Organisation mondiale de la Santé
Région Méditerranée orientale

Comité régional de la Méditerranée orientale
Soixante-douzième session
Point 5 b) de l'ordre du jour provisoire

EM/RC72/7
Septembre 2025

Relèvement des systèmes de santé dans les situations de fragilité et de conflit dans la Région de la Méditerranée orientale

Résumé d'orientation

Les systèmes de santé de la Région OMS de la Méditerranée orientale sont soumis à une immense pression. Depuis avril 2025, la Région était confrontée à 16 situations d'urgence classées, et plus de 110 millions de personnes avaient besoin d'une aide humanitaire. Ces crises simultanées et prolongées dues à des conflits armés, à des catastrophes, à des flambées épidémiques, aux impacts des changements climatiques et à l'effondrement économique ont submergé les institutions, perturbé les services essentiels et accru les besoins humanitaires.

Ces défis ont inversé les progrès accomplis sur la voie de la réalisation des objectifs de développement durable (ODD) essentiels liés à la santé, en particulier en ce qui concerne la couverture sanitaire universelle (CSU) et la sécurité sanitaire. Les dommages causés aux infrastructures, le déplacement des personnels, la rupture des chaînes d'approvisionnement et la perte de confiance du public ont entravé l'accès aux soins.

Le relèvement est un élément à anticiper bien avant la fin d'une crise – ce processus est essentiel pour rétablir les services, reconstruire les capacités et assurer la résilience future, et il permet d'accélérer les objectifs de développement.

Le relèvement des systèmes de santé implique le rétablissement des services, la reconstruction des fonctions clés et le renforcement des capacités essentielles de santé publique. L'adoption d'une approche consistant à « reconstruire en mieux » offre également l'occasion de remédier aux faiblesses systémiques, de promouvoir l'équité et de réduire la vulnérabilité future, tout en faisant progresser la CSU et la sécurité sanitaire.

Le relèvement des systèmes de santé doit commencer tôt – souvent pendant la phase d'intervention humanitaire – et il est nécessaire de l'adapter aux réalités locales. Dans les situations de fragilité et de conflit, le relèvement est rarement linéaire ; il s'agit d'un processus qui doit faire preuve de souplesse, prendre en compte les risques de conflit et être mené par les dirigeants nationaux et locaux. Pour ce faire, il est également important de recourir à des approches de gestion des risques basées sur le nexus action humanitaire-développement-paix (HDP, triple nexus), qui soient pansociétales et pangouvernementales. Pour concrétiser cette vision, le document présente un cadre opérationnel et des mesures pratiques adaptables qui peuvent être intégrés aux stratégies et processus de relèvement nationaux et multisectoriels.

Le présent document s'appuie sur les expériences régionales et s'aligne sur le quatorzième programme général de travail de l'OMS (quatorzième PGT), le Plan opérationnel stratégique pour la Région de la Méditerranée orientale 2025-2028 et les Initiatives phares, ainsi que sur le programme de renforcement de la résilience formulé dans le document technique du Comité régional EM/RC69/4 sur la mise en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la CSU et assurer la sécurité sanitaire dans la Région. Il fournit des orientations pratiques aux États Membres, à l'OMS et aux partenaires et s'accompagne d'un projet de résolution exhortant à un engagement durable en faveur du relèvement en tant que fondement de systèmes de santé résilients.

Introduction

1. La Région OMS de la Méditerranée orientale est l'une des plus exposées aux crises dans le monde, de nombreux pays étant simultanément confrontés à des conflits armés, à des catastrophes naturelles, à des flambées épidémiques, aux impacts du changement climatique et à l'instabilité économique *(1,2)*. Depuis avril 2025, l'Organisation intervient dans 16 situations d'urgence classées[1] dans la Région, dont six classées de niveau 3, le niveau de gravité le plus élevé *(3)*. Selon les estimations, 110 millions de personnes vivant dans la Région ont besoin d'une aide humanitaire, ce qui représente un tiers de la charge mondiale *(4)*.

2. Une caractéristique essentielle de la Région est constituée par les conflits prolongés qui coïncident avec un état de fragilité *(5,6)*. Selon la Banque mondiale, neuf des 22 pays et territoires de la Région (Afghanistan, Iraq, Liban, Libye, Palestine, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen) sont classés comme étant en situation de fragilité et touchés par des conflits[2], ce qui représente 23 % des cas de fragilité et de conflits dans le monde *(7,8)*. Ces pays courent un risque élevé de ne pas atteindre les objectifs de développement durable (ODD) liés à la santé *(9,10)*.

3. Les pays classés comme étant en situation de fragilité et touchés par des conflits sont fréquemment confrontés à des chocs concomitants, qui mettent à rude épreuve des systèmes de santé déjà fragiles. Par exemple, l'explosion du port de Beyrouth au Liban en 2020 a aggravé la crise économique en plus de la pandémie de COVID-19 et d'une grave impasse politique, tandis que le tremblement de terre en République arabe syrienne en 2022 a accentué l'impact du conflit prolongé et de la pandémie. Ces crises à plusieurs niveaux requièrent des stratégies intégrées de relèvement et de renforcement de la résilience plutôt que des ripostes isolées dans les situations d'urgence. Idéalement, ces efforts seront déployés selon une approche consistant à « reconstruire en mieux »[3] *(11)*, en répondant non seulement aux besoins immédiats, mais aussi aux facteurs sous-jacents des conflits et de la fragilité. L'OMS a soutenu ces efforts en adoptant une approche englobant l'ensemble des risques et des orientations techniques et politiques adaptées pour faire le lien entre les interventions humanitaires et les activités de développement. Deux documents clés de l'Organisation fournissent cet appui, à savoir the *Implementation guide for health systems recovery in emergencies: transforming challenges into opportunities* [Guide de mise en œuvre pour le relèvement des systèmes de santé dans les situations d'urgence : transformer les défis en opportunités] *(12)* et *Bridging the divide: a guide to implementing the humanitarian-development-peace nexus for health* [Combler le fossé : un guide pour la mise en oeuvre du nexus HDP pour la santé] *(13)*.

4. Des orientations supplémentaires sur les détails des éléments constitutifs des systèmes de santé ou des fonctions de santé publique sont fournies dans un ensemble de documents et de résolutions. Ceux-ci couvrent, sans toutefois s'y limiter, les domaines prioritaires suivants : soins de santé primaires, résilience des hôpitaux *(14)*, personnels de santé, systèmes d'information sanitaire *(15)*, qualité des soins, systèmes de santé résilients face aux changements climatiques *(16)*, maladies non transmissibles *(17)*, santé mentale *(18)*, santé sexuelle et reproductive *(19)*, santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant *(20)*, santé de l'enfant et de l'adolescent *(21)*, Règlement sanitaire international (RSI) (2005) *(22)* et préparation aux situations d'urgence, capacité d'intervention en cas d'urgence et réduction des risques de catastrophe *(23)*.

[1] Une urgence classée est un événement de santé publique ou une situation d'urgence aigu(ë) qui nécessite une intervention opérationnelle de l'OMS. Celle-ci distingue trois niveaux d'urgence, qui correspondent au niveau de l'action opérationnelle de l'Organisation : niveau 1 (action limitée), niveau 2 (action modérée) et niveau 3 (action majeure/de grande envergure).

[2] La fragilité est une condition ou une situation systémique caractérisée par un niveau extrêmement faible de potentiel au niveau institutionnel et en matière de gouvernance qui entrave considérablement la capacité de l'État à fonctionner efficacement, à maintenir la paix et à favoriser le développement économique et social. Un conflit est défini comme une situation d'insécurité aiguë provoquée par l'usage d'une force mortelle par un groupe – y compris les forces de l'État, les groupes organisés non étatiques ou d'autres entités irrégulières – ayant un but ou une motivation politique. Une telle force peut être bilatérale – impliquant un engagement entre plusieurs parties organisées et armées, entraînant parfois des dommages collatéraux touchant la population civile – ou unilatérale, dans laquelle un groupe cible spécifiquement des civils *(5,6)*.

[3] L'utilisation des phases de relèvement, de remise en état et de reconstruction après une catastrophe ou une urgence, pour accroître la résilience des nations et des communautés en intégrant des mesures de réduction des risques de catastrophe dans la restauration des infrastructures physiques et des systèmes sociaux, ainsi que dans la revitalisation des moyens de subsistance, des économies et de l'environnement.

5. Le présent document examine les besoins de la Région en matière de relèvement des systèmes de santé dans les contextes de fragilité et de conflit et décrit les mesures stratégiques à prendre par les États Membres et les partenaires. Il sert de toile de fond à un projet de résolution du Comité régional et s'aligne sur le quatorzième PGT *(24)*, le Plan opérationnel stratégique pour la Région de la Méditerranée orientale 2025-2028 *(25),* les Initiatives phares *(26)*, ainsi que la résolution EM/RC69/R.2 du Comité régional consacrée à la mise en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région *(27)*.

Situations de fragilité et de conflit dans la Région de la Méditerranée orientale

6. Une attention mondiale accrue est accordée aux situations de fragilité et de conflit, car les pays qui sont affectés par ce genre de situations abritent une part importante et croissante de personnes touchées par la pauvreté, l'instabilité et les crises récurrentes. D'ici 2030, près de 60 % des personnes extrêmement pauvres dans le monde vivront dans des situations de fragilité et de conflit. L'ampleur et la persistance de ces défis s'intensifient, ce qui entraîne des besoins humanitaires croissants et plus durables. En 2025, le nombre de personnes ayant ces besoins dans le monde avait dépassé 305 millions, contre 77 millions en 2015. Dans le même temps, la durée moyenne des crises humanitaires a augmenté, pour atteindre environ 10 ans *(28)*.

7. La Région OMS de la Méditerranée orientale illustre bien ces tendances. Elle reste confrontée à des crises concomitantes depuis longtemps qui perturbent le développement, mettent à mal les institutions et exercent une forte pression sur les systèmes publics, en particulier dans le secteur de la santé.

8. Ces conditions créent des obstacles sérieux à la réalisation des ODD liés à la santé, y compris la couverture sanitaire universelle (cible 3.8) et la sécurité sanitaire (indicateur 3.d.1). Dans de nombreux pays touchés par la fragilité et les conflits, les avancées antérieures sont également remises en cause. Ces revers reflètent non seulement des défis plus larges pour le développement, mais aussi les impacts aggravés sur le long terme des crises prolongées dues aux conflits et à l'instabilité. Voir la Figure 1 et l'Annexe 1 pour une comparaison des indicateurs de santé clés entre les pays en situation de fragilité et touchés par des conflits et d'autres pays de la Région.

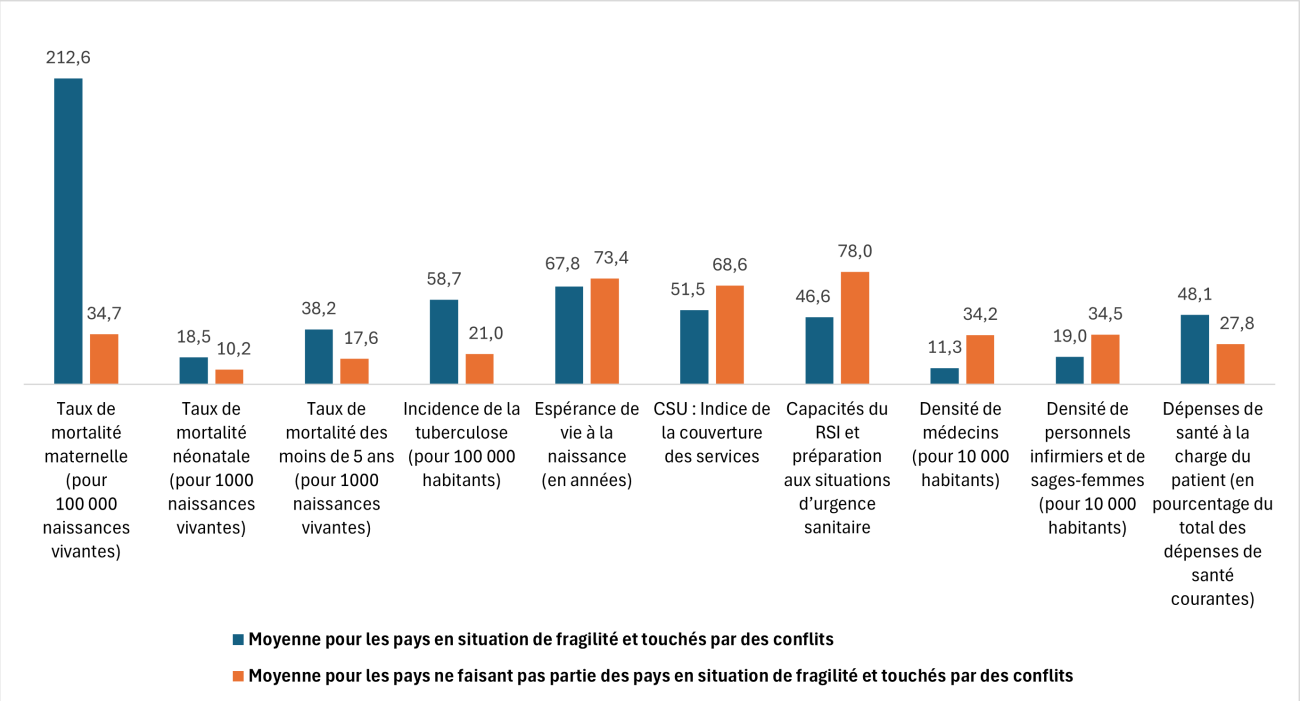

Figure 1. Comparaison des indicateurs de santé clés des pays de la Région de la Méditerranée orientale classés comme étant en situation de fragilité et touchés par des conflits et par rapport aux autres pays

9. Des conflits armés prolongés, aggravés par la fragilité des États, ont entraîné des destructions et des perturbations importantes dans toutes les composantes du système de santé au sein de plusieurs pays de la Région. Cette situation a provoqué une forte érosion de la confiance du public dans les établissements de santé, une diminution de l'utilisation des services de santé formels et une dépendance accrue à l'égard des prestataires informels, ce qui a en fin de compte compromis à la fois la sécurité des patients et la qualité des soins. Ces facteurs contribuent à l'augmentation des maladies et des décès évitables. En outre, les déplacements induits par les conflits mettent à rude épreuve les communautés d'accueil et les pays voisins, dont un nombre sont déjà confrontés à des ressources limitées du système de santé, ce qui exacerbe les difficultés existantes.

10. Les attaques visant les soins de santé constituent l'un des plus grands défis auxquels les systèmes de santé sont confrontés dans les situations de fragilité et de conflit. En outre, la violence porte atteinte aux infrastructures, entraîne le déplacement des agents de santé, affaiblit la gouvernance et les systèmes d'information sanitaire et perturbe les chaînes d'approvisionnement ; elle provoque ainsi une pénurie généralisée de médicaments et de matériel, et perturbe la prestation des services. L'insécurité limite l'accès aux services car de nombreuses personnes s'avèrent incapables d'atteindre les établissements de santé, ou réticentes à le faire, en raison des barrages routiers, des postes de contrôle et d'attaques ciblées, ou y renoncent par peur de la violence *(29,30)*.

11. Dans ce contexte, le financement de la santé est également devenu davantage fragmenté et imprévisible, rendant le recours à l'aide extérieure de plus en plus indispensable. Ces défis compromettent l'accès équitable aux services et réduisent la protection financière, notamment pour les populations vulnérables. L'effondrement économique et la perte de moyens de subsistance baissent la capacité des ménages à recourir aux soins, en particulier lorsque des paiements directs sont nécessaires. Dans le même temps, les perturbations de l'éducation viennent affaiblir le vivier de futurs professionnels de la santé, tandis que l'instabilité chronique dissuade les investissements à long terme dans les infrastructures de santé.

12. Compte tenu de l'ampleur et de la complexité de ces problèmes, il convient de rétablir la prestation de services et d'investir dans le relèvement du système de santé pour éviter une détérioration supplémentaire des résultats sanitaires et réduire la morbidité et la mortalité excessives *(31)*.

Nécessité du relèvement des systèmes de santé

13. L'action humanitaire joue un rôle considérable dans les situations d'urgence, en apportant une aide immédiate et vitale et en assurant la continuité des soins. Les acteurs humanitaires sont souvent les principaux fournisseurs de services essentiels, en particulier dans les zones difficiles à atteindre ou peu sûres. Cependant, bien qu'indispensable, cette action n'est pas conçue pour relever les défis à long terme que rencontrent les systèmes de santé, ni pour renforcer la résilience systémique.

14. En revanche, le relèvement des systèmes de santé va au-delà de la simple satisfaction de besoins urgents. Il met l'accent sur la reconstruction et le renforcement des systèmes de santé au fil du temps, ainsi que sur l'amélioration de la préparation et de la résilience face aux chocs futurs. Il permet également d'atteindre des objectifs plus larges en matière de consolidation de la paix et de développement *(12)*. En rétablissant la prestation de services, en instaurant la confiance et en promouvant l'équité, les efforts de relèvement peuvent renforcer la cohésion sociale et permettre de stabiliser les communautés. Par suite, cela favorise le retour aux parcours de développement et contribue à un rétablissement socio-économique plus large.

15. Il est important de noter que les efforts humanitaires et de relèvement ne s'excluent pas mutuellement ; ils sont interdépendants et se chevauchent souvent. Dans les situations de fragilité et de conflit, la planification du relèvement doit commencer le plus tôt possible, même pendant la phase aiguë des situations d'urgence, pour protéger les services de santé essentiels et jeter les bases d'un développement plus durable, piloté par les autorités nationales. Pour que le relèvement soit efficace, il doit être bien planifié, bien

mis en œuvre et soutenu par une volonté politique forte et des capacités techniques et opérationnelles adéquates. Les approches doivent être adaptées au contexte et à la nature de chaque situation d'urgence, ainsi qu'à l'environnement national *(27,32)*.

Comprendre le relèvement des systèmes de santé en contexte de fragilité et de conflit

Définition et objectif du relèvement du système de santé

16. Le relèvement des systèmes de santé fait référence au processus consistant à rétablir les services de santé perturbés, à restaurer les éléments constitutifs déterminants des systèmes de santé et à renforcer les fonctions essentielles de santé publique. Il s'aligne sur les principes de la reconstruction en mieux et du développement durable.

17. Le relèvement commence généralement par le rétablissement des services indispensables, souvent pendant la phase d'intervention humanitaire, puis évolue vers la stabilisation des fonctions cruciales du système, la reprise des opérations systématiques et le renforcement des éléments constitutifs du système de santé et des fonctions essentielles de santé publique. L'objectif général est d'accélérer les progrès sur la voie de la CSU, de consolider la sécurité sanitaire, d'atténuer les risques futurs et de contribuer au Plan national de développement et aux ODD.

Approche « reconstruire en mieux »

18. Selon l'approche « reconstruire en mieux », le relèvement n'est pas un retour au statu quo d'avant la crise ; il s'agit plutôt d'une occasion stratégique de remédier aux faiblesses persistantes du système et de rendre les systèmes de santé plus équitables, plus résilients et plus durables *(33)*.

19. Dans le secteur de la santé, pour reconstruire en mieux, il convient non seulement de restaurer physiquement les infrastructures, mais également de renforcer la prestation de services, les systèmes d'orientation-recours, les personnels de santé et les chaînes d'approvisionnement. Il s'agit de promouvoir l'intégration de la santé mentale, de la prise en charge des maladies non transmissibles et de la résilience climatique dans les stratégies de relèvement.

20. En outre, l'approche « reconstruire en mieux » permet d'encourager les réformes en matière de gouvernance, de financement et d'équité de genre, et met l'accent sur la réduction des risques liés aux catastrophes. Par exemple, les établissements de santé endommagés peuvent être reconstruits de manière écologique et en les rendant résilients au changement climatique, alimentés par des énergies renouvelables et dotés de systèmes d'approvisionnement en eau efficaces.

Catégories de situations d'urgence

21. Les situations d'urgence peuvent être classées en trois types – aiguës, prolongées et complexes – chacune nécessitant des approches de relèvement adaptées. Les situations d'urgence aiguës sont généralement de courte durée et nécessitent une intervention humanitaire rapide pour répondre aux besoins urgents. Les situations d'urgence prolongées sont souvent causées par des conflits en cours, une vulnérabilité chronique, des chocs récurrents ou une faible gouvernance sur de longues périodes qui dépassent fréquemment six mois. Les situations d'urgence complexes sont caractérisées par une combinaison de facteurs tels que la guerre ou les troubles civils, l'insécurité alimentaire et les déplacements de masse, qui entraînent souvent une mortalité et une morbidité significatives. Ces situations impliquent généralement une perte d'autorité, une violence généralisée et des services publics gravement perturbés *(34)*.

22. Ces catégories se chevauchent souvent dans les contextes de fragilité et de conflit. Une situation d'urgence complexe peut évoluer vers un état d'urgence prolongé si ses raisons profondes – telles qu'un conflit ou qu'une défaillance de la gouvernance – restent non résolues. Inversement, un conflit prolongé peut accroître la complexité de la situation. En outre, des situations d'urgence aiguës – flambées épidémiques,

catastrophes naturelles ou escalade soudaine de la violence – peuvent émerger dans le contexte plus large d'une crise prolongée, aggravant encore les défis humanitaires.

23. Le relèvement dans ces contextes est un processus prolongé et non linéaire qui implique souvent des transitions répétées entre les phases de riposte et de relèvement ou leur mise en œuvre simultanée. Pour qu'il soit efficace, le relèvement nécessite une compréhension globale de la fragilité sous-jacente, des capacités institutionnelles, de la dynamique politique et de l'évolution des besoins de la population touchée. Il doit prendre en compte les risques liés aux conflits, veiller à préserver la paix et être adapté au contexte local. Le fait de tirer parti des acteurs et des ressources au niveau local permet de garantir un relèvement et un accès aux services de santé plus équitables et plus durables *(35)*. En outre, il est essentiel d'impliquer le secteur privé en tant que fournisseur clé de services de santé dans de nombreuses situations de fragilité et de conflit ; grâce à une gouvernance efficace, ce secteur permet de renforcer les capacités et la résilience des systèmes de santé et de promouvoir l'innovation à cet égard *(36)*. En outre, les efforts de relèvement devraient tenir compte des questions de genre et être alignés sur les capacités des autorités nationales et infranationales et d'autres acteurs. Étant donné que les conditions peuvent varier considérablement d'une région à l'autre au sein d'un même pays, une approche par zone est essentielle.

Phases de relèvement des systèmes de santé

24. Le relèvement des systèmes de santé s'articule généralement autour de deux phases qui se chevauchent : le relèvement rapide et la transition, et le relèvement à long terme (durable) *(12)*. Bien que ces phases ne soient pas strictement linéaires ou séquentielles, la compréhension de leurs objectifs distincts aide à orienter la prise de décisions stratégiques et la planification programmatique.

25. Les transitions entre l'intervention d'urgence et le relèvement rapide, et entre le relèvement rapide et le relèvement à plus long terme sont souvent floues. Toutefois, ces phases peuvent être largement distinguées en fonction de trois dimensions clés : l'urgence, la durabilité et le rapport coût-efficacité, comme décrit ci-dessous :

- *Phase d'intervention :* l'accent est mis sur les interventions urgentes et vitales, souvent mises en œuvre selon une approche « sans regret », qui donne la priorité à l'impact immédiat, même si ces interventions ne sont pas durables ou d'un bon rapport coût-efficacité.
- *Relèvement rapide :* tant que le facteur temps reste déterminant, l'accent commence à être mis sur la transition vers le rétablissement des fondations du système de santé, la durabilité et le rapport coût-efficacité devenant plus importants.
- *Relèvement à long terme :* à mesure que le relèvement progresse, l'accent est mis davantage sur la durabilité et l'investissement dans des systèmes résilients, le rapport coût-efficacité occupant une place de plus en plus centrale.

26. Le relèvement rapide et la transition commencent parallèlement à l'intervention humanitaire et s'appuient sur cette dernière. Ces deux phases s'étendent jusqu'à la stabilisation et comprennent des mesures urgentes pour sauver des vies tout en jetant les bases d'un relèvement et d'un développement à long terme. Les priorités immédiates sont notamment les suivantes :

- La remise en place des services essentiels tels que la santé de la mère et de l'enfant, la santé sexuelle et reproductive, les soins de traumatologie et la lutte contre les flambées épidémiques ;
- Le rétablissement des chaînes d'approvisionnement et la logistique pour soutenir la prestation des services de santé ;
- La réouverture des établissements de santé et la réaffectation de personnels.

27. À mesure que la situation se stabilise, l'attention devrait se tourner vers la réactivation de la gouvernance, des mécanismes de coordination et des systèmes d'information sanitaire, qui sont essentiels pour une gestion efficace du relèvement. Lorsqu'il est rapide, ce processus marque également le début de la planification intégrée entre les acteurs de l'action humanitaire, du développement et de la consolidation de la paix.

L'approche du triple nexus soutient cette intégration en encourageant la collaboration entre les différents acteurs, en tirant parti de leurs avantages comparatifs et en promouvant les résultats collectifs sur plusieurs années *(13)*.

28. Le relèvement à long terme (durable) commence lorsque les fonctions essentielles du système de santé sont rétablies et que les conditions sociopolitiques permettent une planification prospective. Le but est de reconstruire un système de santé équitable, efficace, résilient et durable, contribuant à des résultats plus larges en matière de développement et faisant progresser les ODD liés à la santé. Cette phase devrait être ancrée dans une stratégie ou un cadre national(e) de relèvement aligné(e) sur les priorités nationales en matière de développement et le Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable.

29. Les domaines prioritaires suivants, énoncés pour la première fois dans le document technique EM/RC69/4 du Comité régional sur la mise en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale *(32)*, peuvent guider la planification du relèvement à long terme :

- Renforcer la gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé *(37)* ;
- Optimiser les ministères de la Santé et développer les institutions de santé publique ;
- Mettre en place des modèles de soins axés sur les soins de santé primaires ;
- Augmenter le nombre de personnels de santé adaptés aux besoins et à leur pratique ;
- Renforcer l'équité et la protection financière ;
- Améliorer l'accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits sanitaires ;
- Promouvoir des approches intégrées en matière de planification, de politiques et d'investissements pour assurer la résilience.

30. Dans les pays touchés par des conflits, le relèvement à long terme sert également de moyen pour la consolidation de la paix, la réconciliation et le rétablissement de la confiance dans les institutions étatiques. L'élaboration de programmes qui tiennent compte des risques liés aux conflits, respectent les différences de genre et impliquent toutes les parties prenantes dans une planification et une gouvernance inclusives et qui fournissent des services de santé équitables, permet d'atténuer les tensions et de promouvoir la cohésion sociale *(38)*.

31. Le relèvement, qu'il soit rapide ou sur le long terme, devrait être intégré dans les stratégies nationales et aligné sur les engagements mondiaux, notamment eu égard à la CSU, à la sécurité sanitaire et à d'autres ODD liés à la santé. Lorsque le relèvement est séquencé de manière stratégique, les premiers efforts peuvent générer une dynamique vers une transformation durable.

Principes directeurs pour le relèvement des systèmes de santé

32. Les principes suivants devraient guider les efforts de relèvement des systèmes de santé à toutes les étapes du processus :

- La nécessité de ne pas nuire – veiller à ce que les interventions n'exacerbent pas les tensions ou les inégalités existantes.
- Le respect des principes humanitaires – humanité, neutralité, impartialité et indépendance *(39)*.
- La mise en œuvre des principes d'efficacité du développement – alignement, appropriation et harmonisation *(40)*.
- L'intégration du relèvement dès le départ – planifier la résilience même pendant les interventions d'urgence.
- L'alignement sur les cadres multisectoriels tels que les stratégies de relèvement nationales et les cadres de coopération des Nations Unies.

- La mobilisation des communautés – veiller à ce que les interventions soient adaptées au contexte et prises en main au niveau local.
- La promotion de l'équité et la prise en compte des questions de genre, notamment en ciblant les populations vulnérables et en s'attaquant aux inégalités systémiques.
- L'adoption d'une perspective portant sur toute la durée de la vie et couvrant toutes les tranches d'âge et tous les besoins en matière de santé.
- L'intégration de la résilience aux changements climatiques et aux catastrophes – mettre en place des systèmes capables de résister aux risques futurs.

Mise en œuvre du relèvement des systèmes de santé dans les situations de fragilité et de conflit

33. Le relèvement des systèmes de santé à la suite de situations d'urgence aiguës, prolongées ou complexes ou d'une combinaison des trois peut être entrepris de manière indépendante ou intégré dans des processus multisectoriels formels tels que les évaluations pour le relèvement et la consolidation de la paix (RPBA) *(41)*, les évaluations des besoins post-catastrophe (PDNA) *(42)* ou les évaluations rapides des dommages et des besoins (RDNA) *(43)*.[4]

34. Que le relèvement soit lié à une évaluation formelle, qu'il soit entrepris au cours des phases précoces ou à long terme ou qu'il réponde à des chocs chroniques ou aigus, il devrait suivre un processus structuré comportant les six étapes interconnectées suivantes : 1) la préparation au relèvement, 2) l'évaluation du relèvement, 3) la planification du relèvement, 4) la mobilisation de ressources, 5) la mise en œuvre du relèvement et 6) le suivi et l'évaluation.

35. Dans les situations de fragilité et de conflit, il est possible que ce processus ne soit pas séquentiel. Il peut s'avérer nécessaire de suspendre les efforts de relèvement, de revenir en arrière ou de s'adapter en raison de crises renouvelées ou de l'évolution des besoins. Il est essentiel de faire preuve de souplesse. Chaque étape doit s'appuyer sur les enseignements tirés des expériences passées, et des ajustements itératifs doivent être apportés afin d'éviter que les difficultés ne se reproduisent et d'améliorer les résultats futurs.

36. Les situations de fragilité et de conflit sont souvent reconnues par une période de transition longue et dynamique au cours de laquelle la durabilité des interventions nécessite des liens efficaces entre trois groupes d'acteurs principaux, à savoir les acteurs de l'action humanitaire, du développement et de la paix, par le biais d'une approche associant ces trois groupes. En tirant parti des avantages comparatifs de différents groupes d'acteurs, l'approche du triple nexus peut être mise en œuvre en fixant des résultats collectifs, des mécanismes de coordination inclusifs, une programmation conjointe et une harmonisation des ressources financières *(13)*.

37. L'approche susmentionnée peut être désignée par des noms légèrement différents en fonction du contexte, des conditions politiques et de la mesure dans laquelle les actions humanitaires, de développement et de paix sont mises en œuvre. Ces variations incluent le nexus action humanitaire-développement (double nexus), le nexus HDP (connu sous le nom de triple nexus incluant la composante « paix »), le nexus action HDP (connu sous le nom de triple nexus incluant la composante « rétablissement et maintien de la paix), le nexus action humanitaire-besoins humains fondamentaux (dans les pays où le soutien formel au développement est suspendu), la collaboration entre les secteurs de l'action humanitaire et du développement, le programme humanitaire plus, ainsi que le relèvement rapide et la résilience *(13)*.

[4] Ces trois processus représentent des méthodologies communes mises au point par les Nations Unies, la Banque mondiale et l'Union européenne. Les RPBA sont utilisées pour évaluer et répondre aux besoins en matière de relèvement et de consolidation de la paix dans les pays touchés par un conflit ou qui sortent d'une crise. Elles permettent d'identifier les priorités immédiates, à moyen et à long terme. Les PDNA sont des évaluations menées par le gouvernement, qui évaluent les impacts physiques, économiques et humains des catastrophes, regroupant les résultats dans un rapport unique pour estimer les besoins en matière de relèvement et prioriser les actions. Les RDNA sont des évaluations rapides déployées peu après une catastrophe ou un conflit pour évaluer les dommages physiques, les pertes économiques et les besoins immédiats en matière de relèvement. Elles sont généralement basées sur la méthodologie d'évaluation des dommages et des pertes, qui fournit une approche structurée visant à estimer l'impact des catastrophes mais qui est adaptée pour une mise en œuvre plus rapide.

38. La paix est cruciale pour le relèvement des systèmes de santé dans les situations de fragilité et de conflit. La stabilité permet le rétablissement des services essentiels, la reconstruction des infrastructures et le retour des agents de santé. Si la paix n'est pas rétablie, les efforts pour améliorer les résultats sanitaires sont souvent perturbés par la violence et l'insécurité. En outre, un environnement pacifique favorise la confiance et la coopération entre les communautés, qui sont essentielles pour mener des interventions efficaces en matière de santé publique et assurer une résilience à long terme. Bien que le rôle du secteur de la santé dans les accords politiques de paix soit limité, ce secteur peut de même jouer un rôle important dans la prévention des conflits et le renforcement de la cohésion sociale et de la confiance en tant que conditions préalables à un relèvement efficace et à un développement durable. L'Initiative OMS mondiale Santé et Paix propose une série d'interventions à cet égard, en mettant en évidence la prestation de services de santé équitables ainsi que sur la santé mentale et le soutien psychosocial *(44)*.

39. La Figure 2 illustre un cadre pour l'opérationnalisation du relèvement des systèmes de santé dans les situations de fragilité et de conflit. Elle présente les phases de relèvement (relèvement rapide et transition, et relèvement à long terme), les éléments du relèvement (éléments constitutifs des systèmes de santé et fonctions essentielles et facilitatrices de santé publique) et les étapes de la mise en œuvre du relèvement.

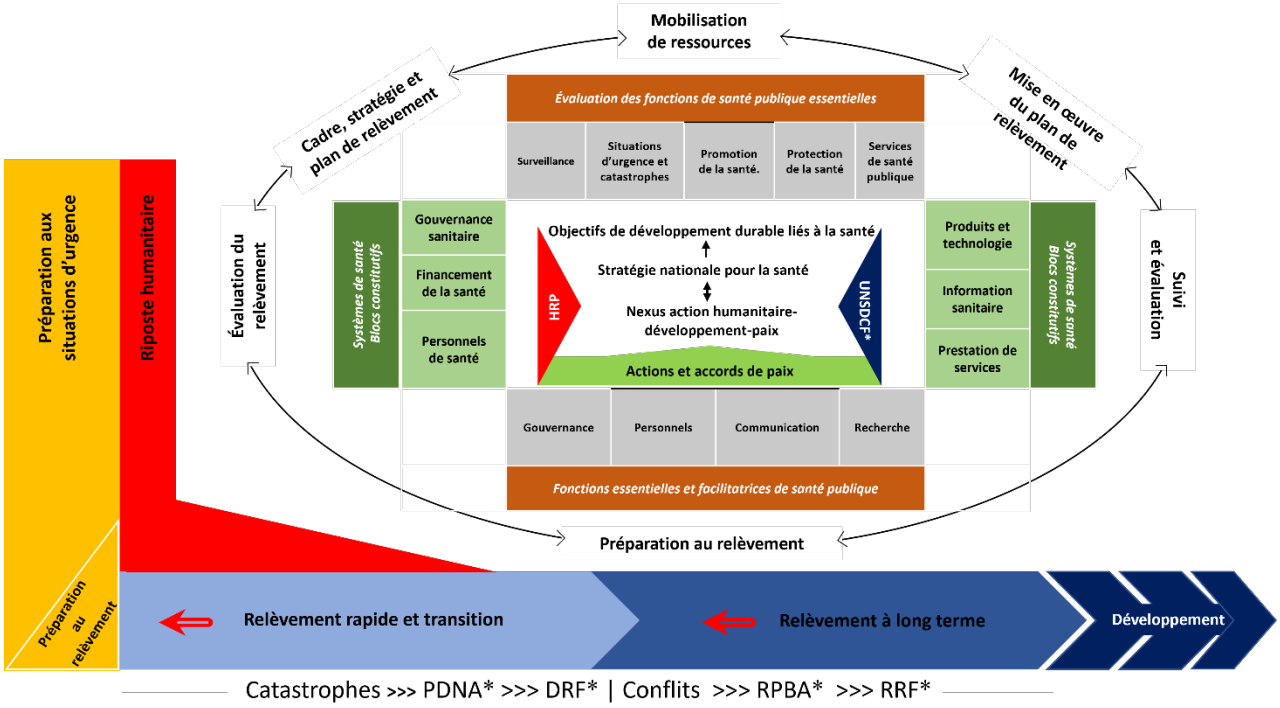

Figure 2. Cadre opérationnel pour le processus de relèvement des systèmes de santé en situation de fragilité et de conflit

* DRF : cadre de relèvement post-catastrophe ; PDNA : évaluation des besoins post-catastrophe ; RPBA : évaluation pour le relèvement et la consolidation de la paix ; RRF : cadre de relèvement et de résilience ; HRP : plan de réponse humanitaire, UNSDCF : Plan-cadre de coopération des Nations Unies pour le développement durable.

Phases de relèvement des systèmes de santé : adaptables au contexte dynamique dans les situations de fragilité et de conflit

Préparation au relèvement

40. La préparation au relèvement garantit que les systèmes et les parties prenantes sont prêts à évaluer les besoins, à élaborer des interventions et à mettre en œuvre efficacement les activités de relèvement.

41. Cette prépararion commence par l'intégration du relèvement dans des cadres plus larges de préparation aux situations d'urgence et devrait être en place avant la survenue de l'événement dans la mesure du possible.

Toutefois, ceci est davantage applicable pour les catastrophes naturelles et d'autres situations d'urgence prévisibles que pour les conflits. Elle devrait également être effectuée avant toute planification du relèvement dans les phases précoces et à long terme des situations d'urgence prolongées. Cette préparation devra être renouvelée et révisée régulièrement en fonction de l'évolution de la situation d'urgence.

42. Les principales mesures relatives à la préparation au relèvement sont les suivantes :

- La mise en place d'un mécanisme de coordination du relèvement ;
- La désignation de points focaux en charge du relèvement et leur formation à cet effet ;
- Le renforcement des systèmes d'information pour évaluer à la fois l'impact économique et les coûts humains des situations d'urgence.

43. La préparation implique également de s'apprêter à effectuer des évaluations formelles telles que les RPBA, les PDNA ou les RDNA. Une évaluation de la préparation peut être menée au moyen d'outils autonomes ou intégrée aux examens *a posteriori* ou aux examens de l'action en cours *(45)* afin d'identifier les lacunes et de renforcer la préparation aux efforts de relèvement futurs.

Évaluation du relèvement

44. L'évaluation du relèvement vise à fournir les informations nécessaires à la planification et à la mise en œuvre de cet exercice. Elle couvre les éléments suivants *(46)* :

- L'évaluation des effets de la situation d'urgence sur l'infrastructure et les actifs, la prestation de services, l'accès aux services et les processus sociaux et de gouvernance ;
- L'évaluation des risques et des vulnérabilités sous-jacents pour reconstruire en mieux ;
- L'estimation des pertes et des dommages causés par l'urgence ;[5]
- L'estimation des conséquences macro-économiques ;
- L'identification des besoins de relèvement à partir de l'évaluation et des estimations mentionnées ci-dessus.

45. Les conclusions permettent de façonner les priorités en matière de relèvement et éclairent les décisions d'investissement ainsi que la mobilisation de ressources. Dans la mesure du possible, les évaluations doivent faire partie des efforts multisectoriels tels que les PDNA, les RPBA ou les évaluations des besoins en matière de relèvement après une catastrophe sanitaire. Dans les crises complexes ou qui se chevauchent, des approches hybrides peuvent être nécessaires.

46. Bien que la qualité des données puisse être limitée, il existe généralement des informations pertinentes provenant de plusieurs sources. La triangulation de ces données est essentielle pour dresser un tableau complet des besoins en matière de relèvement. Toutes les évaluations doivent être adaptées au contexte, tenir compte des questions politiques et être alignées sur les objectifs de consolidation de la paix. Elles devraient être régulièrement mises à jour afin de refléter l'évolution des conditions et, le cas échéant, être complétées par des études ad hoc.

Planification du relèvement

47. La planification du relèvement traduit les résultats des évaluations en un cadre, une stratégie et un plan structurés. Elle permet d'énoncer des objectifs visant à rétablir les services essentiels, à reconstruire les infrastructures, à répondre à l'augmentation des besoins en matière de santé et à renforcer les systèmes de santé et les fonctions de santé publique.

[5] Le terme « dommage » désigne la destruction totale ou partielle d'actifs physiques, tandis que le terme « perte » désigne les changements intervenus dans les flux économiques résultant d'une perte de recettes ou de dépenses imprévues destinées à répondre à des besoins humanitaires.

48. Dans les situations de fragilité et de conflit, les plans de relèvement doivent être souples et s'adapter à l'évolution des circonstances, tout en maintenant l'accent à long terme sur la résilience et le développement. Une approche basée sur la zone devrait être envisagée pour répondre efficacement aux différents besoins et situations des diverses zones touchées.

49. Les plans de relèvement peuvent prendre la forme d'une stratégie et d'un cadre autonomes de relèvement sanitaire, d'une composante d'un relèvement multisectoriel plus large ou d'un module intégré dans les plans de développement sectoriel.

50. Les priorités en matière de relèvement rapide et de renforcement de la résilience devraient également être prises en compte dans les bilans des besoins humanitaires et les plans d'intervention humanitaire. Dans l'idéal, ces plans seront pluriannuels et incluront des objectifs de relèvement rapide alignés sur le cadre plus large de relèvement sanitaire.

Mobilisation de ressources

51. Un relèvement des systèmes de santé efficace nécessite un financement prévisible, souple et bien aligné. Une approche équilibrée combinant ressources nationales et soutien international garantit l'appropriation et la durabilité. Les principaux catalyseurs dans les situations de fragilité et de conflit sont les suivants :

- Fonds-relais pour faciliter la transition entre la phase de riposte et celle de relèvement ;
- Financement pluriannuel destiné à soutenir le relèvement après des situations d'urgence complexes ou prolongées ;
- Gestion des finances publiques et transparence solides.

52. L'alignement du soutien des donateurs sur les priorités sanitaires nationales permet de maximiser l'impact. Dans la mesure du possible, les mécanismes de mise en commun de fonds ou les fonds d'affectation spéciale peuvent rationaliser la coordination et réduire la fragmentation.

Mise en œuvre

53. La mise en œuvre des stratégies de relèvement exige un engagement coordonné entre les autorités nationales, les institutions des Nations Unies, les donateurs et les organisations de la société civile. Lorsque les capacités gouvernementales sont limitées, ce processus doit être conçue non seulement pour fournir des services, mais également pour renforcer le leadership local, les systèmes institutionnels et les capacités en personnel.

54. Un mécanisme de coordination du relèvement dédié devrait relier la surveillance stratégique à la mise en œuvre opérationnelle, s'appuyant sur une analyse continue des risques et une planification d'urgence. Les éléments clés du succès de l'application du relèvement sont, entre autres :

- la collaboration multisectorielle et les partenariats ;
- la mise en place de synergies entre les mécanismes et les efforts de coordination de l'aide humanitaire et du développement ;
- la coordination entre les groupes sectoriels (par exemple dans les domaines de la santé et de la nutrition) et le groupe sectoriel pour le relèvement rapide ;
- l'implication des communautés et des acteurs locaux pour garantir leur participation et leur appropriation ;
- la cartographie des ressources et le suivi des dépenses afin de garantir la responsabilisation ;
- une gestion adaptative face à l'évolution des risques.

Suivi et évaluation

55. Le suivi et l'évaluation permettent de s'assurer que le relèvement est efficace, responsable et adapté à l'évolution de la situation. Compte tenu du caractère imprévisible des situations de fragilité, il est essentiel de procéder régulièrement à des évaluations des risques et d'élaborer des plans d'urgence afin de maintenir la dynamique de relèvement.

56. Le suivi et l'évaluation d'un processus de relèvement comprennent ce qui suit :

- Des évaluations des processus pour suivre la qualité de la mise en œuvre et identifier les obstacles opérationnels ;
- Des évaluations des résultats mesurant les progrès réalisés en recourant aux objectifs définis en matière de relèvement et aux indicateurs associés ;
- Des analyses au plan opérationnel et au niveau des enseignements tirés, intégrés aux examens *a posteriori* ou aux examens de l'action en cours et/ou distincts de ceux-ci, afin de soutenir l'apprentissage institutionnel.

57. L'Encadré 1 (pages 11-12) fournit des exemples tirés des initiatives que les pays et les partenaires internationaux ont prises en faveur du relèvement des systèmes de santé.

Rôles et responsabilités des acteurs nationaux et internationaux

58. Le relèvement efficace des systèmes de santé dans le cadre des situations de fragilité et de conflit dépend de l'engagement coordonné des autorités nationales et des partenaires internationaux, y compris l'OMS et les communautés de la santé, de l'aide humanitaire et du développement au sens large. Leurs rôles sont distincts mais complémentaires dans les différentes phases de relèvement des systèmes de santé ainsi que pendant les périodes préparatoires.

Avant les situations d'urgence et au début de tout nouveau processus de relèvement

59. Pour se préparer à un relèvement efficace après une crise, les systèmes de santé nationaux devraient établir une base de préparation institutionnelle avant tout événement, dans la mesure du possible. Cependant, dans le contexte des situations de fragilité et de conflit, cette base devrait également être mise en place avant toute planification du relèvement dans les phases précoces et à long terme des situations d'urgence prolongées ou aiguës qui se chevauchent et devra être révisée régulièrement en fonction de l'évolution de la situation d'urgence. Les principales activités sont les suivantes :

- Mettre en place un mécanisme de coordination du relèvement au sein du ministère de la Santé pour assurer la direction et la supervision opérationnelle ;
- Désigner et former une équipe de points focaux pour le relèvement, chargée de gérer la planification et l'intervention intersectorielles ;
- Intégrer la planification du relèvement dans les cadres nationaux de préparation aux situations d'urgence, en veillant à ce qu'elle soit intégrée dans les stratégies de sécurité sanitaire et de réduction des risques ;
- Réaliser une évaluation des risques pour le système de santé au moyen d'une analyse de l'ensemble des dangers et des vulnérabilités pour éclairer la planification fondée sur des scénarios.

60. Afin de soutenir ces efforts, l'OMS et les autres partenaires du secteur de la santé sont censés :

- renforcer les capacités techniques et opérationnelles au sein de l'Organisation pour appuyer le relèvement des systèmes de santé dans les situations de fragilité et de conflit ;
- tirer parti des plateformes et mécanismes de partenariat régionaux et nationaux, en particulier l'Alliance régionale pour la santé *(47)* ;
- consolider les capacités institutionnelles pour que les pays disposent du leadership, des outils et des structures nécessaires au processus de relèvement ;

- soutenir les évaluations complètes des systèmes de santé et l'élaboration de plans d'urgence pour le relèvement fondés sur des scénarios afin d'améliorer les mesures d'anticipation et la hiérarchisation.

Relèvement rapide et transition

61. Dans la première phase du relèvement, alors que les interventions d'urgence peuvent toujours être en cours, les systèmes de santé nationaux devraient :

- activer ou mettre en place des plateformes de coordination qui impliquent des acteurs de différents secteurs, notamment celui de la santé;
- diriger ou codiriger des évaluations du relèvement afin d'évaluer les dommages, les pertes et les lacunes dans la prestation de services *(47)* ;
- élaborer une stratégie et un plan au niveau national pour le relèvement, en s'appuyant sur les résultats des évaluations et les priorités nationales ;
- lancer des activités de plaidoyer pour mobiliser des fonds à la fois nationaux et internationaux destinés au relèvement ;
- entreprendre la mise en œuvre des mesures de relèvement prioritaires, y compris la restauration des services et des infrastructures.

62. Parallèlement, l'OMS et les partenaires apportent leur contribution :

- en fournissant un appui technique pour les évaluations du relèvement et la modélisation de scénarios afin d'éclairer la planification stratégique ;
- en contribuant à l'élaboration de stratégies de relèvement nationales et de plans de mise en œuvre chiffrés, assurant leur faisabilité et leur alignement sur des objectifs sanitaires plus larges ;
- en plaidant en faveur de la participation des donateurs et et en assurant une coordination à cet égard afin de garantir un financement adéquat et durable du relèvement ;
- en soutenant la coordination et la mobilisation des acteurs du secteur de la santé afin de réduire les doubles emplois et de promouvoir les synergies ;
- en assurant la continuité des services essentiels pendant la période de transition, en particulier pour les populations vulnérables ;
- en renforçant les capacités nationales pour la mise en œuvre et la direction des efforts de relèvement grâce à la formation et au soutien consultatif fourni ;
- en facilitant les négociations sur l'accès et le dialogue politique dans les situations de conflit afin de préserver l'espace humanitaire et de permettre la prestation de services.

Relèvement à long terme (durable)

63. Au fur et à mesure que les pays sortent des conséquences immédiates de la crise, les systèmes de santé nationaux prennent l'initiative d'institutionnaliser le relèvement et de faire progresser le renforcement et le développement des systèmes de santé sur le long terme. Les principales responsabilités comprennent les suivantes :

- Examiner et adapter régulièrement la stratégie de relèvement nationale pour répondre à l'évolution des besoins, des bases factuelles et des réactions ;
- Amplifier et maintenir la mise en œuvre du relèvement en s'appuyant sur des systèmes et des plateformes nationaux ;
- Opérer une transition du financement de la santé, afin de réduire la dépendance vis-à-vis des aides extérieures, et de privilégier le financement public national, ancré dans la politique fiscale et la réforme budgétaire ;
- Passer d'une gestion opérationnelle des services par les acteurs internationaux à une appropriation et une surveillance nationales ;

- Élaborer et mettre en œuvre un plan de protection sociale de la santé, conforme aux principes de la CSU, afin de promouvoir un accès équitable et la protection financière.

64. L'OMS et les partenaires continuent à jouer un rôle stratégique :

- en soutenant les stratégies de mobilisation des ressources nationales et la planification de la transition budgétaire afin d'assurer la durabilité des gains issus du relèvement ;
- en intégrant dans les systèmes de santé nationaux des plateformes de prestation de services, fonctionnant sur un mode vertical ou parallèle, établies pendant les situations d'urgence ;
- en renforçant les systèmes de données nationaux pour assurer la continuité, l'exhaustivité et l'équité des services de santé, y compris ceux fournis aux réfugiés et aux migrants ;
- en codirigeant le suivi et l'évaluation avec les parties prenantes gouvernementales afin de suivre les progrès et de soutenir la mise en œuvre adaptative ;
- en recueillant et diffusant les enseignements tirés, les bonnes pratiques et les innovations découlant des expériences des pays en matière de relèvement afin d'éclairer les efforts en cours et la préparation future.

Encadré 1. Application du cadre de relèvement des systèmes de santé dans les situations de fragilité et de conflit : Pratiques et exemples régionaux

Les pays de la Région de la Méditerranée orientale appliquent de plus en plus souvent le cadre de relèvement des systèmes de santé de l'OMS tout au long des phases de relèvement, ainsi que dans les tentatives initiales pour y parvenir. Les exemples ci-dessous illustrent la manière dont les pays ont commencé à mettre en œuvre des actions prioritaires spécifiques, en dépit des contextes fragiles et des défis persistants.

Exemple 1. Palestine : Préparation au relèvement du système de santé dans un contexte d'escalade du conflit dans la bande de Gaza

Au cours des sept dernières décennies, la Palestine a connu de nombreuses escalades de conflit, les événements survenus après le 7 octobre 2023 étant parmi les plus dévastateurs. Face à cette crise sans précédent, l'équipe de pays des Nations Unies et l'équipe de pays chargée de l'action humanitaire ont accordé la priorité aux secours humanitaires immédiats tout en planifiant un relèvement rapide et à moyen terme.

Cette approche à deux volets a été mise en œuvre en collaboration avec l'Autorité palestinienne et a bénéficié du soutien des partenariats stratégiques avec la Banque mondiale et l'Union européenne. Dans ce cadre, l'OMS, en tant que chef de file du secteur de la santé et en collaboration avec les membres de ce secteur, a pris plusieurs mesures essentielles pour garantir sa préparation à soutenir un processus de relèvement qui est intégré dans la riposte humanitaire et peut commencer même dans des conditions limitées *(48)*. Ces mesures ont notamment consisté à créer un groupe de travail pour le relèvement aux trois niveaux de l'Organisation dès le début de la crise, à recruter un responsable technique pour le relèvement au bureau de pays de l'OMS, à renforcer les systèmes d'information sanitaire, à compiler des données de référence essentielles pour les évaluations du relèvement, à participer activement aux mécanismes de coordination locaux, nationaux et multipartenaires, et à élaborer un document présentant les principes du relèvement du système de santé.

Ces efforts ont permis aux partenaires du secteur de la santé de contribuer efficacement à une évaluation rapide et provisoire des dommages et des besoins *(49)* en tant que ressource clé pour des initiatives essentielles telles que la stratégie de relèvement du secteur de la santé, le cadre de relèvement en cas de conflit et les plans de relèvement nationaux, en particulier le plan de relèvement et de reconstruction de la bande de Gaza de l'Autorité palestinienne. Il est essentiel de disposer d'une stratégie de relèvement et d'un mécanisme de coordination clairs avant que les fonds ne soient disponibles.

Exemple 2. Soudan : Stratégies d'adaptation visant à pérenniser le système de surveillance des décès maternels et riposte

Depuis l'escalade du conflit armé en avril 2023, le Soudan est aux prises avec une crise humanitaire prolongée qui a gravement perturbé son système de santé dans l'ensemble des 18 États du pays. Face à ces défis considérables, le ministère fédéral de la Santé a fait preuve d'une résilience et d'une capacité d'adaptation remarquables en maintenant les fonctions essentielles de surveillance de la santé, notamment le système de surveillance des décès maternels et riposte (SDMR).

Établi en 2009, ce système est conçu pour réduire la mortalité maternelle par la notification, l'examen et la réponse systématiques aux décès maternels. Dans un contexte de perturbation généralisée, le ministère fédéral de la Santé, grâce au soutien technique et logistique fourni par le Fonds des Nations unies pour la population (UNFPA), a mis en œuvre une série de stratégies d'adaptation pour assurer la continuité de ce système essentiel.

En simplifiant et en modifiant les procédures décrites dans les lignes directrices nationales, le ministère a pu maintenir des fonctions essentielles telles que la notification des cas, l'examen et la supervision de soutien. Les réunions du comité SDMR ont continué dans 11 États malgré la poursuite du conflit. En outre, avec le soutien de l'UNFPA, le système SDMR a été intégré avec succès dans la plateforme DHIS2 (plateforme logicielle d'information en santé 2), ce qui a permis d'améliorer les capacités de collecte, de gestion et d'analyse des données.

En 2024, un total de 1024 décès maternels ont été signalés par le biais du système MDSR, dont 857 cas (84 %) ont fait l'objet d'un examen approfondi. Ces examens ont fourni des informations importantes sur les causes sous-jacentes et les facteurs contribuant à la mortalité maternelle, permettant de guider la mise en place des interventions ciblées en matière de soins obstétricaux d'urgence, de prévention et de lutte anti-infectieuses, ainsi que de formation et de supervision des agents de santé de première ligne.

Cette expérience met en évidence le potentiel de relèvement rapide et de résilience en matière de surveillance de la santé pendant les conflits, en tirant parti des systèmes existants et en s'adaptant au conflit en cours et aux contextes locaux.

Exemple 3. République arabe syrienne : Relèvement post-séisme tout en répondant aux conflits

En République arabe syrienne, le tremblement de terre de magnitude 7,8 qui s'est produit le 6 février 2023, suivi deux semaines plus tard d'une réplique de magnitude 6,4 (Mw) le long de la frontière avec la Türkiye, a considérablement aggravé les conditions déjà désastreuses causées par 12 années de conflit. En réponse à cette situation, la Banque mondiale a procédé à une estimation rapide des dommages après une catastrophe (GRADE) *(50)* axée sur l'évaluation des dommages physiques directs dans le pays. Sur cette base, la Banque mondiale a lancé l'Évaluation rapide des dommages et des besoins en Syrie *(51),* qui fournit des estimations préliminaires pour la reconstruction des infrastructures et la restauration de la prestation de services. Cette Évaluation a également défini des principes directeurs pour le relèvement et une meilleure reconstruction à la fois au cours de la phase de relèvement rapide (0 à 12 mois) et de la phase de relèvement à court terme (1 à 3 ans).

Parallèlement, les Nations Unies ont procédé à l'évaluation des besoins de relèvement après le séisme survenu en République arabe syrienne, sur la base de la méthodologie PDNA. Avec la participation de 11 institutions, fonds et programmes des Nations Unies, elles ont proposé une stratégie triennale de relèvement après le tremblement de terre et de réduction des risques de catastrophe pour soutenir les communautés touchées et les efforts de relèvement nationaux.

Dans ce contexte, les responsables de la stratégie de relèvement sanitaire ont dû faire face aux effets aggravés d'un conflit prolongé, de la pandémie de COVID-19, d'une flambée épidémique de choléra et du tremblement de terre sur le système de santé de la République arabe syrienne. Les priorités immédiates comprenaient la restauration des services de santé essentiels dans les établissements opérationnels et la poursuite de la prestation de services par le biais d'unités mobiles dans les zones dépourvues d'infrastructures sanitaires fonctionnelles. Les priorités à moyen et à long terme étaient axées sur la reconstruction des ressources humaines, la remise en état des établissements de soins endommagés, le renforcement des soins d'urgence et de la préparation aux pandémies et la mobilisation du secteur privé de la santé pour assurer la prestation de services abordables.

Exemple 4. Somalie : Adoption de l'approche du nexus en alignant le plan d'intervention humanitaire et le plan stratégique du secteur de la santé

Le système de santé somalien a été gravement affaibli par plus de trois décennies de guerre civile, d'instabilité politique et de catastrophes naturelles récurrentes. Malgré ces défis, le Gouvernement, aux côtés de partenaires internationaux, s'efforce de saisir les opportunités de relèvement et de renforcement de la résilience, tout en continuant à répondre aux besoins humanitaires urgents.

D'une part, le plan d'intervention humanitaire met non seulement l'accent sur les interventions qui permettent de sauver des vies, mais vise également à fournir des services de santé complets grâce à un modèle intégré qui comprend des circuits d'orientation-recours renforcés *(52)*. D'autre part, le Plan stratégique du secteur de la santé 2022-2026 (HSSP III) fixe des objectifs à moyen terme pour améliorer l'accès à des services de santé abordables, équitables et de haute qualité, guidés par une approche axée sur les soins de santé primaires *(53)*. Ce Plan s'appuie sur les données factuelles recueillies dans le cadre de l'ensemble des services de santé essentiels de 2020, qui vise à promouvoir l'expansion de la prestation intégrée des services en tant que pierre angulaire du relèvement et du développement des systèmes de santé.

Faisant le lien entre ces deux actions, l'OMS, l'UNICEF et d'autres partenaires soutiennent ces deux Plans. En outre, Gavi, l'Alliance du vaccin, le Fonds mondial de lutte contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme, le Mécanisme de financement mondial et la Banque mondiale alignent leur financement sur les priorités nationales afin de renforcer les soins de santé primaires, les services de santé essentiels et les systèmes de gestion de la chaîne d'approvisionnement *(54)*.

Exemple 5. Iraq : Transition post-conflit de l'intervention humanitaire au développement

Pendant plus d'une décennie, l'Iraq a été confronté à des problèmes humanitaires importants en raison des conflits, des déplacements de masse et de l'effondrement des infrastructures de santé. En 2022, cependant, le paysage de l'action humanitaire a commencé à évoluer, de nombreux programmes d'urgence étant passés à l'appropriation nationale *(55)*. Le système de santé iraquien a ainsi changé son orientation, passant de la riposte à la crise au relèvement, à la résilience et au développement durable.

S'appuyant sur les enseignements tirés de l'intervention humanitaire, le Gouvernement iraquien a élaboré le Plan national de développement (2018-2022), suivi d'un plan actualisé pour 2024-2028 *(56)* qui a formulé des objectifs stratégiques pour le secteur de la santé liés au renforcement de la gouvernance du secteur de la santé, à l'assurance-maladie, aux infrastructures de santé, aux services de soins de santé, à la lutte contre les maladies et à leur prévention, aux personnels de santé et à la mobilisation du secteur privé.

Les années 2022-2023 ont également été marquées par le relèvement après les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur la santé publique, et l'Iraq a tiré parti des progrès réalisés pendant la riposte à la pandémie pour consolider son système de santé.

Parallèlement, avec l'appui de l'OMS, le ministère de la Santé a procédé à un examen universel de l'état de santé et de préparation *(57)*, devenant le premier pays de la Région de la Méditerranée orientale à effectuer un tel examen. Ceci a permis de renforcer l'orientation stratégique du relèvement de l'Iraq en définissant les priorités opérationnelles essentielles, notamment la consolidation des soins de santé primaires, des systèmes de surveillance et d'information, l'amélioration du financement de la santé et le renforcement de la préparation aux situations d'urgence. Certainement, la consolidation des soins de santé primaires n'était pas une nouvelle orientation, mais plutôt un élément fondamental de l'intervention sanitaire humanitaire en Iraq qui a jeté les bases du relèvement de ce pays et de la réalisation de la CSU, de la sécurité sanitaire et d'autres ODD liés à la santé *(58)*.

À l'appui de ces priorités, l'Iraq a réalisé des progrès considérables dans la transformation numérique des systèmes d'information sanitaire, qui constitue la pierre angulaire du relèvement des systèmes de santé, grâce à l'institutionnalisation du Système de surveillance de la disponibilité des ressources et services de santé (HeRAMS) et à l'élargissement de la plateforme nationale du système du logiciel d'information sanitaire (DHIS2) *(59)*. Cette transformation a considérablement permis d'améliorer la qualité des données, la détection des flambées épidémiques, la planification des ressources et la responsabilisation dans la prestation de services.

Conclusion

65. Le relèvement des systèmes de santé dans la Région de la Méditerranée orientale n'est pas un luxe mais une nécessité stratégique. Alors que les conflits, les catastrophes et les situations d'urgence qui se chevauchent, continuent de déstabiliser les vies et les institutions, le relèvement est devenu la pierre angulaire de la résilience. Il ne s'agit pas seulement de restaurer ce qui a été perdu, mais aussi de repenser et de reconstruire des systèmes plus solides, plus équitables et plus capables de résister aux chocs futurs.

66. Le présent document soutient que le relèvement doit commencer tôt, être intégré au leadership national et rapprocher les domaines de l'humanitaire, du développement et de la consolidation de la paix. Il doit faire l'objet d'une appropriation locale, être politiquement informée et ancrée dans les réalités des situations de fragilité et de conflit. La Région ne peut se permettre des approches fragmentées ou réactives – ce qui est nécessaire, c'est une action délibérée, coordonnée et tournée vers l'avenir.

67. Le relèvement ne concerne pas seulement les systèmes, mais également la souveraineté, la stabilité et la dignité. Pour des millions de personnes vivant dans des crises prolongées, la reconstruction des systèmes de santé est un moyen de restaurer l'espoir et la confiance dans les institutions. Il s'agit de même de l'investissement le plus rentable en matière de préparation, d'équité et de paix durable.

68. Le cadre opérationnel décrit dans le présent document fournit une approche pratique qui peut être adaptée aux contextes nationaux, alignée sur le Plan opérationnel stratégique de l'OMS pour la Région de la Méditerranée orientale 2025-2028 et qui s'appuie sur des enseignements tirés du monde réel dans la Région et au-delà. Toutefois, les cadres s'avèrent insuffisants. Ce qui est requis aujourd'hui, c'est une volonté politique, un financement durable et un engagement audacieux à agir, en particulier dans les contextes les plus complexes et les plus négligés. La Région de la Méditerranée orientale a déjà démontré qu'un relèvement

est possible, même en présence d'une fragilité profonde. Le défi à relever maintenant consiste à s'assurer que les processus de relèvement sont institutionnalisés, planifiés et financés. L'avenir de la santé dans la Région en dépend.

69. Le document de cette année et les discussions qui l'accompagnent visent à créer une dynamique pour le relèvement des systèmes de santé en situation de fragilité et de conflit. Les États Membres sont invités à approuver la résolution correspondante, qui constitue une étape clé vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle, de la sécurité sanitaire et d'autres objectifs de développement durable liés à la santé.

Références[1]

1. Infectious disease outbreaks reported in the Eastern Mediterranean Region in 2022 [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://www.emro.who.int/pandemic-epidemic-diseases/information-resources/infectious-disease-outbreaks-reported-in-the-eastern-mediterranean-region-in-2022.html).
2. Rapport de situation sur les problèmes sanitaires auxquels sont confrontées les populations affectées par des catastrophes et des situations d'urgence, y compris le Règlement sanitaire international (2005). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2024 (EM/RC71/INF.DOC.4-Rev.1., (https://applications.emro.who.int/docs/WHE-IHR-fre.pdf).
3. Cadre d'action d'urgence : procédures internes de l'OMS. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2024 (https://iris.who.int/handle/10665/376752). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
4. Statement by Dr Hanan Balkhy, WHO Regional Director for the Eastern Mediterranean at the Health emergencies press briefing, 18 March 2025 [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://www.emro.who.int/media/news/statement-by-who-regional-director-for-the-eastern-mediterranean-at-the-heath-emergencies-press-briefing-18-march.html).
5. Organisation de coopération et de développement économiques. États de fragilité 2025. Paris : Publications de l'OCDE ; 2025 (https://www.oecd.org/fr/publications/etats-de-fragilite-2025_3797ea0f-fr.html).
6. Classification of fragility and conflict situations (FCS) for World Bank Group engagement. Washington, DC: World Bank Group; 2023 (https://thedocs.worldbank.org/en/doc/fb0f93e8e3375803bce211ab1218ef2a-0090082023/original/Classification-of-Fragility-and-Conflict-Situations-FY24.pdf).
7. FY25 list of fragile and conflict-affected situations. Washington, DC: World Bank Group; 2025 (https://thedocs.worldbank.org/en/doc/b3c737c4687db176ec98f5c434d0de91-0090082024/original/FCSListFY25.pdf).
8. Health and well-being profile of the Eastern Mediterranean Region. An overview of the health situation in the Region and its countries in 2023. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://applications.emro.who.int/docs/9789292744656-eng.pdf). Licence: CC BYNC-SA 3.0 IGO.
9. Brennan R, Hajjeh R, Al-Mandhari A. Responding to health emergencies in the Eastern Mediterranean region in times of conflict. Lancet. 2022;399(10332):e20–e22. doi:10.1016/S0140-6736(20)30069-6.
10. WHO presence in fragile and conflict affected situations (FCS), 2021. Geneva: World Health Organization; 2021 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/347261/9789240036543-eng.pdf). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
11. Definition: Build back better [website]. Bonn: United Nations Office for Disaster Risk Reduction; 2025 (https://www.undrr.org/terminology/build-back-better).
12. Implementation guide for health systems recovery in emergencies: transforming challenges into opportunities. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/336472). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. Bridging the divide. A guide to implementing the humanitarian-development-peace nexus for health (second edition). Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://applications.emro.who.int/docs/9789292747145-eng.pdf). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
14. Soixante-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale ; Téhéran, 14-17 octobre 2019 : Présentation du cadre d'action pour le secteur hospitalier dans la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de la Méditerranée orientale ; 2019 (EM/RC66/5, https://iris.who.int/handle/10665/371131).

[1] Toutes les références ont été consultées le 26 mai 2025.

15. Soixante et onzième session du Comité régional de la Méditerranée orientale ; Doha, 14-17 octobre 2024 ; résolution sur l'amélioration et la numérisation des systèmes d'information sanitaire au sein des pays de la Région de la Méditerranée orientale : stratégie régionale (2024-2028). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2024 (EM/RC71/R.6, https://applications.emro.who.int/docs/RC71-R6-D-HIS-fre.pdf).

16. Soixante-dixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale ; Le Caire, 9-12 octobre 2023 ; Changement climatique, santé et environnement : cadre d'action régional, 2023-2029. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2023 (EM/RC70/6, https://applications.emro.who.int/docs/Climate-change-RC70-fre.pdf).

17. Soixante-dixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale ; Le Caire, 9-12 octobre 2023 ; Cadre d'action régional pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2023 (EM/RC70/3-Rev.1, https://applications.emro.who.int/docs/NCDs-emergencies-fre.pdf).

18. Soixante et onzième session du Comité régional de la Méditerranée orientale ; Doha, 14-17 octobre 2024 ; Plan d'action régional pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence (2024-2030). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2024 (EM/RC71/5-Rev.2., (https://applications.emro.who.int/docs/TP-NMH-MHPSS-fre.pdf).

19. Minimum initial service package (MISP) resources. New York: Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Crisis; 2024 (https://iawg.net/resources/minimum-initial-service-package-misp-resource).

20. Soixante-Dix-Septième Assemblée mondiale de la Santé, Point 11.7 de l'ordre du jour, 1er juin 2024 : Accélération des efforts entrepris pour réduire la mortalité de la mère, du nouveau-né et de l'enfant afin d'atteindre les cibles 3.1 et 3.2 des objectifs de développement durable. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2023 (WHA77.5, https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_ACONF5-fr.pdf).

21. Child and adolescent health in humanitarian settings: operational guide. A holistic approach for programme managers. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2021 (https://iris.who.int/handle/10665/351255). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

22. Règlement sanitaire international (2005), Troisième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://iris.who.int/handle/10665/246187).

23. Cadre de Sendai pour la réduction des risques de catastrophe (2015-2030). Genève : Office des Nations Unies pour la réduction des risques de catastrophe ; 2015 (https://www.undrr.org/media/16177/download?startDownload=20250910).

24. Stratégie pour la santé dans le monde 2025-2028 : faire progresser l'équité et la résilience dans un monde en proie aux turbulences : quatorzième programme général de travail. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2025 (https://iris.who.int/handle/10665/381411). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

25. Plan opérationnel stratégique pour la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2024 (EM/RC71/P-Rev.2 ; https://applications.emro.who.int/docs/Strategic-operational-plan-fre.pdf?ua=1).

26. Initiatives phares [site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2025 (https://www.emro.who.int/fr/about-who/regional-director/flagship-initiatives.html).

27. Soixante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale. Le Caire, 10-13 octobre 2022 ; résolution : Mettre en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2022 (EM/RC69/R.2, https://applications.emro.who.int/docs/Building-resilient-health-systems-RC69-R2-fre.pdf).

28. Aperçu de la situation humanitaire mondiale 2025. New York, NY : Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires ; 2024 (https://www.unocha.org/publications/report/world/global-humanitarian-overview-2025-enarfres).

29. Balkhy H.; Staying and delivering: WHO's enduring commitment to healthcare delivery in emergencies and humanitarian settings in the Eastern Mediterranean Region. East Mediterr Health J. 2024;31(1):3–5 doi:10.26719/2025.31.1.3. (https://applications.emro.who.int/EMHJ/V31/01/1020-3397-2025-3101-3-5-eng.pdf).

30. Brennan R, Sheraz M. The international community is failing to protect healthcare in armed conflict. BMJ. 2024;387:q2474. doi:10.1136/bmj.q2474.

31. Frontiers in Public Health. Health systems recovery in the context of COVID-19 and protracted conflict. Lausanne: Frontiers Media; 2023 (Vol. 11, https://www.frontiersin.org/research-topics/38177/health-systems-recovery-in-the-context-of-covid-19-and-protracted-conflict).

32. Soixante-neuvième session du Comité régional de la Méditerranée orientale ; Le Caire, 10-13 octobre 2022 ; Mettre en place des systèmes de santé résilients pour faire progresser la couverture sanitaire universelle et assurer la sécurité sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2022 (EM/RC69/4, https://applications.emro.who.int/docs/Build-resilient-health-systems-UHC-EMR-fre.pdf).

33. Planning for health system recovery: guidance for application in countries. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378458/9789240097810-eng.pdf). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

34. Inter-Agency Standing Committee Working Group XVIth meeting: New York, 30 November 1994: definition of complex emergencies. New York, NY: IASC; 1994 (https://interagencystandingcommittee.org/sites/default/files/migrated/2014-12/WG16_4.pdf).

35. Strengthening local engagements and collaborations for more effective health emergency management: WHO localization strategy. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/380776/9789240106178-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Licence: CC BY-NCSA 3.0 IGO.

36. Mobiliser le secteur privé de la prestation de services de santé grâce à la gouvernance des systèmes de santé mixtes : stratégie du Groupe consultatif de l'OMS sur la gouvernance du secteur privé pour la couverture sanitaire universelle. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/345933). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

37. Cadre de gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/348822/9789240019706-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

38. Initiative Santé et Paix. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (https://iris.who.int/handle/10665/334342). Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

39. Quarante-sixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies ; New York, 1991-1992 ; résolution 46/182 : renforcement de la coordination de l'aide humanitaire d'urgence fournie par les organismes des Nations Unies. New York : Nations Unies ; 1991 (46/182, https://docs.un.org/A/RES/46/182).

40. Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Déclaration de Paris sur l'efficacité de l'aide au développement. Paris : Publication de l'OCDE ; 2005 (https://www.effectivecooperation.org/system/files/2020-09/Paris%20Declaration%20-%20FRENCH.pdf).

41. European Commission, United Nations Development Group, World Bank. Joint Recovery and Peacebuilding Assessments (RPBAs): a practical note to assessment and planning. Washington, DC: World Bank Group; 2017 (https://fpi.ec.europa.eu/system/files/2021-05/rpba_guidance.pdf).

42. European Commission, the United Nations Development Group, World Bank. Post-disaster needs assessments, volume A, guidelines. New York, NY: United Nations Development Fund (UNDP); 2013 (https://www.undp.org/publications/post-disaster-needs-assessment).

43. Lebanon. Rapid Damage and Needs Assessment (RDNA), March 2025. Washington, DC: World Bank Group; 2025 (https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/099030125012526525/p5063801f58e97062197c31ebf5a511c4e1).

44. World Health Organization. Global health and peace initiative (GHPI). Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/initiatives/who-health-and-peace-initiative).

45. World Health Organization. Emergency response reviews [website]. Geneva: World Health Organization (https://www.who.int/emergencies/operations/emergency-response-reviews/).

46. International Bank for Reconstruction and Development, World Bank. Damage, loss and needs assessment guidance notes. Washington, DC: Global Facility for Disaster Reduction and Recovery; 2010 (https://www.preventionweb.net/media/42961/download?startDownload=20250608).

47. Towards one regional WHO–UN health agenda in 2025: a Regional Health Alliance strategic dialogue. Report of the third Regional Health Alliance meeting, January 2025. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (emro.who.int/images/stories/health-topics/health-alliance/Regional-Health-Alliance-High-Level-Meeting-Report-January-2025.pdf). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

48. WHO operational response and early recovery plan for the occupied Palestinian territory, April 2024–December 2024. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2025 (https://www.emro.who.int/images/stories/palestine/WHO_WHO_oPt_Operational_Plan_April_2024.pdf).

49. World Bank Group, European Union, United Nations. Gaza and West Bank interim damage and needs assessment, February 2025. Washington, DC: World Bank Group; 2025 (https://thedocs.worldbank.org/en/doc/133c3304e29086819c1119fe8e85366b-0280012025/original/Gaza-RDNA-final-med.pdf).

50. Global Facility for Disaster Reduction and Recovery. Global Rapid Post-Disaster Damage Estimation (GRADE) report: Mw 7.8 Türkiye–Syria Earthquake. Assessment of the Impact on Syria: Results as of February 20, 2023. Washington, DC: World Bank; 2023 (https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/7642cac2-7f97-4c22-9419-139356d04f24).

51. International Bank for Reconstruction and Development, World Bank. Syria earthquake 2023: Rapid damage and needs assessment (RDNA); Washington, DC: World Bank; 2023 (https://documents1.worldbank.org/curated/en/099093003162314369/pdf/P1721710e2b4a60b40a5940f0793f8a0d24.pdf).

52. Somalia 2025 Humanitarian Needs and Response Plan (HNRP). New York, NY: UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2025 (https://reliefweb.int/report/somalia/somalia-2025-humanitarian-needs-and-response-plan-hnrp).

53. Somalia Health Sector Strategy Plan 2022–2026 (HSSP III). Mogadishu: Ministry of Health and Human Services, Federal Government of Somalia; 2021 (https://moh.gov.so/so/wp-content/uploads/2022/11/Health-Sector-Strategy-Plan-III.pdf).

54. Overcoming fragility in Somalia to build a strong primary health care system, 15 September 2020 [website]. Geneva: World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/somalia).

55. Humanitarian Transition Overview – Iraq. New York, NY: United Nations Office for the Coordination of Humanitarian Affairs; 2023 (https://reliefweb.int/report/iraq/iraq-humanitarian-transition-overview-2023-february-2023-enarku).

56. National Development Plan 2024–2028. Baghdad; Republic of Iraq Ministry of Planning; 2024 (https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/2024-12/national-development-plan-2024-2028.pdf).

57. Universal Health and Preparedness Review (UHPR): National report of the Republic of Iraq, April 2023. Baghdad; Republic of Iraq Ministry of Health; 2023 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/emergencies/uhpr-national-report-iraq_final.pdf).

58. Evaluation of WHO contribution in Iraq (2019–2023). Geneva: World Health Organization; 2024 (https://iris.who.int/handle/10665/380588). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

59. WHO and Ministry of Health digitize information vital for a healthier Iraq [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2024 (https://www.emro.who.int/iraq/news/who-and-ministry-of-health-digitize-information-vital-for-a-healthier-iraq.html).

Annexe 1. Sélection d'indicateurs relatifs à la population et au système de santé au sein des pays en situation de fragilité ou touchés par des conflits dans la Région de la Méditerranée orientale, par rapport aux pays non affectés par ces situations

Indicateur	Afghanistan	Iraq	Liban	Libye	Palestine	République arabe syrienne	Somalie	Soudan	Yémen	Fourchette des pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Moyenne pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Médiane pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits
Impact sur la santé												
Espérance de vie à la naissance (en années) 2021 *(1)*	59,13	71,47	74,34	72,18	73,49	72,44	53,95	67,59	65,76	64,87-78,95	73,41	74,38
Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années) 2021 *(1)*	50,4	61	63,2	62,1	62,9	62,3	47,4	58,5	56,5	56,99-67,78	63,86	63,98
Taux de mortalité maternelle (pour 100 000 naissances vivantes) – Indicateur 3.1.1 des ODD (2020) *(1)*	620	76	21	72	20	30	621	270	183	7,17-154,16	34,67	16,91
Taux de mortalité néonatale (pour 1000 naissances vivantes) – Indicateur 3.2.2 des ODD (2022) *(1)*	35,5	13,4	10,4	5,5	8,9	10,5	35,1	25,7	21,9	2,61-38,76	10,16	7,62
Taux de mortalité des moins de cinq ans (pour 1000 naissances vivantes) – Indicateur 3.2.1 des ODD (2022) *(1)*	57,7	23,5	17,4	10,3	14,3	21,4	106,1	51,6	41,3	5,25-60,96	17,57	11,46
Probabilité de mourir d'une maladie cardiovasculaire, d'un cancer, du diabète ou d'une maladie respiratoire chronique entre 30 et 70 ans (en pourcentage) (décès prématuré par maladie non transmissible) – Indicateur 3.4.1 des ODD (2021) *(2)*	32,7	22,7	11,9	19,8	18,3	21,3	27,6	21,2	25,8	9,3-26	16,05	13,9
Incidence de la tuberculose (pour 100 000 habitants) – Indicateur 3.3.2 des ODD (2022) *(1)*	80	21	10	59	0,35	17	243	50	48	0,8-92	20,95	11
Résultats sanitaires												
Couverture sanitaire universelle												
CSU : Indice de couverture des services – Indicateur 3.8.1 des ODD (2021) *(1)*	41	59	73	62	ND	64	27	44	42	43,91-81,77	68,57	70,23
Part des ménages qui consacrent plus de 10 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé (en pourcentage) – Indicateur 3.8.2 des ODD (2014-2021) *(1)*	26,08	19,57	26,6	ND	9	6,88	0,13	12,46	15,83	0,37-31,14	7,76	5,14

Indicateur	Afghanistan	Iraq	Liban	Libye	Palestine	République arabe syrienne	Somalie	Soudan	Yémen	Fourchette des pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Moyenne pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Médiane pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits
Part des ménages qui consacrent plus de 25 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé (en pourcentage) – Indicateur 3.8.3 des ODD (2014-2021) *(1)*	8,03	4,18	6,3	ND	1,5	1,41	0	1,75	4,16	0,04-6,10	1,48	0,96
Sécurité sanitaire												
Préparation – Indicateur 3.d.1. des ODD : capacité au titre du Règlement sanitaire international (RSI) et préparation aux situations d'urgence sanitaire *(3)*	35	59	70	38	44	55	41	33	44	30-97	78	78
Produits sanitaires												
Accessibilité physique												
Pourcentage d'établissements offrant des services selon un ensemble de services nationaux définis	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Pourcentage d'établissements de santé respectant les normes minimales pour la prestation de services traceurs	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Pourcentage d'établissements respectant les mesures de prévention et de lutte anti-infectieuses	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Accessibilité financière												
Dépenses de santé directes en pourcentage du total des dépenses courantes de santé (2022) *(4)*	77,95	47,83	33,42	30,47	33,55	45,73	42,14	51,42	70,2	7,48-53,83	27,84	30,99
Contributions												
Financement de la santé												
Dépenses de santé courantes en pourcentage du produit intérieur brut (2022) *(5)*	23,09	4,29	5,74	4,65	9,73	4,15	2,62	4,62	6,19	2,18-9,73	4,50	4,62
Dépenses de santé courantes par habitant en dollars des États-Unis (2022) *(6)*	80,65	254,62	392,38	278,38	350,64	34,36	15,35	31,58	38,12	38,77-2315	777,89	295,1
Dépenses publiques nationales de santé générales en pourcentage des dépenses publiques générales (en pourcentage) 2022 *(7)*	1,13	5,84	15,5	5,06	13,48	7,78	2,5	6,72	2,51	5,15-19,03	9,33	8,31
Personnels de santé												
Densité de médecins (pour 10 000 habitants) – Indicateur 3.c.1 des ODD (2014-2023) *(8)*	3,17	10,22	26,8	20,42	21,68	15,21	0,48	2,5	0,98	1,94-84,89	34,21	28,76

Indicateur	Afghanistan	Iraq	Liban	Libye	Palestine	République arabe syrienne	Somalie	Soudan	Yémen	Fourchette des pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Moyenne pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Médiane pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits
Densité des personnels infirmiers et obstétricaux (pour 10 000 habitants) 2014-2023 *(9)*	5,49	26,48	19,18	63,77	19,53	17,57	2,61	10,83	5,41	1,94-84,89	34,49	28,76
Densité de dentistes (pour 10 000 habitants) 2014-2023 *(10)*	0,06	5,02	12,5	5,8	7,215	10,22	0	2,5	0,19	0,06-8,85	4,94	3,68
Densité de pharmaciens (pour 10 000 habitants) 2014-2023 *(11)*	0,32	6,19	16,3	4,1	11,30	16,31	0,02	0,24	0,53	1,65-20,30	7,49	6,14
Infrastructures physiques												
Établissements de soins de santé primaires pour 10 000 habitants (2020) *(12)*	1,2	7,1	2,5	2,1	1,4	0,9	ND	1,5	1,4	0,2-7,0	1,85	0,7
Médicaments et autres produits sanitaires												
Disponibilité d'une sélection de médicaments essentiels dans les établissements de santé publics et privés – Indicateur 3.b.3 des ODD	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Public (2020) *(12)*	ND	ND	ND	13	92	ND	ND	48,7	ND	96,7-100	99,3	100
Privé (2020) *(12)*	ND	ND	ND	ND	100	ND	ND	59	ND	11,6-100	86,9	100
Fonctionnalité des établissements de santé (HeRAMs)												
Pourcentage d'établissements de santé pleinement fonctionnels (HeRAMs)* 2024 *(13)*	91	70	ND	ND	0	93	94	51	61	ND	ND	ND
Pourcentage d'établissements de santé partiellement fonctionnels (HeRAMs)* 2024 *(13)*	8	30	ND	ND	46	6	2	11	35	ND	ND	ND
Pourcentage d'établissements de santé pleinement non fonctionnels (HeRAMs)* 2024 *(13)*	1	0	ND	ND	54	1	4	38	4	ND	ND	ND
Pourcentage d'établissements de santé n'ayant pas subi de dommages (HeRAMs)* 2024 *(13)*	76	79	ND	ND	11	89	84	83	89	ND	ND	ND
Pourcentage d'établissements de santé ayant subi des dommages partiels (HeRAMs)* 2024 *(13)*	15	19	ND	ND	75	2	8	16	9	ND	ND	ND

Indicateur	Afghanistan	Iraq	Liban	Libye	Palestine	République arabe syrienne	Somalie	Soudan	Yémen	Fourchette des pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Moyenne pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits	Médiane pour les pays ne faisant pas partie des pays en situation de fragilité et touchés par des conflits
Pourcentage d'établissements de santé complètement endommagés (HeRAMs)7 2024 *(13)*	0	0	ND	ND	14	0	0	1	2	ND	ND	ND
Attaques perpétrées contre les soins de santé												
Attaques perpétrées contre les soins de santé (2024) *(14)*	2	ND	149	ND	715	84	3	72	ND	ND	ND	ND

* Cette analyse s'appuie sur les données tirées du Système de surveillance de la disponibilité des ressources et services de santé de sept des pays de la Région classés par la Banque mondiale comme étant en situation de fragilité et touchés par des conflits. Le nombre d'établissements de santé déclarants inclut des établissements en Afghanistan (4503), en Iraq (5092), en République arabe syrienne (127), en Somalie (430), au Soudan (2366) et au Yémen (5371). Pour la Palestine, les données ne couvrent que 35 hôpitaux de la bande de Gaza.

Références pour l'Annexe 1[1]

1. Monitoring health for the SDGs. The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/data/gho/data/themes/world-health-statistics).
2. Probability of dying between the exact ages 30 and 70 years from cardiovascular diseases, cancer, diabetes, or chronic respiratory diseases (SDG 3.4.1). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2024 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/probability-of-dying-between-exact-ages-30-and-70-from-any-of-cardiovascular-disease-cancer-diabetes-or-chronic-respiratory-(-)).
3. Outil électronique d'auto-évaluation des rapports annuels des États parties au RSI. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2024 (https://extranet.who.int/e-spar/).
4. Out-of-pocket expenditure as percentage of current health expenditure (CHE) (%). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/out-of-pocket-expenditure-as-percentage-of-current-health-expenditure-(che)-(-)).
5. Current health expenditure (CHE) as percentage of gross domestic product (GDP) (%). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-as-percentage-of-gross-domestic-product-(gdp)-(-)).
6. Current health expenditure (CHE) per capita in US$. The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/current-health-expenditure-(che)-per-capita-in-us-dollar).
7. Domestic general government health expenditure (GGHE-D) as percentage of general government expenditure (GGE) (%). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/domestic-general-government-health-expenditure-(gghe-d)-as-percentage-of-general-government-expenditure-(gge)).
8. Medical doctors (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/medical-doctors-(per-10-000-population)).
9. Nursing and midwifery personnel (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/nursing-and-midwifery-personnel-(per-10-000-population)).
10. Dentists (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/dentists-(per-10-000-population)).
11. Pharmacists (per 10 000 population). The Global Health Observatory [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/pharmacists-(per-10-000-population)).
12. Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region: core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals 2021. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2022 (https://iris.who.int/handle/10665/361347). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. Health resources and services availability monitoring system (HeRAMS). Geneva: World Health Organization; 2025 (https://herams.org/session/create).
14. Surveillance system for attacks on health care (SSA) [online database]. Geneva: World Health Organization; 2025 (https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx).

[1] Toutes les références ont été consultées le 26 mai 2025.