle de COVID-19. Avec l'appui de l'OMS, plusieurs pays ont maintenant mis en place des Centres d'opérations d'urgence de santé publique fondés sur une liste de contrôle standardisée pour la planification et la mise en œuvre. À l'échelle mondiale, le Bureau régional dirige la mise au point de logiciels personnalisés pour les Centres d'opérations d'urgence de santé publique afin de soutenir la gestion de ces opérations. Les pays de la Région qui ont créé des Centres d'opérations d'urgence de santé publique performants sont les suivants : l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran et Oman. D'autres pays réalisent également des progrès dans le renforcement de ces structures importantes.

29. L'OMS, en collaboration avec l'Organisation internationale du Travail, l'Organisation internationale pour les migrations et la Commission économique et sociale des Nations Unies pour l'Asie occidentale, a créé une équipe spéciale pour la lutte contre la COVID-19 et la mobilité/migration afin de fournir un soutien spécifique aux pays et de plaider pour un accès adéquat aux dépistages, aux traitements et aux autres services essentiels pour les réfugiés, les personnes déplacées internes, les migrants et les rapatriés. Au début de la pandémie, 60 à 92 % des infections étaient enregistrées chez les travailleurs migrants, en particulier dans les pays du Conseil de coopération du Golfe. Nombre d'entre eux étaient des travailleurs en première ligne essentiels qui étaient souvent incapables de maintenir une distanciation physique en raison de la promiscuité, dans les conditions de vie et de travail et du manque de soutien social et économique. L'OMS collabore avec les pays et les partenaires concernés pour protéger les travailleurs migrants et les populations déplacées en promouvant des mesures de santé publique afin de réduire leur risque d'infection, et en plaidant pour un accès adéquat aux services de dépistage et de traitement de la COVID-19 et pour l'inclusion de ces groupes dans les efforts nationaux de CSU. L'OMS a également publié une note explicative provisoire sur les ripostes des systèmes de santé à la COVID-19 dans le contexte des réfugiés, des personnes déplacées, des migrants et des rapatriés dans la Région.

30. L'OMS continue à promouvoir la production de données factuelles dans la Région, conformément au schéma directeur de l'OMS en matière de recherche-développement, qui préconise des mesures de prévention des épidémies. Quatorze pays de la Région participent actuellement à l'essai clinique mondial « Solidarity » de l'OMS sur les produits thérapeutiques. En outre, sept pays ont bénéficié de l'appui de l'OMS pour réaliser des études Unity de l'OMS, qui sont presque toutes des études nationales de séroprévalence. Ces études visent à mieux comprendre les facteurs de risque d'infection, les schémas de transmission, les manifestations cliniques et l'immunité. En outre, 120 propositions ont été reçues et examinées par le biais des subventions spéciales du Bureau régional pour la recherche dans les domaines prioritaires de la santé publique, et 18 d'entre elles ont été sélectionnées pour recevoir un soutien. Le Bureau régional encourage également l'innovation en créant une plateforme permettant de recenser et de partager les meilleures pratiques innovantes dans la Région, et de soutenir une à deux innovations par pays après l'évaluation.

31. Étant donné que l'impact sur les services de santé essentiels est devenu évident au début de la pandémie, l'OMS a fortement conseillé aux pays d'assurer la continuité de ces services. Douze pays de la Région ont intégré la continuité des services de santé essentiels dans leurs plans stratégiques de préparation et de riposte à la COVID-19. Pour soutenir les efforts dans ce domaine, l'OMS a élaboré et diffusé des orientations opérationnelles sur le maintien des services de santé essentiels en mars 2020, suivies d'une version plus détaillée en juin 2020 qui comprenait des orientations de mise en œuvre supplémentaires.³ Les activités des programmes sélectionnés peuvent servir de modèles pour assurer la continuité de la prestation des services pendant la pandémie. On peut citer à titre d'exemple les points suivants : les efforts déployés en vue d'assurer l'accès aux traitements continus pour les patients infectés par le VIH et/ou l'hépatite, les pays étant invités à faire le point sur l'état de leurs fournitures médicales et à promouvoir la délivrance de médicaments sur plusieurs mois. Dans le domaine des maladies non transmissibles, l'OMS a apporté un soutien aux pays en élaborant une série de recommandations sur la façon d'aider le grand public et les personnes vivant avec des maladies non transmissibles à maintenir des modes de vie sains et à gérer leurs conditions de vie pendant la pandémie. Les services les plus fréquemment inclus dans les plans nationaux de riposte à la COVID-19 étaient ceux concernant les maladies cardiovasculaires (68 %), le cancer (68 %), le diabète (68 %) et les maladies respiratoires chroniques (58 %). Des orientations ont également été fournies aux pays sur les politiques recommandées de lutte antitabac pendant la COVID-19, ce qui a permis à 17 pays de renforcer leurs efforts pour lutter contre le tabagisme en général.

32. Dans le cadre d'une initiative conjointe, l'OMS, le Programme alimentaire mondial, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'UNICEF ont publié en mai 2020 une déclaration de principe sur la nutrition et la sécurité alimentaire qui recensait les services nutritionnels essentiels nécessaires pendant la pandémie de COVID-19. Par la suite, un plan d'action régional pour la nutrition a été adopté par les pays, en particulier les pays à faible revenu et les pays confrontés à des situations d'urgence. L'OMS a continué d'apporter son soutien aux pays qui ont signalé des cas de malnutrition aiguë sévère (Afghanistan, Iraq, Pakistan, République arabe syrienne, Soudan et Yémen) en élaborant des lignes directrices actualisées adaptées à la situation au regard de la COVID-19.

33. L'OMS continue d'apporter un soutien considérable à l'adaptation des lignes directrices et recommandations de l'OMS sur la prestation de services de santé génésique et de santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent pendant et après la pandémie de COVID-19, notamment par le biais de soins au niveau communautaire et de soins à domicile pour les nouveau-nés, les nourrissons et les enfants jusqu'à l'âge de 5 ans. Des méthodologies innovantes ont été encouragées et mises en œuvre dans les pays telles que la télémédecine, l'utilisation de téléphones portables et des médias sociaux pour la prestation de services, ainsi qu'une formation virtuelle pour assurer la continuité des services pendant la pandémie.

34. La pandémie de COVID-19 a eu des effets néfastes considérables sur la santé mentale, exacerbant souvent les conditions de santé mentale préexistantes. L'OMS s'est attachée à intégrer le soutien psychosocial et la santé mentale (SPSSM) dans les plans nationaux de riposte à la COVID-19 et à garantir l'accès aux services de SPSSM. Avec l'appui de l'OMS, 17 pays ont maintenant mis en place des services d'assistance téléphonique et/ou des plateformes pour la fourniture de services de santé mentale et de soutien psychosocial à distance. L'OMS a également élaboré et diffusé des orientations techniques et des produits d'information à travers un site Web dédié et des médias traditionnels.

35. L'OMS a apporté une assistance aux pays pour surmonter les perturbations affectant la chaîne d'approvisionnement et maintenir une gestion efficace de celle-ci par l'intermédiaire de la plateforme logistique régionale de l'OMS à Dubaï. La plateforme de Dubaï a joué un rôle essentiel dans le prépositionnement et la distribution des fournitures essentielles pour la lutte contre la COVID-19 dans les pays situés de la Région et en dehors de celle-ci, en facilitant le conditionnement et l'expédition de

³ Voir : https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334358/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-fre.pdf.

200 cargaisons d'EPI, de produits de diagnostic et de produits de soins cliniques dans 105 pays répartis dans les six Régions de l'OMS. La plateforme de Dubaï a également organisé neuf vols charters d'une valeur de 1,5 million de dollars US pour permettre l'expédition rapide de fournitures dans toute la Région, en particulier vers les pays touchés par des conflits.

36. L'OMS a également déployé des efforts concertés pour mobiliser les fonds nécessaires afin de soutenir la mise en œuvre des plans régionaux et nationaux de préparation et de riposte. Entre janvier et août 2020, l'OMS a mobilisé 373 millions de dollars US (fonds engagés et reçus) pour répondre aux besoins régionaux en constante augmentation, à savoir 613 millions de dollars US afin de soutenir la riposte à la COVID-19 dans la Région, dépassant toutes les autres régions en termes de mobilisation de ressources. Environ 65 % de tous les fonds ont été mobilisés par les bureaux de pays de l'OMS auprès de sources situées dans la Région, tandis que les 35 % restants provenaient de subventions mondiales. Au total, 31 donateurs contribuent aux efforts visant à atténuer l'impact de la COVID-19 dans la Région.

Recommandations pour améliorer la riposte à la pandémie

37. En l'absence de vaccins et de produits thérapeutiques efficaces qui pourraient être disponibles dans un avenir prévisible, l'objectif primordial dans la Région est que tous les pays luttent contre la pandémie en ralentissant la transmission et en réduisant la mortalité associée à la COVID-19, notamment en accordant la priorité aux efforts visant à maintenir les services de santé essentiels. Étant donné l'évolution de la pandémie à ce jour, on s'attend à ce que la tendance consistant à lever et à alléger les restrictions suivies de résurgences concomitantes en nombre de cas se poursuive jusqu'à ce que des progrès tangibles aient été réalisés dans le domaine du vaccin et/ou du développement thérapeutique. Il est proposé que les efforts d'intervention soient encore renforcés à l'avenir par la mise en œuvre des recommandations suivantes :

Recommandations aux États Membres

1. Établir, renforcer et maintenir une approche pangouvernementale et pansociétale en matière de riposte, au vu des dimensions multisectorielles de la pandémie de COVID-19.
2. Investir dans le renforcement des capacités de préparation et de gestion des urgences de santé publique aux niveaux national et infranational, tout en renforçant les capacités nationales de prise en charge des maladies infectieuses émergentes.
3. Ajuster les mesures sociales et les mesures de santé publique en se basant sur une analyse nuancée des considérations sanitaires ainsi que des données et des facteurs socio-économiques, tout en reconnaissant que ces ajustements doivent être mis en balance avec les effets imprévus sur d'autres secteurs qui peuvent également entraîner des pertes en vies humaines et en moyens de subsistance.
4. Fournir à l'OMS des informations opportunes, exactes et suffisamment détaillées sur la santé publique liée à la pandémie de COVID-19, conformément aux exigences du RSI (2005).
5. Accorder la priorité et maintenir l'identification précoce des cas, les tests adéquats, l'isolement des cas, la recherche des contacts et la mise en quarantaine des cas afin de détecter rapidement les nouveaux cas, de mener des évaluations des risques, de surveiller les tendances de la maladie et d'orienter les actions de santé publique. Cette intervention nécessitera une amélioration de la surveillance des maladies (en tirant parti des systèmes existants de surveillance des infections respiratoires aiguës sévères/syndromes de type grippal et du réseau EWARN), la détection active de cas dans les hôpitaux, les systèmes de surveillance communautaire et la surveillance fondée sur les événements au moyen d'outils novateurs.
6. Renforcer les systèmes existants de surveillance de la grippe et de laboratoire dans le cadre du système mondial de surveillance de la grippe et de riposte pour permettre la détection des nouveaux virus grippaux et d'autres agents pathogènes respiratoires émergents qui pourraient circuler conjointement avec le SARS-CoV-2.

7. Renforcer les capacités des réseaux de laboratoires des pays afin de détecter le SARS-CoV-2 aux niveaux national et infranational, tout en assurant la qualité des analyses et la sécurité biologique des laboratoires.
8. Donner la priorité à la mise en place et au financement des programmes nationaux de prévention et de lutte anti-infectieuses efficaces, et garantir l'application cohérente de mesures globales de ces programmes dans les établissements de santé, soutenues par une gouvernance et une surveillance solides.
9. Renforcer la capacité des systèmes de santé à améliorer la riposte en cas de résurgence de cas de COVID-19 et à maintenir la prestation efficace des services de santé essentiels pendant et après la pandémie.
10. Fournir tout le soutien nécessaire pour assurer la continuité des services de santé essentiels, ce qui est également conforme au cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle (CSU) dans la Région et à la Déclaration de Salalah de 2018. Il est indispensable de fournir des ressources financières et humaines suffisantes pour appuyer les services de santé essentiels, et de s'assurer que les agents de santé sont bien protégés et que les établissements de soins sont correctement préparés pour dispenser des soins dans des environnements sûrs pour les patients et les agents de santé.
11. Élaborer du matériel de plaidoyer et gérer l'impact négatif de la désinformation et de l'« infodémie » grâce à des stratégies solides de communication sur les risques et la participation communautaire, aux meilleures pratiques et à l'engagement des partenaires pour accroître la sensibilisation du public, changer les comportements et obtenir un engagement politique supplémentaire pour prévenir et lutter contre la COVID-19 et d'autres maladies infectieuses émergentes à potentiel épidémique et pandémique.
12. Participer aux activités mondiales de recherche-développement sur les traitements, les vaccins et les produits diagnostiques, notamment au moyen de l'initiative de l'accélération pour l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19, afin de contribuer à une meilleure compréhension et à une meilleure riposte à la pandémie de COVID-19, et de renforcer les capacités des États Membres dans ces domaines techniques.

Recommandations pour l'OMS

1. Mettre en place un réseau de centres d'excellence nationaux et régionaux dotés de capacités épidémiologiques et de laboratoire compétentes capables de contribuer à la prévention de la COVID-19 et à la lutte contre cette maladie.
2. Renforcer l'établissement de plans d'urgence et la gestion de la chaîne d'approvisionnement afin de rendre les fournitures médicales essentielles nécessaires à la riposte à la pandémie de COVID-19 plus accessibles et plus disponibles.
3. Donner la priorité à l'élaboration et à la mise en œuvre d'un cadre de suivi et d'évaluation de la riposte aux niveaux régional, national et infranational, sur la base d'indicateurs appropriés.
4. Promouvoir l'accès rapide et équitable à tous les vaccins et traitements de qualité, sûrs, efficaces et abordables requis pour la riposte à la pandémie de COVID-19 et leur répartition équitable.