



Rapport de situation sur les problèmes sanitaires auxquels sont confrontées les populations touchées par des catastrophes et des situations d'urgence, y compris le Règlement sanitaire international (2005)

Introduction

1. Le présent rapport fournit des informations actualisées sur l'action de l'OMS eu égard aux situations d'urgence sanitaire du 1^{er} juin 2020 au 31 mai 2021, conformément à la résolution EBSS3.R1 (2015) et à la décision WHA68(10) (2015). Les données sur les flambées épidémiques couvrent l'année civile 2020.
2. Le présent rapport fournit également des mises à jour concernant l'application du Règlement sanitaire international (RSI, 2005) dans la Région de la Méditerranée orientale, dans le cadre de la résolution EM/RC64/R.1 (2017) sur le suivi et l'évaluation de l'application du RSI, et de la résolution WHA61.2 (2008), concernant l'établissement de rapports annuels sur l'application du Règlement par les États Parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 54 du RSI.
3. En outre, il présente une mise à jour sur l'action de la Commission d'évaluation régionale du RSI et met en exergue les principales recommandations formulées lors de sa cinquième réunion pour accélérer l'application du Règlement et la mise en œuvre des capacités prévues au titre du RSI au sein de la Région.

Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire

4. La Région de la Méditerranée orientale est confrontée à de nombreuses situations d'urgence provoquées par différents risques naturels, biologiques, sociétaux (y compris les conflits armés) et technologiques, qui se traduisent par une charge élevée de morbidité et de mortalité. Au 31 mai 2021, l'OMS faisait face à 15 situations d'urgence classées dans toute la Région, dont neuf situations d'urgence humanitaire complexes, sans compter la pandémie de COVID-19. Nous avons également suivi 42 événements de santé publique. L'OMS adopte une approche globale pour la gestion des urgences sanitaires, prenant en compte toutes les phases du cycle de gestion des situations d'urgence : prévention, préparation, détection, riposte et relèvement.

Préparation aux situations d'urgence sanitaire

5. Le renforcement de la préparation face à tous types de risques est essentiel pour assurer une riposte efficace aux situations d'urgence. Le soutien apporté aux capacités nationales de détection, de préparation et de riposte aux situations d'urgence a été la priorité absolue des opérations de lutte contre la COVID-19 dans toute la Région. Un appui important a été accordé au développement des systèmes de santé afin que les services préhospitaliers soient systématiquement prêts à prendre en charge les cas de COVID-19. En conséquence, l'OMS a élaboré un guide technique et des matériels d'information pour la préparation et la riposte des hôpitaux face à la COVID-19 et une liste de contrôle provisoire de l'état de préparation des services médicaux d'urgence pré-hospitaliers pour la prise en charge de la COVID-19 afin de limiter au maximum l'interruption des services de santé pendant la pandémie. Des progrès importants dans l'amélioration du niveau de préparation des hôpitaux ont également été réalisés grâce à la transformation et à l'adaptation des modules de renforcement des capacités pour en faire des modèles de formation en ligne, tels que le module de préparation et de riposte des hôpitaux face aux situations d'urgence liées aux épidémies.
6. L'utilisation d'outils numériques et de tableaux de bord a permis d'améliorer l'accès à l'information, la prise de décisions fondées sur des bases factuelles et le soutien apporté à la préparation des pays. Les centres d'opérations d'urgence de santé publique jouent un rôle crucial dans la riposte aux urgences de santé publique, en particulier celles de portée internationale, et doivent donc être en mesure d'assumer les fonctions d'appui

essentiels. Des efforts internes importants ont été consacrés au développement du module de formation pour les centres d'opérations d'urgence de santé publique, qui a été mis à l'essai au Soudan et en Libye et qui vise à renforcer les capacités des centres dans les États Membres de la Région de la Méditerranée orientale et de la Région de l'Afrique. L'OMS a également mis au point et testé le logiciel Web de gestion des interventions d'urgence en santé publique, et a utilisé avec succès la fonction « watch-mode » (mode de surveillance) du logiciel pour générer des données sur l'impact des mesures appliquées à l'échelle nationale sur les tendances des cas et des décès liés à la COVID-19. Le module de signalement de ce logiciel a été déployé en Jordanie et au Soudan.

7. La préparation et la gestion des événements aux points d'entrée jouent un rôle essentiel pour maîtriser et limiter les menaces pour la santé publique. Le tableau de bord des mesures relatives aux voyages pour les points d'entrée régionaux répertorie certaines de ces mesures en temps réel. Il est consulté et vérifié par les pays afin de faciliter la coordination et le respect de l'article 43 du RSI (2005). Une collaboration transfrontalière au sein de la Région, et avec les régions voisines, est également en cours pour optimiser la coordination de la riposte à la COVID-19 et à d'autres menaces pour la santé publique. Les efforts conjoints de surveillance et de riposte, portant notamment sur la formation à l'utilisation de l'outil d'évaluation des risques liés à la COVID-19 de l'OMS et la publication de lignes directrices pour les événements et les célébrations islamiques mondiaux (tels que le Ramadan et l'Aïd Al-Adha), ont apporté un soutien inestimable aux États Membres dans leur préparation stratégique.

8. Afin de renforcer la prestation de services médicaux et sanitaires d'urgence pendant les crises humanitaires, les exercices de formation et les simulations ont conservé leur importance dans l'amélioration de l'état de préparation des équipes médicales d'urgence dans 15 pays, dont le Liban et la Palestine. Par l'intermédiaire du secrétariat des équipes médicales d'urgence de l'OMS, trois équipes médicales d'urgence internationales ont été déployées pour soutenir la réponse apportée lors de l'explosion du port de Beyrouth (Liban) en août 2020. Ces équipes médicales d'urgence ont par la suite été réaffectées pour soutenir la riposte à la COVID-19, tandis que d'autres équipes médicales d'urgence ont été déployées pour soutenir la riposte à Djibouti, en Palestine et au Yémen.

9. La santé humaine est intrinsèquement liée à la santé animale et à l'environnement. Par conséquent, l'élargissement de l'approche « Une seule santé » afin de tirer parti des opportunités actuelles dans la Région et fournir aux pays des activités pratiques en vue de l'utilisation optimale de leurs ressources est un effort important qui vise à renforcer les capacités nationales. Cela a été clairement défini lors du sixième Congrès mondial « Une seule santé » en 2020 et par l'adoption du cadre opérationnel « Une seule santé » pour orienter les pays sur la manière de prévenir et de maîtriser les zoonoses en utilisant l'approche du même nom. Au niveau organisationnel, une collaboration tripartite entre l'OMS, l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et l'Organisation mondiale de la santé animale (OIE) a abouti au développement de plusieurs outils importants, dont l'outil de surveillance et de partage de l'information et l'outil conjoint d'évaluation des risques qui a été testé en Égypte à l'interface homme-animal-environnement.

10. La nécessité d'une communication avancée sur les risques et d'une mobilisation communautaire pour faire face aux infodémies, aux schémas de comportement, aux rumeurs et à la désinformation est apparue très clairement durant la pandémie de COVID-19. Au début de l'épidémie, alors que les pays de la Région se préparaient à faire face à cette maladie émergente, une documentation a été rapidement mise au point par le Bureau régional de l'OMS en anglais, arabe et français pour aider les pays à sensibiliser rapidement les différentes populations cibles sur la manière de réduire le risque d'infection. Des affiches ont été conçues et distribuées à l'intention des agents de santé, des voyageurs et des écoliers. Celles-ci ont été largement affichées à l'intérieur des hôpitaux, aux points d'entrée et dans les bâtiments scolaires. Une vidéo d'animation sur les soins à domicile pour les patients atteints de COVID-19 a également été produite pour faciliter l'explication des orientations techniques de l'OMS dans ce domaine à un public non spécialisé. En outre, des conseils visant à dissiper les rumeurs et les fausses informations sur la maladie et sur sa propagation ont été régulièrement préparés et publiés sous forme de messages sur les réseaux sociaux et d'enregistrements vidéo d'experts pour faire face à l'infodémie qui se propageait en ligne parallèlement à la pandémie. De plus, grâce à la collaboration avec les initiatives du Siège de l'OMS, des agents conversationnels relayant des alertes sanitaires de l'OMS sur WhatsApp, Viber et Facebook Messenger ont été traduits dans les langues locales de la Région pour aider à répondre aux questions des populations sur les plateformes de médias sociaux de leur

choix. Des messages quotidiens ont été préparés et envoyés aux ministres de la Santé par le biais de l'application WhatsApp par le Directeur régional afin de les tenir informés des dernières orientations techniques, des initiatives, des actualités et des recherches scientifiques émanant de l'OMS en ce qui concerne la préparation et la riposte aux pandémies.

11. Le groupe de travail interinstitutions régional sur la communication sur les risques et la mobilisation communautaire a été créé en 2020 et s'est élargi à plus de 16 institutions des Nations Unies, organisations non gouvernementales internationales et établissements universitaires pour fournir des orientations techniques, des ressources collectives ainsi que pour la mise en œuvre d'initiatives conjointes. L'un des résultats importants de la collaboration au sein du groupe de travail interinstitutions a été la publication en décembre 2020 du cadre d'orientation régional concernant la communication des risques et la mobilisation communautaire pour la riposte à la COVID-19 dans la Région de la Méditerranée orientale/du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord par l'OMS, l'UNICEF et la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR). Ce cadre a été conçu pour aider le personnel chargé de la communication sur les risques et de la mobilisation communautaire et les intervenants de première ligne à élaborer, mettre en œuvre et suivre un plan d'action efficace pour communiquer avec le public, collaborer avec les communautés et aider à préparer et protéger les personnes, les familles et la santé du public pendant la riposte rapide à la COVID-19.

12. Le groupe de travail interinstitutions a apporté un soutien inestimable aux pays par le biais de missions d'appui aux pays, en soutenant la mise en œuvre des plans nationaux de communication sur les risques et de mobilisation communautaire, en menant des activités de renforcement des capacités, en soutenant les équipes nationales en matière d'interventions médiatiques, de vidéos et de messages destinés tant aux adultes qu'aux enfants, et en gérant la coordination avec les parties prenantes. Cette collaboration en matière de communication sur les risques et de mobilisation communautaire a facilité le recours à une planification et une communication axées sur les données en temps opportun dans toute la Région. Une enquête régionale sur les connaissances, attitudes et pratiques (CAP), menée dans 23 pays/territoires en partenariat avec l'UNICEF, a aidé à orienter et à guider la riposte à la COVID-19. Elle a fourni des informations précieuses sur la manière d'évaluer et de combattre la lassitude et le relâchement de la vigilance au sein des communautés, en particulier au moment où les pays se préparaient au déploiement du vaccin anti-COVID-19. Un module national d'enquête CAP est en cours d'élaboration pour renforcer les capacités nationales et aider les pays à normaliser la collecte et l'analyse des données nationales. Les données sociales et comportementales collectées seront consolidées dans un tableau de bord régional et utilisées dans toute la Région pour éclairer la prise de décision concernant la riposte à la COVID-19.

Détection des événements de santé publique

13. L'OMS a continué de fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer la surveillance épidémiologique et la gestion de l'information liée à la COVID-19. Le pilier relatif à la surveillance a permis de développer des outils pour collecter, gérer et analyser les données régionales concernant la COVID-19 et communiquer les résultats des analyses, tout en apportant un appui aux pays pour le renforcement de leurs capacités de gestion de l'information et en orientant leur riposte.

14. Plus de 8000 signalements liés à la COVID-19 ont été enregistrés entre le 1^{er} juin 2020 et le 31 mai 2021. Plusieurs outils précieux ont été mis au point et adoptés pour aider à la détection des signes, notamment l'initiative de veille épidémiologique à sources ouvertes (EIOS), l'outil d'analyse des médias mis au point par l'OMS, Sprinklr et EpiTwitter, des outils qui permettent respectivement de recueillir des informations sur les médias sociaux en général et sur Twitter en particulier. L'outil EIOS a été déployé en Afghanistan, au Liban, au Soudan, en République arabe syrienne et en Tunisie pour améliorer la capacité de détection.

15. Plusieurs plateformes électroniques de gestion et de visualisation des données ont été mises au point ou améliorées pour rendre compte de la situation de la COVID-19 dans les pays de la Région, y compris un tableau de bord régional sur la COVID-19, un tableau de bord du taux de reproduction (Rt), un tableau de bord des mesures sociales et de santé publique et des plateformes spécifiques aux pays, ou pour soutenir les activités régionales, telles que la vaccination, le suivi et l'évaluation. Un module de signalement en ligne mis au point par le Bureau régional a été utilisé pour gérer ces signaux. Il a été complété par un système de

données régionales bien structuré et sécurisé, utilisant la plateforme DHIS2 pour gérer les données régionales et les outils d'analyse des données afin de produire automatiquement des graphiques, des tableaux, des cartes et du matériel de communication.

16. Les indicateurs existants pour suivre l'évolution hebdomadaire de la pandémie ont été améliorés et de nouveaux indicateurs ont été mis au point. Le cadre de suivi et d'évaluation de la lutte contre la COVID-19 visant à assurer le suivi des activités de riposte au niveau des pays a été mis à jour pour s'aligner sur le Plan stratégique de préparation et de riposte pour 2021, et un outil de collecte de données et un module de formation conviviaux ont été élaborés. Des formations ont été dispensées dans huit pays, et le Pakistan a bénéficié d'un soutien pour élaborer un cadre national de suivi et d'évaluation.

17. Des supports de communication quotidiens, hebdomadaires et mensuels sur la situation épidémiologique ont été conçus et améliorés. Cela inclut plus de 700 mises à jour quotidiennes, plus de 350 messages WhatsApp quotidiens, 25 hebdomadaires et 6 mensuels, et 10 mises à jour épidémiologiques figurant dans les rapports de situation bihebdomadaires. L'OMS a également produit et mis à jour des cartes thématiques qui ont permis de visualiser diverses analyses de données sur la COVID-19, notamment sur l'évolution du nombre de cas et de décès aux niveaux national et infranational, et sur la répartition des variants du SARS-CoV-2.

18. La plateforme pour le partage des données épidémiologiques et virologiques sur la grippe dans la Méditerranée orientale (EMFLU) a été mise à jour pour collecter et gérer des formulaires cumulés hebdomadaires en plus des formulaires de notification de cas. Au 30 mai 2021, la base de données EMFLU avait stocké un total de 2,76 millions notifications de cas de COVID-19 provenant de 16 pays. Plus de 200 présentations de la situation épidémiologique, dont 64 destinées aux partenaires, ont été réalisées.

19. L'OMS a amélioré ses capacités de modélisation et a entrepris 24 séries d'analyses de modélisation de la COVID-19 pour prévoir le nombre de cas, de décès et d'hospitalisations et éclairer les décisions relatives à l'application des mesures de santé publique et des mesures sociales en Afghanistan, en Égypte, en Jordanie, au Liban, au Pakistan, en Palestine, en République arabe syrienne, en Tunisie et au Yémen.

20. Des épidémiologistes ont été déployés pour renforcer la surveillance en Afghanistan, en Libye, au Maroc, au Pakistan et au Soudan. Des évaluations de la surveillance fondée sur les événements ont été menées en Afghanistan, en Libye et au Soudan et ont donné lieu à l'élaboration de lignes directrices nationales en matière de surveillance fondée sur les événements en Afghanistan. Le pilier de l'OMS relatif à la surveillance a contribué aux missions sur le terrain en Afghanistan, en Jordanie, au Liban, en Libye, au Pakistan, au Soudan, en République arabe syrienne et en Tunisie.

21. Des stratégies régionales de recherche des contacts ont été lancées et les activités dans ce domaine ont été soutenues en Afghanistan, en Jordanie, au Liban et en Tunisie. La formation sur Go Data, l'outil électronique de recherche des contacts, a été dispensée en Égypte, en Libye et en République arabe syrienne.

22. Des technologies innovantes ont été recensées pour améliorer la détection des événements de santé publique. Grâce à la plateforme EIOS, l'OMS a commencé à utiliser des outils pour recueillir des informations sur les médias sociaux. Entre le 1^{er} juin 2020 et le 31 mai 2021, près de 2000 éléments d'information ont été enregistrés par le biais de l'analyse des médias, y compris 200 informations issues des médias sociaux ; un total de 69 signes ont été enregistrés, et 20 nouveaux événements ont été suivis ; 10 évaluations rapides de risques et analyses de la situation de santé publique ont été effectuées pour le VIH au Pakistan, le paludisme à Djibouti et au Pakistan, l'explosion du port au Liban, les inondations et la violence intercommunautaire au Soudan, l'escalade de la violence dans le territoire palestinien occupé et les situations d'urgence complexes en Afghanistan ; six mises à jour ont été publiées sur le site Web du Bureau régional consacré à l'information sur les événements du RSI, cinq bulletins d'information sur les flambées épidémiques ont été publiés sur le site Web du Bureau régional, et 253 bulletins quotidiens de signes et d'événements et 50 résumés hebdomadaires d'événements ont été diffusés.

23. L'élaboration d'une stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies a débuté après le recensement des activités de surveillance régionales et un examen de la littérature.

24. Le cadre de suivi de la réponse du groupe sectoriel pour la santé a été élaboré et les données pour 2019 et 2020 ont été collectées.
25. Le système de surveillance de la disponibilité des ressources et des services de santé (HeRAMS) a été déployé au Pakistan (Baloutchistan) et en Somalie. Une vidéo destinée à promouvoir le système HeRAMS au Yémen a été réalisée.
26. L'OMS a organisé plusieurs sessions de formation sur divers thèmes liés à la gestion de l'information, dont un cours de trois jours sur le logiciel « R » à l'intention de 21 participants à Beyrouth (Liban).

Gestion des épidémies et pandémies

27. La Région de la Méditerranée orientale continue de faire face à de graves menaces pour la santé publique dues à des épidémies de maladies infectieuses émergentes et réémergentes et à d'autres urgences de santé publique. Les situations d'urgence humanitaire complexes et les conflits prolongés qui sévissent dans plusieurs pays de la Région ne font qu'aggraver des systèmes de santé déjà fragiles, rendant la maîtrise et la prévention des maladies infectieuses émergentes extrêmement difficiles. Le Bureau régional de l'OMS fournit aux États Membres un appui stratégique, opérationnel et technique pour détecter les agents pathogènes émergents et à haut risque, mener des investigations et riposter, et prévenir leur propagation internationale. Bien que les capacités nationales essentielles de préparation continuent de progresser, de nombreux pays de la Région restent vulnérables aux menaces émergentes des maladies infectieuses.

28. En 2020, sept des 22 pays/territoires de la Région ont connu 14 flambées épidémiques majeures causées par 10 maladies (à l'exclusion de la COVID-19) susceptibles de se propager à l'échelle internationale. Parmi les flambées détectées, investiguées et rapidement combattues figurent la poliomyélite en Afghanistan et au Pakistan, le chikungunya en Somalie et au Soudan, le choléra en Somalie et au Yémen, la dengue au Pakistan et au Yémen, la diphtérie au Soudan et au Yémen, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo en Afghanistan, la varicelle et la fièvre typhoïde ultrarésistante au Pakistan, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) en Arabie saoudite et aux Émirats arabes unis et la fièvre hémorragique virale au Soudan. Au total, 241 190 cas et 302 décès ont été causés par ces flambées dans sept pays. La probabilité de l'émergence et de la transmission rapide de la grippe aviaire hautement pathogène ou d'un autre nouveau virus grippal chez l'homme a augmenté ces dernières années dans la Région, certains pays ayant signalé des flambées de grippe aviaire dans les élevages de volailles ou chez les oiseaux sauvages.

29. L'OMS a continué d'élaborer des stratégies, des orientations techniques, des rapports épidémiologiques et d'autres produits d'information sur les maladies infectieuses émergentes qui touchent la Région et de les mettre à la disposition des États Membres. En octobre 2020, le Comité régional a approuvé le cadre stratégique régional pour la prévention et la maîtrise des maladies émergentes et à tendance épidémique (dans sa résolution EM/RC67/R.1), et plusieurs pays ont déjà commencé à mettre en œuvre ses recommandations. D'autres documents techniques ont été élaborés, notamment le cadre stratégique régional actualisé de lutte contre le choléra, un rapport régional mettant en lumière les flambées épidémiques de ces 10 dernières années, un manuel pour estimer la charge des maladies et des syndromes transmissibles aigus dans les zones d'habitation des populations déplacées, du matériel de communication sur les risques liés aux maladies infectieuses émergentes, un protocole d'évaluation actualisé du réseau d'alerte précoce et réponse (réseau APER) avec des points de référence, des orientations sur la stratégie de transition et de sortie du réseau APER et un module de formation pour la mise en œuvre sur le terrain de ce réseau. Des modules de formation pour la mise en œuvre du réseau APER, les opérations des équipes d'intervention rapide et les soins intensifs/critiques pour les infections respiratoires aiguës sévères ont été élaborés et partagés avec les pays de la Région. Parmi les autres rapports d'information produits et diffusés figurent 52 bulletins hebdomadaires de surveillance épidémiologique, des rapports hebdomadaires et mensuels régionaux et nationaux sur le choléra, la grippe, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient et la COVID-19, ainsi que le rapport annuel 2019 sur les flambées épidémiques dans la Région. Tous les outils techniques ont été régulièrement publiés sur le site Web du Bureau régional ou diffusés sur d'autres réseaux.

30. Le renforcement de la surveillance des alertes et des interventions rapides dans les pays confrontés à des situations d'urgence complexes ou dotés de systèmes de surveillance des maladies infectieuses peu performants reste une priorité essentielle pour la Région. L'OMS a fourni un appui technique pour renforcer, améliorer et

étendre les systèmes de surveillance APER en Libye et au Yémen. Elle a ainsi aidé ces pays à détecter rapidement les flambées de maladie, à comprendre le risque de transmission des menaces épidémiques et à suivre l'évolution de la morbidité et de la mortalité parmi les populations déplacées et touchées par la crise. Des missions techniques ont été déployées en Libye afin d'évaluer l'efficacité et l'utilité du réseau APER pour détecter et confirmer les maladies prioritaires et y répondre. Le séminaire-atelier sous-régional annuel du réseau APER s'est concentré sur la transition des systèmes APER dans les situations d'urgence vers des systèmes de surveillance systématiques ou nationaux, et a réuni des représentants des ministères de la Santé et des bureaux nationaux de l'OMS d'Afghanistan, d'Iraq, de Libye, de la République arabe syrienne, de Somalie, du Soudan, et du Yémen, qui ont tous contribué à l'élaboration d'une feuille de route pour la transition.

31. La mise en place et le renforcement des capacités des équipes d'intervention rapide dans les pays pour riposter rapidement et efficacement aux flambées épidémiques et autres risques pour la santé publique est l'une des exigences pour les capacités principales du RSI. L'OMS a soutenu les efforts visant à renforcer et à développer les capacités d'investigation des épidémies et de vérification et de riposte aux menaces pour la santé publique par la formation et la mise en œuvre d'équipes d'intervention rapide nationales et infranationales dans six pays de la Région. Toutes les équipes d'intervention rapide nationales et infranationales formées ont soutenu activement les activités d'enquête et de riposte contre la COVID-19, le choléra, la rougeole et d'autres flambées épidémiques spécifiques à des maladies détectées dans la Région, et y ont contribué. Les équipes nationales d'intervention rapide de la Région ont pris part à une série mondiale de formations virtuelles axées sur la recherche des contacts dans le cadre de la COVID-19, la communication sur les risques et la mobilisation communautaire et la gestion des données, auxquelles ont participé 500 personnes issues de 20 pays. L'OMS a mis au point des techniques d'évaluation utilisant des indicateurs clés de performance pour évaluer le fonctionnement et les opérations des équipes d'intervention rapide afin de suivre les progrès et d'identifier les lacunes.

32. Des déploiements de renforts techniques ont été effectués avec succès : un spécialiste de la gestion intégrée des vecteurs au Soudan pour soutenir la prévention et la maîtrise des maladies à transmission vectorielle ; trois épidémiologistes se sont rendus en urgence au Yémen pour renforcer la surveillance du réseau APER et contribuer à la riposte à la COVID-19 ; un épidémiologiste en République arabe syrienne pour soutenir la surveillance épidémiologique et biologique de la COVID-19 ; et un expert de laboratoire du Center of Disease Control and Prevention chinois (China CDC) au Bureau régional de l'OMS pour soutenir les services de laboratoire pour la lutte contre la COVID-19 identifiés par le biais du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN). Par l'intermédiaire du réseau GOARN, des experts ont également été déployés dans le cadre des missions d'appui aux pays pour la riposte à la COVID-19 en Afghanistan, en République islamique d'Iran, en Iraq, au Liban et au Soudan, ainsi qu'au Bureau régional.

33. Grâce au mécanisme de contribution de partenariat du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (PIP), l'OMS a apporté un soutien direct aux pays de la Région en ce qui concerne l'amélioration et le maintien des capacités existantes de surveillance et de riposte pour la grippe et d'autres infections respiratoires ; le maintien et le renforcement des capacités de laboratoire des centres nationaux de la grippe et des laboratoires de la grippe ; la détermination du caractère saisonnier et des facteurs de risque de la grippe saisonnière et une meilleure compréhension de l'épidémiologie de la grippe et de la charge de morbidité pour les maladies associées à la grippe ; et le plaidoyer en faveur de politiques de vaccination contre la grippe saisonnière qui favoriseront l'introduction et l'utilisation accrue des vaccins contre la grippe dans les groupes à haut risque de la Région. Le pourcentage de pays ayant communiqué des données sur la grippe aux plateformes de notification de cas EMFLU et FluNet est passé de 83 % en 2017 à 94 % en 2019, mais il a chuté pour atteindre 58 % en 2020 en raison de la pandémie de COVID-19. Le nombre de pays qui partagent des échantillons cliniques ou de virus de la grippe avec les centres collaborateurs de l'OMS a également diminué au cours de la pandémie, 11 pays seulement ayant partagé des échantillons cliniques ou de virus de la grippe en 2020 pour la sélection des souches vaccinales contre la grippe. Toutefois, malgré les difficultés rencontrées, de nombreux pays de la Région ont progressivement relancé leurs activités de surveillance sentinelle de la grippe et augmenté le nombre d'échantillons collectés et testés pour la grippe et le SARS-CoV-2. En conséquence, la communication des données épidémiologiques et virologiques sur la grippe a progressivement augmenté dans toute la Région au cours de 2021.

34. Grâce à son expertise en matière de diagnostic biologique des agents pathogènes à haut risque, l'OMS a aidé les pays à renforcer leurs capacités de détection et d'identification des virus de la grippe saisonnière, zoonotique et pandémique ainsi que d'autres agents pathogènes respiratoires émergents, et à améliorer leurs capacités de diagnostic des maladies à transmission vectorielle et hydrique et des maladies diarrhéiques. L'OMS a également soutenu le déploiement de spécialistes de laboratoire afin d'améliorer ou d'établir des systèmes de transfert des patients vers les laboratoires nationaux ou internationaux pour lutter contre les agents pathogènes à haut risque dans les pays à faible revenu. L'envoi des échantillons des laboratoires nationaux aux laboratoires de référence régionaux ou internationaux a été facilité par l'OMS grâce à un système performant de transport des échantillons.

35. L'OMS a soutenu les pays de la Région et les a encouragés à utiliser et à tirer parti de leurs capacités existantes en matière de tests moléculaires et de séquençage pour le dépistage de la grippe saisonnière et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient pour les utiliser pour le dépistage du SARS-CoV-2, de façon à gagner du temps et à économiser des ressources. Parallèlement, les capacités d'analyse moléculaire ont été renforcées dans toute la Région, passant de 19 centres nationaux de la grippe et autres laboratoires nationaux de la grippe disposant des capacités nécessaires à la RT-PCR (réaction en chaîne par polymérase en temps réel) à plus de 600 laboratoires de santé publique au niveau infranational, en plus des laboratoires privés et universitaires. À mesure que de nouveaux variants du SARS-CoV-2 apparaissent, il devient important d'établir et de renforcer la capacité de surveillance du séquençage génomique dans la Région afin de détecter, d'identifier et de surveiller les variants du SARS-CoV-2 en circulation. Au 30 mai 2021, 14 des 22 pays/territoires de la Région avaient mis au point des capacités de séquençage génomique pour détecter et surveiller les nouveaux variants, tandis que l'OMS a facilité l'expédition des échantillons de ceux qui ne disposent pas de capacités de séquençage génomique à deux laboratoires régionaux de référence qui se trouvent aux Émirats arabes unis, à Oman, ainsi qu'à d'autres laboratoires internationaux de référence. L'OMS a continué de plaider en faveur de l'utilisation des capacités de séquençage existantes dans le secteur privé et les établissements universitaires, afin de compléter les efforts déployés par les pouvoirs publics pour étendre ces capacités. L'OMS a continué d'apporter son soutien aux pays en réactivant et en maintenant la surveillance de la grippe et du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), et en menant une investigation sérologique sur la transmission du MERS-CoV au sein des populations à haut risque dans deux pays.

36. L'OMS a soutenu et facilité l'évaluation annuelle du Projet OMS d'évaluation externe de la qualité (EQAP) pour la détection des virus de la grippe et du SARS-CoV-2 par RT-PCR, dans le but d'améliorer les capacités et les performances des laboratoires de détection dans la Région. Les résultats de l'évaluation donnent l'occasion d'évaluer les performances des laboratoires par rapport aux normes de qualité internationales et aideront l'OMS à déterminer les lacunes en matière de capacités dans les États Membres ainsi que l'appui technique et les ressources nécessaires pour y remédier. En 2020, les 27 laboratoires nationaux et 249 laboratoires infranationaux de la Région ont participé à l'évaluation de l'EQAP pour la détection du SARS-CoV-2 à l'aide de tests moléculaires de routine, et 95 % d'entre eux ont obtenu un score global supérieur à 90 %. L'OMS et ses partenaires ont dispensé une formation technique aux laboratoires pour combler les lacunes en matière de capacités et renforcer les connaissances et les compétences du personnel technique des laboratoires dans le domaine de la détection et du diagnostic des maladies infectieuses émergentes. Plus de 200 agents de laboratoire de 22 pays/territoires ont ainsi été formés en 2020.

37. L'OMS a continué d'apporter son appui aux pays de la Région pour renforcer la capacité de prise en charge clinique des maladies causées par des agents pathogènes à haut risque, notamment la COVID-19, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient, la grippe et la fièvre hémorragique. Des moyens de renforts ont été fournis aux pays de la Région pour répondre à la demande urgente de renforcement de la prise en charge des cas de COVID-19, par le biais de formations de courte durée et d'un réseau de partage de connaissances, afin de renforcer les capacités des personnels de santé dans ce domaine. Des formations à la demande, comprenant un cours d'introduction à la prise en charge des soins critiques et des soins intensifs (d'une durée de quelques jours à deux mois) et une session en ligne, ont été menées par le personnel technique de l'OMS en personne et virtuellement en Afghanistan, en Iraq, en Jordanie, au Liban, au Pakistan, en Palestine, en Somalie et au Yémen. Pour faire face à l'augmentation massive de la demande d'oxygène médical et de dispositifs d'administration d'oxygène pour les patients atteints de COVID-19, l'OMS a également mis au point un cours de formation sur leur utilisation sans risque. Un webinaire régional a été organisé deux fois avec la participation de nombreux agents de

santé et autorités sanitaires de toute la Région. L'OMS a également mis au point un outil d'évaluation des risques liés à l'oxygène et aux incendies, destiné à être adopté par les établissements de santé dont les ressources sont limitées, et a organisé des sessions de formation pour l'Iraq après une série d'incendies liés à l'oxygène. Outre ces sessions de formation, des missions techniques ont été effectuées par le personnel du Bureau régional afin d'évaluer et de suivre les pratiques de prise en charge clinique, et d'aider les pays à élaborer et à adapter les modes opératoires normalisés des soins intensifs au contexte local. Un soutien a également été apporté pour que les achats soient effectués en temps utile afin de remédier aux pénuries identifiées, notamment en ce qui concerne le matériel biomédical/de soins intensifs, les fournitures et les outils de formation. Au 31 mai, plus de 20 000 agents de santé avaient été formés à la prise en charge des cas de COVID-19 dans 10 pays/territoires de la Région.

38. En collaboration avec le système de chaîne d'approvisionnement des Nations Unies pour la COVID-19, l'OMS a fourni un appui à 16 pays pour l'achat d'oxygène médical et d'équipements biomédicaux et de fournitures biomédicales afin de combler les lacunes dans les établissements de soins de santé locaux. Le Bureau régional a organisé des webinaires régionaux portant sur un outil de prévision biomédicale et sur l'utilisation de l'oxygène et des équipements biomédicaux. La cartographie de la capacité régionale en oxygène est en cours afin de permettre un approvisionnement proactif et durable en oxygène dans les milieux aux ressources limitées.

39. L'OMS a apporté son appui à 10 pays (Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman et Pakistan) de la Région pour qu'ils rejoignent l'essai mondial « Solidarity » portant sur les traitements et d'autres travaux de recherche clinique visant à trouver un traitement efficace contre la COVID-19, tandis que plusieurs pays ont apporté leur contribution à la plateforme clinique mondiale de l'OMS pour le partage des données relatives aux patients qui sont atteints de COVID-19 (la Jordanie en a été le principal contributeur). Parmi les autres projets régionaux de recherche clinique en cours figurent une étude sur les erreurs de médication dans le contexte de la COVID-19 et une étude régionale d'évaluation des capacités des ressources humaines en soins intensifs.

40. L'OMS a continué d'aider les pays de la Région à renforcer leurs capacités de communication sur les risques en situation d'urgence pour la lutte contre les flambées de maladies infectieuses émergentes. Un séminaire-atelier a été organisé pour compléter les trois premières étapes (formation, cartographie des capacités et développement de la planification) d'un programme en cinq étapes pour la communication sur les risques en situation d'urgence en Égypte, auquel ont participé plus de 30 personnes, dont des experts en risques biologiques et les personnels de différentes sections des ministères de la Santé et de l'Agriculture et de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO). L'un des principaux résultats du séminaire-atelier a été la rédaction de deux plans de communication sur les risques relatifs la préparation à la grippe et la préparation à tous les risques, qui seront finalisés par le ministère de la Santé et de la Population.

41. La gestion des menaces de maladies infectieuses dans la Région de la Méditerranée orientale, en particulier celles à tendance épidémique ou pandémique, reste difficile. Les défis auxquels les pays sont confrontés sont notamment les suivants : faibles capacités de préparation et de riposte, en particulier dans les pays actuellement confrontés à des urgences humanitaires complexes ; investissements limités dans le renforcement et le maintien des capacités nationales et infranationales pour la prévention, la préparation, la détection et la riposte aux flambées épidémiques de maladies émergentes ; communication insuffisante et tardive des informations par les pays avec l'OMS concernant les flambées ; faibles capacités de diagnostic biologique pour détecter et confirmer la présence d'agents pathogènes à haut risque dans certains pays de la Région ; ressources insuffisantes pour soutenir la mise en œuvre des activités prioritaires de prévention, de préparation, de détection et de riposte rapide ; et pénuries récurrentes de kits de diagnostic et d'autres fournitures de laboratoire.

Riposte aux situations d'urgence sanitaire

42. La Région de la Méditerranée orientale abrite 101 millions de personnes qui ont besoin d'une aide humanitaire (soit 43 % du total mondial) et 64 % des réfugiés dans le monde sont originaires de cette Région. Les situations d'urgence prolongées, aggravées par le risque d'attaques contre les services de soins de santé, font converger les préoccupations humanitaires et de sécurité sanitaire. Les incertitudes politiques et les

différents niveaux de développement économique dans la Région empêchent une gestion rapide et adéquate des situations d'urgence en matière de santé publique.

43. En 2020, le Bureau régional de l'OMS a lancé sa riposte à la pandémie de COVID-19, tout en assurant un équilibre des interventions en cas de situations d'urgence simultanées dues à des risques multiples : sociétaux, naturels et technologiques. Sur les 22 pays/territoires de la Région, neuf ont connu des urgences humanitaires de grande ampleur au cours de l'année.

44. Au Yémen, l'OMS a continué de soutenir la prestation de services de santé dans 72 hôpitaux. Plus de 40 000 enfants ont été traités pour malnutrition aiguë sévère, le taux de guérison étant de 91 % et le taux de létalité bien inférieur à 1 %, conformément aux normes internationales.

45. Au Yémen et en Somalie, l'OMS a continué de soutenir la fourniture de services de soins de santé primaires et secondaires en accordant la priorité aux populations vulnérables. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS a mené des campagnes de vaccination orale contre le choléra dans les districts à haut risque des deux pays, et a administré 3,8 millions de doses. Au Yémen, plus d'un million d'enfants ont été protégés contre des maladies à prévention vaccinale ; la malnutrition aiguë sévère a été prévenue chez plus de 100 000 enfants de moins de cinq ans ; et près de 24 500 enfants ont été traités pour des maladies telles que la diarrhée, le paludisme et la pneumonie. L'OMS et les partenaires du groupe de sectoriel pour la santé ont fourni des incitations financières à près de 25 000 membres du personnel en première ligne au Yémen.

46. En Somalie, une mission de l'OMS à trois niveaux avait pour but de convenir de l'approche la plus efficace pour favoriser simultanément le renforcement des systèmes de santé, promouvoir la sécurité sanitaire et assurer une réponse globale aux besoins humanitaires. Le résultat le plus notable de la mission à ce jour a été la refonte de l'ensemble des services essentiels.

47. En République arabe syrienne, l'OMS a maintenu son engagement pour répondre aux besoins sanitaires des populations touchées par les conflits, a comblé les lacunes critiques dans les soins de santé primaires et secondaires, a fourni des médicaments et des fournitures essentiels et a renforcé les chaînes d'approvisionnement médical transfrontalières. L'OMS continue d'appliquer une approche de riposte globale pour l'ensemble du territoire syrien. La décision du Conseil de sécurité des Nations Unies de mettre fin à l'opération transfrontalière dans le nord-est de la République arabe syrienne a obligé l'OMS et ses partenaires à trouver des solutions aux contraintes liées aux opérations transfrontalières. En réponse, l'OMS a déployé du personnel dans le nord-est de la République arabe syrienne pour établir un dialogue et une coordination avec les partenaires. En 2020, l'OMS a organisé six convois routiers et 13 ponts aériens couvrant 45 % des besoins estimés. Une opération transfrontalière robuste a été maintenue depuis Gaziantep, dans le sud de la Turquie, vers le nord-ouest de la République arabe syrienne, malgré la fermeture du poste-frontière Bab Al Salam. Dans les zones qui ne sont pas contrôlées par le Gouvernement en République arabe syrienne, la prestation de services a été soutenue en grande partie par des organisations non gouvernementales partenaires. Dans l'ensemble du pays, un taux de consultation de 1,15 consultation par personne et par an a été atteint (conformément aux normes internationales), en plus de la prise en charge de 270 221 consultations pour traumatismes et de 241 423 pour les services de santé mentale et de soutien psychosocial.

48. Au Soudan, une situation d'urgence de niveau 2 a été déclarée lors des inondations dévastatrices de septembre 2020. Un système de gestion des incidents a été mis en place et activé pour coordonner la riposte opérationnelle. Une expertise technique a été fournie aux autorités sanitaires des pays et des ressources ont été mobilisées par le biais du Fonds de réserve pour les situations d'urgence afin d'organiser une riposte rapide.

49. En réaction à l'explosion de grande ampleur qui a touché le port de Beyrouth (Liban) en août 2020, des fournitures pour les soins de traumatologie ont été distribuées dans les 26 heures qui ont suivi l'explosion depuis la plateforme logistique de l'OMS à Dubaï (Émirats arabes unis). La riposte à la COVID-19 a ensuite été intégrée à la réponse post-explosion en cours, dans laquelle l'OMS a joué un rôle de coordination. L'OMS a fourni des équipements de protection individuelle et des kits de soins chirurgicaux et de traumatologie aux

hôpitaux touchés par l'explosion, a aidé le programme national de santé mentale dans l'élaboration de matériels de sensibilisation, a transféré les entrepôts endommagés dans de nouveaux locaux et a évalué les dégâts dans les hôpitaux.

50. En Afghanistan, le retrait de la présence militaire étrangère, récemment amorcé, a augmenté le risque de violence et de déplacement interne, entraînant des implications régionales, notamment un débordement dans les pays voisins tels que la République islamique d'Iran, l'Ouzbékistan, le Pakistan, le Tadjikistan et le Turkménistan. Cela a également réduit la capacité des organismes à fournir une aide humanitaire en raison des espaces limités pour les opérations. La pénurie de médicaments et de fournitures a eu un impact sur la riposte à la COVID-19 en Afghanistan. En mai 2021, le nombre de cas de traumatisme avait augmenté de 58 % par rapport à 2020. L'OMS a activé son système de gestion des incidents et travaille avec ses partenaires pour renforcer les capacités en matière de prise en charge d'un grand nombre de victimes et de soins traumatologiques, dans le but de diffuser les connaissances dans les zones difficiles d'accès.

51. En Palestine, les bombardements aériens sur la bande de Gaza pendant l'escalade des tensions avec Israël en Cisjordanie, y compris Jérusalem-Est, ont fait un nombre considérable de morts et de blessés. Du 7 au 19 mai, 227 personnes ont été tuées et 1620 blessées dans la Bande de Gaza ; 27 personnes ont été tuées et 6772 ont été blessées en Cisjordanie, y compris à Jérusalem-Est ; et 91 établissements de soins ont été attaqués à la fois dans la Bande de Gaza et en Cisjordanie, y compris à Jérusalem-Est. Dans la Bande de Gaza, 19 établissements de soins de santé ont été endommagés, dont le dispensaire de soins de santé primaires Hala Al-Shawa. Le Ministère de la Santé palestinien a activé la cellule commune des opérations d'urgence pour la Cisjordanie et la Bande de Gaza, avec l'appui technique et une représentation de l'OMS. En outre, l'OMS a acheté localement des médicaments essentiels et des articles médicaux jetables d'une valeur de 160 000 dollars des États-Unis (US) afin de soutenir les soins de traumatologie et les services d'ambulance dans la Bande de Gaza. L'OMS a également acheté des médicaments essentiels et des produits médicaux jetables d'une valeur de 200 000 dollars US et les a livrés à la Société du Croissant-Rouge palestinien et aux hôpitaux de Makassed à Jérusalem-Est, afin de prendre en charge près d'un millier de blessés.

52. Malgré les efforts de sensibilisation de la part de l'OMS et de ses partenaires, des attaques contre des établissements de santé sont encore signalées dans certains pays/territoires de la Région. En 2020, 228 cas d'attaques perpétrées contre les services de soins de santé ont été enregistrés dans six pays/territoires (Afghanistan, Libye, Palestine, République arabe syrienne, Somalie et Yémen). Ces incidents ont fait 89 morts et 197 blessés parmi les agents de santé et les patients. Selon le système de surveillance de l'OMS pour les attaques contre les structures médicales, en 2020, l'Afghanistan a comptabilisé le plus grand nombre d'attaques de ce type parmi les 14 pays qui communiquent leurs données au système à l'échelle mondiale, et a signalé 63 incidents qui ont entraîné 36 décès et 61 blessés parmi les agents de santé et les patients au 5 décembre 2020.

Progrès réalisés par les États Parties dans l'application du RSI (2005), y compris le rapport de la Commission d'évaluation régionale

Cadre de suivi et d'évaluation du RSI

53. Le cadre de suivi et d'évaluation du RSI est encore largement accepté et utilisé par les pays de la Région de la Méditerranée orientale. En 2020, 20 pays/territoires ont complété le rapport annuel d'auto-évaluation des États Parties pour le suivi des principales capacités requises conformément à l'article 54 du RSI (2005).

54. Comme indiqué dans le rapport sur l'application du RSI 2019, une évaluation externe conjointe a été menée dans 18 pays de la Région. Le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a apporté son soutien à la République arabe syrienne en 2019 pour mener la phase d'auto-évaluation de l'évaluation externe conjointe ; cette dernière était prévue en avril 2020, mais elle a été reportée en raison de la pandémie de COVID-19 et se déroulera donc en 2021. L'état d'avancement de la phase d'évaluation externe en République islamique d'Iran n'a pas encore été communiqué. Une évaluation externe du RSI a été réalisée en Palestine en 2016 et a donné lieu à un plan d'action quinquennal visant à renforcer la mise en œuvre des capacités requises au titre du RSI. Bien que l'outil des évaluations externes conjointes ait été dérivé du rapport annuel 2010 du RSI et qu'il n'ait pas été étendu aux domaines techniques de ce type d'évaluation, il a été décidé de s'appuyer sur cet exercice. Une évaluation externe conjointe peut avoir lieu une fois que le plan d'action pour

l'application du RSI aura été pleinement mis en œuvre. Des discussions sont en cours avec le Yémen concernant la planification d'une évaluation externe conjointe prévue cette année.

55. La majorité des pays de la Région ont mené des exercices théoriques et de simulation afin de tester leur état de préparation opérationnelle pour le déploiement du vaccin contre la COVID-19. Un programme de l'OMS pour la réalisation des exercices a été élaboré et partagé avec les pays. Une formation virtuelle a été organisée pour faciliter la mise en œuvre du programme.

56. Le Bureau régional de l'OMS a encouragé les examens de l'action en cours, qui sont conçus sur le modèle de l'examen *a posteriori* de l'OMS, et a fourni aux pays des orientations à ce sujet. Jusqu'à présent, 11 pays (Afghanistan, Bahreïn, Égypte, Jordanie, République islamique d'Iran, Iraq, Koweït, Liban, Pakistan, République arabe syrienne et Tunisie) ont réalisé des examens de l'action en cours pour analyser leur riposte à la COVID-19, en mettant l'accent sur tous les piliers stratégiques, notamment le maintien des services essentiels et la vaccination. D'autres pays (l'Arabie saoudite, le Qatar, la Somalie et le Soudan) ont demandé de l'aide à l'OMS pour mener à bien les examens de l'action en cours, qui devraient avoir lieu entre septembre et décembre 2021. La République islamique d'Iran a également demandé la réalisation d'un deuxième examen de l'action en cours, prévu en septembre 2021. Il est fortement recommandé de mener ce type d'examen afin de continuer à mettre l'accent sur les meilleures approches pour maîtriser les flambées épidémiques.

Principales capacités requises au titre du RSI

57. L'analyse des données du rapport annuel d'auto-évaluation des États Parties pour 2020 indique que le score moyen global pour les capacités principales requises au titre du RSI pour la Région en 2020 était de 66 %, se classant légèrement au-dessus de la moyenne régionale de 63 % signalée en 2019 et de la moyenne mondiale de 65 %. Les scores moyens de mise en œuvre les plus élevés ont été obtenus pour les capacités liées à la surveillance, aux laboratoires, aux événements zoonotiques et à l'interface homme-animal, chacune ayant atteint 73 %, suivis de la coordination du RSI (70 %). Les domaines les moins performants concernaient les capacités liées à la gestion des événements d'origine chimique (56 %), suivies par les points d'entrée (58 %), la sécurité sanitaire des aliments (60 %) et la communication sur les risques et la gestion des situations d'urgence radiologique (61 %). Les scores des 13 capacités requises en vertu du RSI dans chaque pays sont présentés dans l'Annexe.

58. Un résumé des résultats des 11 examens de l'action en cours a révélé que, malgré les multiples crises, les pays de la Région ont été en mesure de maintenir une riposte efficace à la pandémie de COVID-19 : les ministères de la Santé et les responsables gouvernementaux ont fait preuve d'un leadership solide dans la riposte et un nombre d'entre eux ont lancé une approche pangouvernementale ; les pays ont investi dans des groupes spéciaux nationaux chargés de coordonner la riposte contre la COVID-19 ; tous les pays ont pris des décisions rapides, telles que la suspension des vols, la fermeture des écoles et des établissements publics et plusieurs autres mesures sociales, qui pourraient avoir contribué à réduire les taux de transmission au début de la pandémie ; les pays ont augmenté leurs capacités de laboratoire, de dépistage et d'échantillonnage ; les capacités en soins intensifs ont considérablement augmenté, bien qu'elles soient bien en deçà des besoins dans de nombreux pays à faible revenu et à revenu intermédiaire de la tranche inférieure ; l'approvisionnement pour la vaccination systématique et la prestation de services n'ont pas été largement perturbés ; et les ministères de la Santé et les partenaires ont mené des campagnes de sensibilisation pour renforcer la confiance du public dans le leadership du ministère de la Santé en luttant contre la désinformation et l'« infodémie », pour permettre au public de disposer d'informations précises sur les mesures préventives de santé publique et sociales. Cependant, des mesures inadéquates de prévention et de lutte contre les infections ont été observées dans de nombreux pays, notamment l'absence de programmes nationaux, et (en dehors de la vaccination systématique) le recours aux services de santé a été considérablement compromis en raison des restrictions de mouvement, de la peur liée à la COVID-19 et d'autres facteurs. Les conclusions de la deuxième phase de l'enquête indicative nationale de l'OMS sur la continuité des services de santé essentiels pendant la pandémie de COVID-19 ont montré qu'une année après la pandémie, les systèmes de santé du monde continuent à faire face à des difficultés. Presque tous les pays participants (21 issus de la Région de la Méditerranée orientale) ont fait état de perturbations dans un ou plusieurs services de santé essentiels, et des perturbations ont été

signalées sur toutes les plateformes de prestation de services et dans tous les domaines de santé. La perturbation de ces services essentiels aura des conséquences sur la santé et le développement pendant de nombreuses années.¹

59. Bien que la riposte globale à la COVID-19 ait démontré de nombreux éléments positifs, l'efficacité de la riposte a varié d'un pays à l'autre et de nombreux défis ont été identifiés. Parmi ceux-ci, figurent la fragmentation des systèmes de surveillance, les lacunes au niveau de l'échange d'informations entre les États Membres, les lacunes en matière de prévention et de lutte contre les infections, le faible respect des mesures de santé publique et des mesures sociales, la persistance des rumeurs et de la désinformation, et les lacunes en matière de mobilisation communautaire et de capacités à modifier les comportements. En bref, l'observation du Groupe indépendant sur la préparation et la réponse aux pandémies indiquant que le monde dans son ensemble n'était pas préparé à une pandémie est tout à fait exacte. Les examens de l'action en cours se sont conclus par une série de recommandations visant à relever ces défis. Les ministères de la Santé, avec l'appui de l'OMS et d'autres partenaires, doivent investir de toute urgence dans les ressources politiques, financières, techniques et opérationnelles pour mettre en œuvre les actions recommandées.

Plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire

60. Suite aux missions de l'évaluation externe conjointe, des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire ont maintenant été achevés dans 19 pays/territoires (y compris la Palestine). Ces plans devront être examinés dans le contexte de la riposte à la COVID-19, en tenant compte des enseignements tirés lors de cette riposte et des récents comités d'examen. Une évaluation des progrès réalisés dans la mise en œuvre de ces plans est en cours afin de comprendre le niveau de mise en œuvre, ainsi que les succès et les défis. Une fois celle-ci achevée, les plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire seront actualisés en conséquence. Un groupe de travail régional auquel participeront des experts de la Région des domaines du RSI et du développement des systèmes de santé sera créé pour guider le processus d'actualisation des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire en tant que partie intégrante du renforcement des systèmes de santé. Un guide régional sur l'actualisation des plans sera produit à partir de ce processus pour aider les pays lors des examens futurs.

Procédures au titre du Règlement

Urgence de santé publique de portée internationale

61. Le 30 janvier 2020, le Directeur général de l'OMS a déclaré que la COVID-19 constituait une urgence de santé publique de portée internationale. Les recommandations temporaires publiées par la suite par le Directeur général dans le cadre du RSI (2005) ont été acceptées et finalisées sur l'avis du Comité d'urgence convoqué au sujet de la pandémie. Le Comité d'urgence s'est réuni collectivement huit fois depuis la déclaration initiale, et a convenu à chaque fois à l'unanimité que l'épidémie continue de constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; il a par ailleurs révisé les recommandations temporaires en conséquence à chaque session pour refléter l'évolution des besoins. La mise en œuvre de ces recommandations dans les États Parties est en cours, des progrès ont ainsi été observés dans plusieurs domaines tels que la surveillance, les diagnostics biologiques, le maintien des services de santé essentiels et la communication sur les risques. D'autres recommandations n'ont pas été pleinement mises en œuvre dans certains États Parties, notamment celles relatives au partage exhaustif et en temps utile d'informations et de données avec l'OMS sur l'épidémiologie de la COVID-19, la surveillance des variants préoccupants, la lutte contre les infections, la prise en charge des cas et les soins critiques, les mesures de restriction sociale appropriées, les mesures et conseils concernant les voyages fondés sur l'évaluation des risques, le renforcement de la mobilisation communautaire, la participation au dispositif COVAX et l'équité dans l'accès au vaccin anti-COVID-19.

62. Les membres du Comité d'urgence ont été choisis parmi les experts figurant sur la liste du RSI. La Région de la Méditerranée orientale est représentée par des experts régionaux choisis parmi cette liste. D'autres experts ont également été choisis dans la Région en tant que conseillers auprès du Comité d'urgence.

¹ Second round of national pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic: January–March 2021. Interim report, April 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (<https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-EHS-continuity-survey-2021.1>, accessed 10 June 2021).

63. Comme stipulé par la résolution WHA73.1 (2020) sur la riposte face à la COVID-19, le Comité d'examen du RSI s'est réuni entre septembre 2020 et mai 2021 pour examiner la fonctionnalité du RSI au cours de la riposte, eu égard aux dispositions suivantes, sans toutefois s'y limiter : alerte en cas d'épidémie, vérification et évaluation des risques, partage d'informations et communication ; coordination et collaboration internationales pour la riposte ; convocation du Comité d'urgence, ses modalités de travail et déclaration d'une urgence de santé publique de portée internationale, y compris un niveau d'alerte intermédiaire ; mesures sanitaires supplémentaires en lien avec les voyages internationaux ; mise en œuvre et notification des principales capacités du RSI ; examen des progrès accomplis dans la mise en œuvre des recommandations des précédents Comités d'examen du RSI ; et toute autre disposition pertinente relative aux droits et obligations des États Parties et aux responsabilités de l'OMS pendant la riposte aux flambées.

64. Le Comité d'examen a mené ce travail par le biais de quatre sous-groupes sur l'alerte, la préparation, la riposte et la gouvernance. Tout au long du processus, le Comité d'urgence a tenu 28 séances plénières hebdomadaires de trois heures, des réunions virtuelles hebdomadaires pour chaque sous-groupe et des séances ouvertes pour les États Membres, les organismes des Nations Unies et les acteurs non étatiques. Des experts de la République islamique d'Iran, du Maroc, d'Oman et de la Tunisie ont participé à l'examen en qualité de membres du Comité d'urgence. Un expert jordanien a également participé à l'examen en qualité d'expert de l'OMS. Un rapport détaillé des conclusions de l'examen a été publié et présenté à l'Assemblée mondiale de la Santé.¹ Huit messages clés résultent de ce rapport :

- Le non-respect par les États Parties de certaines obligations en vertu du RSI, notamment en matière de préparation, a contribué à faire de la pandémie de COVID-19 une urgence de santé mondiale prolongée.
- La responsabilité de la mise en œuvre du RSI doit être portée au plus haut niveau gouvernemental.
- Un mécanisme de responsabilisation solide permettant d'évaluer et d'améliorer la conformité au RSI renforcerait la préparation, la coopération internationale et la notification en temps utile des événements de santé publique.
- L'alerte précoce est importante pour déclencher une action en temps utile, notamment pour permettre au Secrétariat de l'OMS d'utiliser les pouvoirs qui lui sont conférés par le RSI.
- Une riposte rapide exige une meilleure collaboration, une meilleure coordination et une plus grande confiance.
- L'application du principe de précaution dans la mise en œuvre des mesures relatives aux voyages pourrait permettre d'agir rapidement contre un agent pathogène émergent à potentiel pandémique.
- Une mise en œuvre efficace du RSI requiert un financement prévisible et pérenne, tant au niveau national qu'international.
- Une nouvelle ère de coopération internationale est nécessaire pour soutenir davantage la mise en œuvre du RSI.

Points focaux nationaux du RSI et informations relatives aux événements

65. Un soutien continu a été maintenu pour les points focaux nationaux du RSI afin d'améliorer leurs connaissances et leurs capacités à mettre en œuvre le RSI (2005). Cela a inclus une série de réunions virtuelles et de webinaires organisés avec les points focaux nationaux du RSI afin de renforcer leurs capacités et d'intensifier leur préparation et leur disponibilité opérationnelle, ainsi que leurs capacités de riposte, y compris face à la COVID-19.

66. Les points focaux nationaux du RSI de la Région ont consulté le site d'information sur les événements destiné aux points focaux nationaux du RSI 1012 fois au cours de la période allant du 1er juin 2020 au 24 mai 2021, les points focaux nationaux du RSI de l'Égypte, des Émirats arabes unis, de l'Iraq, de la République islamique d'Iran, du Koweït, du Maroc et d'Oman étant les utilisateurs les plus fréquents du site.

¹ Action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire. Renforcement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire : application du Règlement sanitaire international (2005). Rapport du Comité d'examen sur le fonctionnement du Règlement sanitaire international (2005) pendant la riposte à la COVID-19. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2021 (A74/9 Add.1; https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_9Add1-fr.pdf, consulté le 25 mai 2021).

67. Conformément à l'article 6 du RSI (2005), les pays sont tenus de notifier à l'OMS en temps voulu les événements de santé publique qui peuvent constituer une urgence de santé publique de portée internationale et de lui communiquer des informations détaillées à ce sujet. Malgré les efforts répétés déployés par l'OMS aux niveaux régional et national de l'Organisation, le partage en temps voulu d'informations détaillées sur les cas de COVID-19 est resté un défi dans la plupart des pays de la Région. Dans certains cas, les points focaux nationaux RSI avaient besoin de l'approbation de la plus haute autorité pour partager les informations, ce qui n'est pas conforme au mandat des points focaux nationaux RSI tel qu'explicitement défini dans l'article 4 du RSI (2005).

68. Au titre de l'article 10, concernant la vérification des informations, le RSI (2005) stipule que les États Membres accusent réception de ces demandes de vérification et fournissent en temps opportun les informations demandées concernant les événements de santé publique potentiels. Au cours de la période comprise entre le 1^{er} juin 2020 et le 31 mai 2021, des demandes de vérification concernant 70 signalements de menaces pour la santé publique, y compris pour la COVID-19, ont été émises. Toutes les demandes ont été traitées rapidement, conformément aux délais prescrits par le Règlement, mais pas toujours de manière exhaustive.

Voyages et mesures sanitaires supplémentaires

69. Des conseils aux voyageurs et des recommandations concernant la COVID-19 ont été régulièrement fournis aux pays, notamment les recommandations du Comité d'urgence du RSI chargé de procéder à une évaluation des risques pour éclairer les décisions relatives aux voyages.

70. Conformément aux obligations mutuelles énoncées à l'article 43 du Règlement et pour répondre aux exigences liées aux disparités et aux défis en matière de notification et de catalogage de ces mesures pendant la pandémie de COVID-19, le Bureau régional de l'OMS a développé la plateforme sur les mesures relatives aux voyages de la Région de la Méditerranée orientale en novembre 2020. La plateforme permet à chaque point focal national du RSI de signaler les mesures hebdomadaires via une connexion sécurisée, et une fonction de tableau de bord reflète la situation épidémiologique régionale hebdomadaire pour chaque mesure mise en œuvre dans chaque pays. Les utilisateurs de tous les pays de la Région peuvent donc se connecter à cette plateforme et accéder aux données en temps réel. Jusqu'à présent, tous les pays ont utilisé la plateforme pour fournir des informations validées.

71. Après la reprise généralisée du trafic commercial international à la fin de l'été 2020, les pays de la Région de la Méditerranée orientale ont continué à ajuster leurs mesures relatives aux voyages en réponse à l'évolution des préoccupations de santé publique pour la fin de l'année 2020 et pour 2021, notamment en appliquant des exigences en matière de quarantaine et de tests. Des restrictions à l'entrée ont aussi été appliquées. Par exemple, à la fin de 2020, les pays de la Région ont commencé à mettre en œuvre des restrictions pour faire face aux variants préoccupants émergents de la COVID-19. Actuellement, en date d'août 2021, 12 pays appliquent des restrictions d'entrée concernant les voyageurs en provenance d'Inde (11 pays), du Brésil (cinq pays), d'Afrique du Sud (cinq pays), du Viet Nam (cinq pays) et du Royaume-Uni (un pays).

72. Quelques pays ont maintenu leurs frontières en grande partie fermées, mais continuent d'accepter les voyages liés au rapatriement, au fret et aux besoins humanitaires. La situation du trafic maritime a suivi une évolution similaire, de nombreux pays de la Région ont assoupli les restrictions concernant les changements d'équipage et le mouvement général des marins, compte tenu des conséquences sur la chaîne d'approvisionnement mondiale et la santé des marins travaillant à bord des navires.

73. Actuellement, les pays de la Région mettent en œuvre des stratégies nationales visant à atténuer les risques associés aux voyages internationaux et augmentent leurs capacités aux points d'entrée. Ils mettent également en place certaines mesures concernant les passagers, notamment des exigences en matière de tests avant ou à l'arrivée, le dépistage des passagers sortant et entrant, et la mise en quarantaine pendant une période donnée.

74. Les pays de la Région se sont appuyés sur des stratégies de dépistage renforcées, et ont tous indiqué que les voyageurs étaient tenus d'apporter la preuve d'un résultat négatif au test PCR pour la COVID-19 avant de

voyager, en précisant que la période de validité des tests varie de 96 heures à 48 heures (avec une moyenne de 72 heures) avant le départ. Compte tenu de l'évolution de la situation épidémiologique mondiale, 15 pays de la Région exigent également des tests à l'arrivée (11 d'entre eux exigent des tests PCR et six des tests rapides, et deux pays donnent le choix entre les tests PCR et rapides).

75. Les pays de la Région ont adopté des approches mixtes en ce qui concerne les mesures de quarantaine, quatre pays appliquant une quarantaine à domicile, huit pays prévoyant une quarantaine institutionnelle et cinq pays imposant une combinaison des deux. Les délais de quarantaine varient de 3 à 21 jours (la moyenne étant de 14 jours). Il n'y a pas de quarantaine obligatoire dans les cinq autres pays de la Région.

76. Compte tenu de l'introduction récente des vaccins et du déploiement mondial, bien qu'inégal, des campagnes de vaccination de masse, la vaccination constitue un paramètre futur à surveiller dans le cadre des mesures relatives aux voyages. À ce jour, dans la Région, six pays exemptent les passagers complètement vaccinés du dépistage obligatoire et 10 pays exemptent les passagers complètement vaccinés de la quarantaine obligatoire. La vaccination est une condition d'entrée dans trois pays et trois pays reconnaissent les certificats d'immunité attestant de la guérison d'une infection antérieure à la COVID-19.

Fièvre jaune

77. La vaccination anti-marielle est requise pour les voyageurs se rendant dans certains pays et recommandée pour tous les voyageurs se rendant dans des zones où la fièvre jaune est endémique ou épidémique. Au mois de mai 2021, 16 pays (Afghanistan, Arabie saoudite,¹ Bahreïn, Djibouti, Émirats arabes unis, Iraq, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Tunisie) avaient répondu au questionnaire annuel sur les obligations concernant la vaccination anti-marielle pour les voyageurs internationaux. Parmi les 16 pays, sept pays exigent un certificat de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyageurs entrant dans leur pays et ont confirmé que la période de validité d'un certificat international de vaccination contre la fièvre jaune, au moyen des vaccins approuvés par l'OMS, sont désormais admis comme valables à vie pour la personne vaccinée, conformément à l'annexe 7 du Règlement, tel qu'amendé par la résolution WHA67.13 (2014).

Commission régionale d'évaluation du RSI

78. La Commission régionale d'évaluation du RSI a été créée suite à la demande de la soixante-deuxième session du Comité régional en octobre 2015 dans la résolution EM/RC62/R.3. Cette résolution concerne l'évaluation et le suivi de l'application du Règlement sanitaire international (2005) en tant qu'organe indépendant, composé d'experts des États Parties de la Région et de l'OMS, pour évaluer l'application du Règlement dans la Région et conseiller les États Membres sur les questions relatives à la mise en œuvre des capacités nationales essentielles requises au titre du Règlement.

79. Depuis sa création, la Commission régionale d'évaluation du RSI a organisé cinq réunions parallèlement aux réunions régionales annuelles des parties prenantes au RSI. Une première réunion a eu lieu pour convenir du mandat de la Commission et le finaliser. Les recommandations adressées aux États Membres lors de chaque réunion ont fait l'objet d'un suivi et les progrès réalisés dans leur mise en œuvre ont été présentés lors des réunions régionales du RSI. Comme indiqué dans le rapport de situation 2019 sur le RSI, la mise en œuvre des recommandations de la cinquième réunion de la Commission régionale d'évaluation du RSI a été retardée en raison de la COVID-19. Toutefois, certaines de ces recommandations étaient compatibles avec celles des comités d'urgence du RSI, en particulier celles liées à la communication sur les risques, à la mobilisation communautaire, à l'approche « Une seule santé », au renforcement de la préparation et à l'accélération de la mise en œuvre des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire.

80. Le premier cycle de la Commission régionale d'évaluation du RSI s'est achevé en février 2020. Selon le mandat de la Commission, au moins un tiers des membres doivent rester pour la deuxième session de la Commission afin d'assurer la continuité du travail. Des discussions sont actuellement en cours concernant de

¹ Le rapport de l'Arabie saoudite ne figure pas parmi les rapports en ligne sur les voyages internationaux et la santé en raison d'une soumission tardive. Le rapport reçu confirme qu'un certificat de vaccination anti-marielle est nécessaire pour les voyageurs âgés de neuf mois ou plus en provenance de pays et territoires exposés à la transmission de la fièvre jaune.

nouveaux processus mondiaux visant à faciliter la mise en œuvre du RSI. Le mandat de la Commission régionale d'évaluation du RSI nécessitera une révision, de même que sa composition, afin d'assurer son alignement sur les processus mondiaux afin de tenir compte des enseignements tirés dans le cadre de la riposte à la COVID-19. Le mandat affiné ainsi que la composition du comité seront communiqués lors de la soixante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale.

Mesures à prendre par le Comité régional

81. Le Comité régional est invité à prendre note du présent rapport et à encourager l'investissement dans les systèmes de préparation et de riposte face à la menace persistante que représentent les maladies infectieuses émergentes et réémergentes à potentiel épidémique et pandémique ; promouvoir l'élaboration et la mise en œuvre au niveau national de plans et de stratégies de prévention et de lutte contre les maladies infectieuses ; allouer des ressources suffisantes pour mettre en œuvre efficacement ces plans et stratégies au niveau national ; encourager la mise en œuvre des recommandations temporaires formulées par les sept Comités d'urgence du RSI et des messages et recommandations clés du Comité d'examen du RSI ; promouvoir la mise en œuvre de l'examen de l'action en cours de la riposte à la COVID-19 ; actualiser les plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire en tant que partie intégrante du renforcement des systèmes de santé ; et allouer des ressources pour mettre en œuvre ces plans.

Annexe

Suivi des capacités nationales au titre du Règlement sanitaire international (2005) : scores des capacités (%) pour tous les États Parties ayant transmis des rapports pour 2020

États Membres	Législation	Coordination	Zoonoses	Sécurité sanitaire des aliments	Laboratoires	Surveillance	Ressources humaines	Cadre national pour les situations d'urgence sanitaire	Prestation de services de santé	Communication sur les risques	Points d'entrée	Événements d'origine chimique	Urgences radiologiques
Afghanistan	33	90	80	20	60	70	40	80	53	20	30	20	20
Arabie saoudite	87	90	60	80	73	60	80	87	87	80	80	80	80
Bahreïn	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Djibouti	27	30	40	20	27	40	60	20	33	40	30	40	0
Égypte	93	90	80	80	73	100	80	100	100	60	100	80	80
Émirats arabes unis	100	100	100	100	100	90	60	100	100	100	100	100	100
Iran (République islamique d')	100	90	80	80	93	90	80	100	100	80	70	100	80
Iraq	47	70	100	40	73	70	100	87	80	100	60	40	100
Jordanie	53	50	60	40	53	40	20	40	67	20	80	20	20
Koweït	100	100	60	80	100	80	80	100	67	80	100	60	80
Liban	80	60	60	60	73	70	40	60	87	80	70	60	100
Libye	73	90	80	60	73	80	80	33	53	40	0	20	80
Maroc	87	50	80	80	87	80	80	80	67	80	70	80	60
Oman	80	90	80	80	80	90	40	93	93	60	80	80	80
Pakistan	33	50	60	40	60	60	60	60	47	20	40	40	100
Palestine	40	40	40	20	60	40	20	35	50	40	20	20	20
Qatar	93	100	100	80	100	100	80	80	100	100	80	80	100
République arabe syrienne	47	40	60	40	47	60	40	53	53	60	60	60	20
Somalie	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Soudan	47	60	60	80	60	80	60	60	27	40	40	40	40
Tunisie	67	70	100	80	100	80	80	73	80	60	50	80	40
Yémen	47	40	80	40	67	80	80	60	47	60	0	20	20