



Cadre d'action régional pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence

Résumé d'orientation

La Région de la Méditerranée orientale est confrontée à des situations d'urgence d'une ampleur sans précédent, causées par des risques naturels et d'origine humaine, qui affectent la santé de millions de personnes. Ces situations perturbent les systèmes de santé, rendant difficile la prestation de services de soins de santé adéquats, ce qui entraîne une augmentation de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies non transmissibles (MNT). Près de la moitié des 22 pays et territoires de la Région sont considérés comme fragiles, touchés par des conflits et vulnérables. Cependant, aucun pays n'est à l'abri des situations d'urgence. Des événements tels que les catastrophes naturelles, les conflits militaires, les déplacements de populations et même les rassemblements de masse peuvent perturber la prestation des soins pour le traitement des MNT. La Région héberge actuellement le plus grand nombre de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire au niveau mondial, soit 38 % du total, et accueille le plus grand nombre de personnes déplacées dans le monde.

La riposte aux urgences sanitaires est depuis longtemps centrée sur la réponse aux besoins immédiats en matière de santé, notamment par la prise en charge des traumatismes et la lutte contre les maladies transmissibles. Malgré la charge croissante des maladies non transmissibles et l'impact négatif des situations d'urgence et des crises sur la morbidité et la mortalité qu'elles entraînent, ces maladies n'ont pas encore été pleinement intégrées dans la plupart des programmes nationaux de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la vulnérabilité de la continuité des services de lutte contre les MNT en période de crise. Elle a perturbé les services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles aux niveaux mondial et régional, certains pays ayant connu des interruptions de service pendant plus de 12 mois.

Assurer la prise en charge des MNT pendant les situations d'urgence requiert de maintenir la continuité des services et la fourniture des médicaments liés à la lutte contre ces maladies, de garantir des soins spécialisés pour des affections telles que l'insuffisance rénale dépendante de la dialyse et les cancers, ainsi que de traiter les complications aiguës telles que les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux. Cette approche globale nécessite la mise en place d'une stratégie holistique axée sur l'action qui englobe la réduction des risques associés aux urgences, la préparation, l'intervention et le relèvement. Elle repose sur un engagement accru à fournir des services de soins de santé de haute qualité à ceux qui sont touchés par les MNT.

Le présent document expose un projet de cadre régional aligné sur l'action de l'OMS en matière de renforcement des systèmes de santé et tout au long du cycle de programmation humanitaire. Le cadre comprend un ensemble d'interventions stratégiques et d'indicateurs prioritaires qui permettront de réaliser les progrès les plus rapides et d'obtenir le meilleur retour sur investissement dans cinq domaines : i) leadership, coordination et plaidoyer ; ii) mobilisation des ressources et financement ; iii) continuité des services de santé ; iv) information, données, recherche et santé numérique ; et v) participation communautaire et instauration d'un climat de confiance.

Les principales recommandations du document invitent les États Membres à :

1. reconnaître la charge croissante des MNT pendant les situations d'urgence et les intégrer dans les stratégies et plans nationaux de préparation et de riposte à ces situations ;
2. renforcer la coordination et la collaboration entre toutes les parties prenantes (y compris la société civile) afin d'accorder une priorité absolue aux MNT dans les efforts d'urgence, selon une approche englobant l'ensemble des risques qui répond aux besoins de santé spécifiques liés à ces maladies ;
3. obtenir un financement suffisant en faveur de la lutte contre les MNT dans les situations d'urgence, en veillant à ce que les systèmes de soins de santé soient suffisamment résilients pour fournir le soutien nécessaire ;
4. garantir l'accès aux soins essentiels des MNT, en adaptant les modèles de prestation de services et en élargissant les services de soins primaires, tout en intégrant des innovations numériques pour améliorer l'accès aux soins de santé ;
5. améliorer les systèmes de collecte, de suivi et d'évaluation des données pour mieux comprendre la prévalence, les facteurs de risque et les conséquences des MNT dans les situations d'urgence et pour orienter les interventions fondées sur des données probantes.

Introduction

1. Les événements récents de grande ampleur résultant de risques naturels et d'origine humaine survenus dans divers pays de la Région de la Méditerranée orientale ont montré qu'aucun pays n'est à l'abri des situations d'urgence et des catastrophes (1). L'OMS définit l'urgence sanitaire comme un type d'événement ou de menace imminente qui entraîne ou risque d'entraîner toute une série de conséquences sanitaires et qui nécessite une action coordonnée, généralement urgente et souvent exceptionnelle (2).¹ Les conséquences directes des situations d'urgence sur la santé comprennent les décès et les incapacités liés aux traumatismes, la violence sexiste et les troubles mentaux. Ces dernières années ont montré les conséquences néfastes des situations d'urgence et des catastrophes sur la santé, dues à la fois à des risques naturels, tels que les inondations au Pakistan et les tremblements de terre en République arabe syrienne, ainsi qu'à des conflits et à la fragilité politique dans plusieurs pays de la Région.

2. La Région est très diverse. Elle abrite 38 % de ceux qui ont besoin d'aide humanitaire dans le monde, la proportion la plus élevée pour toutes les Régions de l'OMS (3). Selon la Banque mondiale (4,5), près de la moitié des 22 pays et territoires de la Région (Afghanistan, Djibouti, Iraq, Liban, Libye, Pakistan, Palestine, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen) sont classés comme étant fragiles, touchés par des conflits et vulnérables. En outre, la Région accueille le plus grand nombre de personnes déplacées par la force dans le monde. (6). En 2018, une personne sur six au Liban et une personne sur 14 en Jordanie étaient des réfugiés (7).

3. La perturbation des systèmes de santé contribue à l'augmentation de la morbidité et de la mortalité dues aux maladies infectieuses, à la malnutrition, aux complications obstétricales et aux maladies non transmissibles (MNT). Les situations d'urgence sont devenues de plus en plus prolongées et complexes, ce qui a un impact sur les systèmes de santé puisque la charge de morbidité et, par conséquent, la demande en matière de services de santé augmentent, tandis que la capacité à répondre à cette demande est simultanément perturbée et diminuée.

4. Il faut reconnaître que la prise en compte des MNT dans les interventions d'urgence est un élément essentiel de la prestation de services de santé et un droit humain fondamental, conformément à l'engagement des Nations Unies visant à assurer l'accès à des services de santé de qualité, y compris la prévention, le traitement et la prise en charge des MNT. Ces mesures qui sont énoncées dans les législations internationales sur les droits humains, sont des cibles des objectifs de développement durable et sont incluses dans les standards minimums de l'intervention humanitaire du projet Sphère. (8)

5. Dans la Région de la Méditerranée orientale, les MNT (y compris les maladies cardiovasculaires, l'insuffisance rénale dépendante de la dialyse, le diabète, le cancer et les maladies pulmonaires chroniques) constituent la principale cause de mortalité prématurée. Cependant, elles n'ont pas été officiellement incluses dans la plupart des programmes nationaux de préparation et de riposte aux urgences sanitaires de la Région. Par ailleurs, des décennies de conflits prolongés dans la Région, l'évolution des profils sanitaires et les besoins des populations déplacées par la force exigent qu'une réponse globale aux MNT soit mise au point et largement intégrée dans le cadre d'une approche de préparation et de riposte aux situations d'urgence couvrant l'ensemble des risques, que ce soit dans la Région touchée, le long des voies d'évacuation, aux postes-frontières ou dans les zones de déplacement, à la fois dans un pays affecté et dans les pays voisins. L'expérience acquise par l'OMS et d'autres partenaires humanitaires en matière de fourniture d'assistance technique aux pays confrontés à des situations d'urgence devrait être analysée plus avant et mise à profit pour élaborer une approche globale de lutte contre les maladies non transmissibles dans les environnements fragiles, en proie à des conflits et vulnérables de la Région.

¹ Le Haut-Commissariat des Nations unies pour les réfugiés (HCR) déclare une urgence interne lorsqu'il est confronté à une crise humanitaire pour laquelle le gouvernement et/ou l'Organisation n'ont pas la capacité de réagir sur le terrain.

6. Outre la perturbation des systèmes de santé, la surmortalité et la surmorbidity observées dans les situations d'urgence sont associées aux maladies non transmissibles de plusieurs manières. Il s'agit notamment : i) de l'interruption des soins due à la perturbation de la livraison des fournitures médicales, à l'inaccessibilité des prestataires de soins ou des dommages aux infrastructures sanitaires ; ii) d'un changement soudain des priorités du système de soins de santé ; iii) de modifications dans les conditions de vie qui entraînent un changement dans les habitudes alimentaires et l'activité physique ; iv) du risque accru d'aggravation d'affections préexistantes ; et v) de l'augmentation du stress dans les situations d'urgence, ce qui a un impact sur la lutte contre les MNT (9).

7. Le présent document fournit une analyse technique de la situation et présente un cadre d'action régional visant à guider les responsables de l'élaboration des politiques, les planificateurs et les professionnels de la santé chargés de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence, dans le but d'améliorer les résultats sanitaires des personnes vivant avec des MNT pendant des crises aiguës et prolongées. Ce cadre vise à intégrer les interventions de lutte contre les maladies non transmissibles dans les plans nationaux de riposte aux situations d'urgence sanitaire, sur la base des meilleures pratiques et des discussions qui ont eu lieu lors de la réunion technique mondiale et régionale de l'OMS sur la lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence qui s'est tenue en décembre 2022 (10), ainsi que des contributions précieuses reçues lors d'une réunion de consultation avec les États Membres qui a eu lieu en juin 2023.

Engagements mondiaux et régionaux en faveur de la lutte contre les MNT dans les situations d'urgence

8. La prise en charge des maladies non transmissibles est reconnue depuis près de 20 ans comme une norme de soins dans les situations d'urgence par les standards Sphère, qui sont un ensemble de principes et de normes minimales pour l'action humanitaire visant à améliorer la qualité de l'assistance fournie aux personnes touchées par les crises et à garantir une responsabilisation à cet égard. Ils fournissent des orientations sur la manière de prévenir et de prendre en charge les MNT au sein des populations touchées par les crises, notamment en garantissant l'accès aux médicaments, aux équipements et services essentiels, en fournissant une formation et des conseils en matière de santé, et en assurant la coordination avec d'autres secteurs et acteurs (8).

9. Le Plan d'action mondial de l'OMS pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 2013-2030 invite instamment les États Membres à assurer la continuité des services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles et l'OMS à soutenir la disponibilité des technologies vitales et des médicaments essentiels dans les situations d'urgence humanitaire. La Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles en 2018 a réaffirmé l'engagement des États Membres à « renforcer la conception et la mise en œuvre des politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes de santé et des services et infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire » (11).

10. En 2022, une feuille de route 2023-2030 concernant la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles 2013-2030 a été adoptée par la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, qui comprend des mesures liées aux situations d'urgence. L'Assemblée mondiale de la Santé a également adopté, dans sa décision WHA75(11), les recommandations du Directeur général sur la façon de renforcer la conception et la mise en œuvre des politiques, notamment en ce qui concerne la résilience des systèmes et des services de santé ainsi que des infrastructures sanitaires pour soigner les personnes vivant avec des maladies non transmissibles

et prévenir et maîtriser leurs facteurs de risque dans les situations d'urgence humanitaire (12). Il s'agit notamment d'intégrer les MNT dans la liste des services de santé essentiels lors des situations d'urgence et de renforcer la préparation et les capacités de riposte aux situations d'urgence en matière de MNT à plus long terme pendant et après la pandémie de COVID-19, dans le cadre d'une approche multisectorielle visant à reconstruire en mieux et tenant compte de tous les risques.

11. En outre, la résolution EM/RC68/R.2 de la soixante-huitième session du Comité régional de la Méditerranée orientale a invité les États Membres et le Directeur régional à intégrer la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans le renforcement des systèmes de santé afin d'atteindre le double objectif de la sécurité sanitaire et de la couverture sanitaire universelle (CSU) en élaborant un plan d'action pour accélérer la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire dans la Région.

12. La réponse internationale aux urgences humanitaires est généralement coordonnée par le groupe sectoriel du Comité permanent interorganisations, l'OMS étant l'organisation chef de file du groupe sectoriel pour la santé. Il existe actuellement huit groupes sectoriels pour la santé actifs dans la Région, avec plus de 700 partenaires opérationnels. Ceux-ci sont fortement présents sur le terrain et peuvent étendre la portée des services de santé, y compris les soins pour le traitement des MNT.

13. En outre, des initiatives ciblées en collaboration avec les groupes sectoriels pour la santé au niveau des pays visent à lutter contre les MNT dans les situations d'urgence humanitaire, à soulager les souffrances et à sauver des vies. Des projets spécifiques sont actuellement mis en œuvre en Afghanistan, en Iraq, en République arabe syrienne, au Soudan, et au Yémen pour améliorer la disponibilité et la qualité des services liés aux MNT dans ces pays (1).

14. L'OMS a défini des priorités pour améliorer la riposte collective aux urgences sanitaires en aidant les pays à établir des profils qui tiennent compte de l'ensemble des risques, à élaborer des plans de préparation aux situations d'urgence, à établir des centres d'opérations d'urgence et à mettre en œuvre un système de gestion des incidents. L'OMS recommande également de soutenir l'élaboration de plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire.

Charge de morbidité due aux maladies non transmissibles pendant les situations d'urgence dans la Région de la Méditerranée orientale

15. La Région de la Méditerranée orientale est confrontée à une charge importante de maladies non transmissibles, qui sont responsables de la majorité des décès dans la plupart des pays de la Région. La prévalence de ces maladies est élevée dans la Région, et l'on estime que 66,5 % des décès leur sont attribués. La Région fait état de l'une des plus fortes probabilités de mortalité prématurée (c'est-à-dire de décès avant l'âge de 70 ans), qui s'élève à 24,5 % ; l'Afghanistan affiche la probabilité la plus élevée avec 35 %, suivi de la Somalie (30 %), du Pakistan (29 %), de l'Égypte (28 %) et du Yémen (27 %) (Figure 1) (13).

16. Les situations d'urgence semblent augmenter le risque de complications liées aux maladies non transmissibles ; des événements tels que les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux peuvent être jusqu'à deux à trois fois plus fréquents que dans des circonstances normales précédant une situation d'urgence. (14) Dans la Région, les maladies cardiovasculaires sont la principale cause de décès liés aux MNT dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables tout comme dans les pays

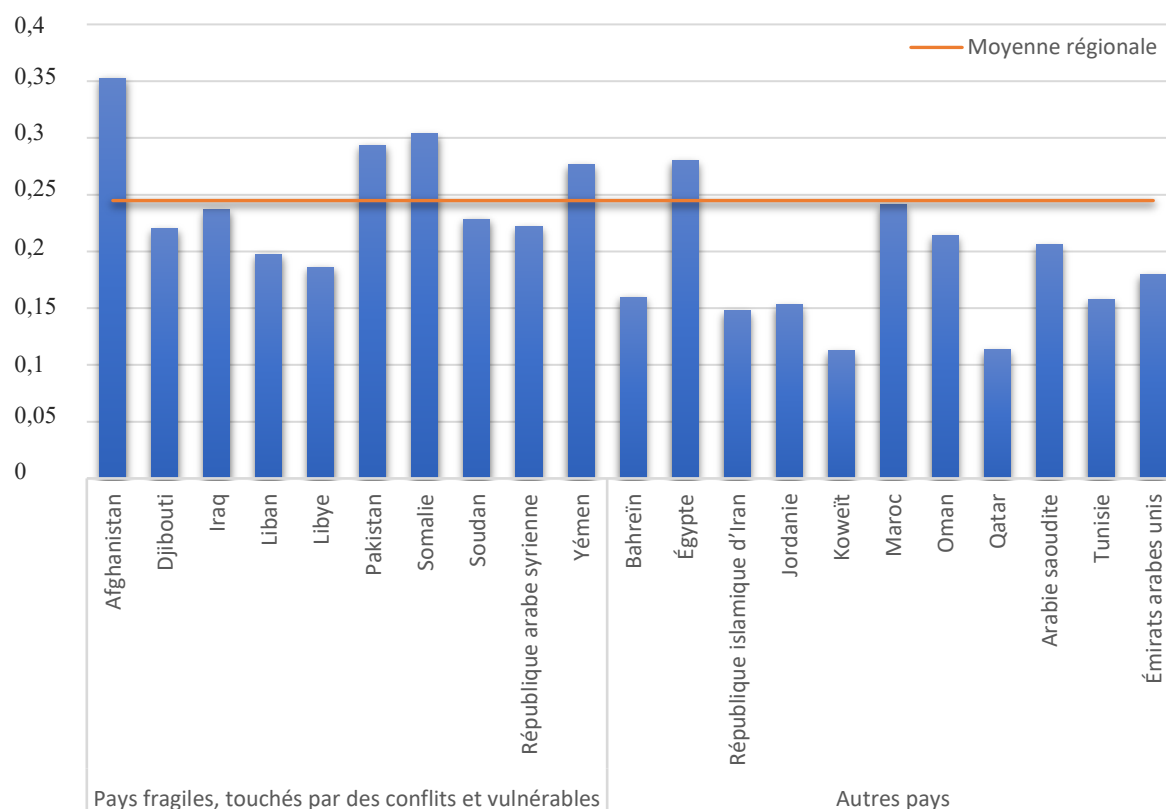


Figure 1. Probabilité (%) de mortalité prématurée due aux MNT dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale, par groupe de pays, 2019 (13)¹

qui ne sont pas dans ce type de situation, suivies par les cancers et les maladies respiratoires chroniques (Figure 2). Toutefois, la proportion de décès dus aux maladies cardiovasculaires est plus élevée dans les pays du premier groupe que dans le second. Selon les données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS (2019), le taux de mortalité lié aux maladies cardiovasculaires standardisé selon l'âge était nettement plus élevé dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables (376 pour 100 000 habitants) que dans les pays qui ne le sont pas (290 pour 100 000 habitants), le risque de décès étant plus élevé chez les hommes que chez les femmes (14,15).

17. Dans les situations d'urgence que connaît la Région, la prévalence de l'hypertension – le principal facteur de risque de maladie cardiovasculaire – est supérieure à la moyenne et touche 39,3 % des adultes âgés de 30 à 79 ans. Ce point était évident pour les réfugiés irakiens en Jordanie, parmi lesquels l'hypertension était la MNT la plus diagnostiquée. (15) Une analyse systématique (16) a montré que la prévalence des maladies cardiovasculaires était plus élevée chez les réfugiés que chez les non-réfugiés habitant dans les mêmes lieux. La prise en charge de la pression artérielle reste un défi majeur, les données indiquant que 50 % des adultes souffrant d'hypertension ne sont pas conscients de leur état. Dans les pays confrontés à des situations d'urgence, seules 37 % des personnes ayant reçu un diagnostic d'hypertension se voient administrer des médicaments antihypertenseurs, contre 45 % dans les pays sans situation d'urgence, et seulement 15 % des personnes diagnostiquées parviennent à maîtriser leur tension artérielle, contre 22 % dans les autres pays (13).

¹ Note : les données relatives à la Palestine ne sont pas incluses.

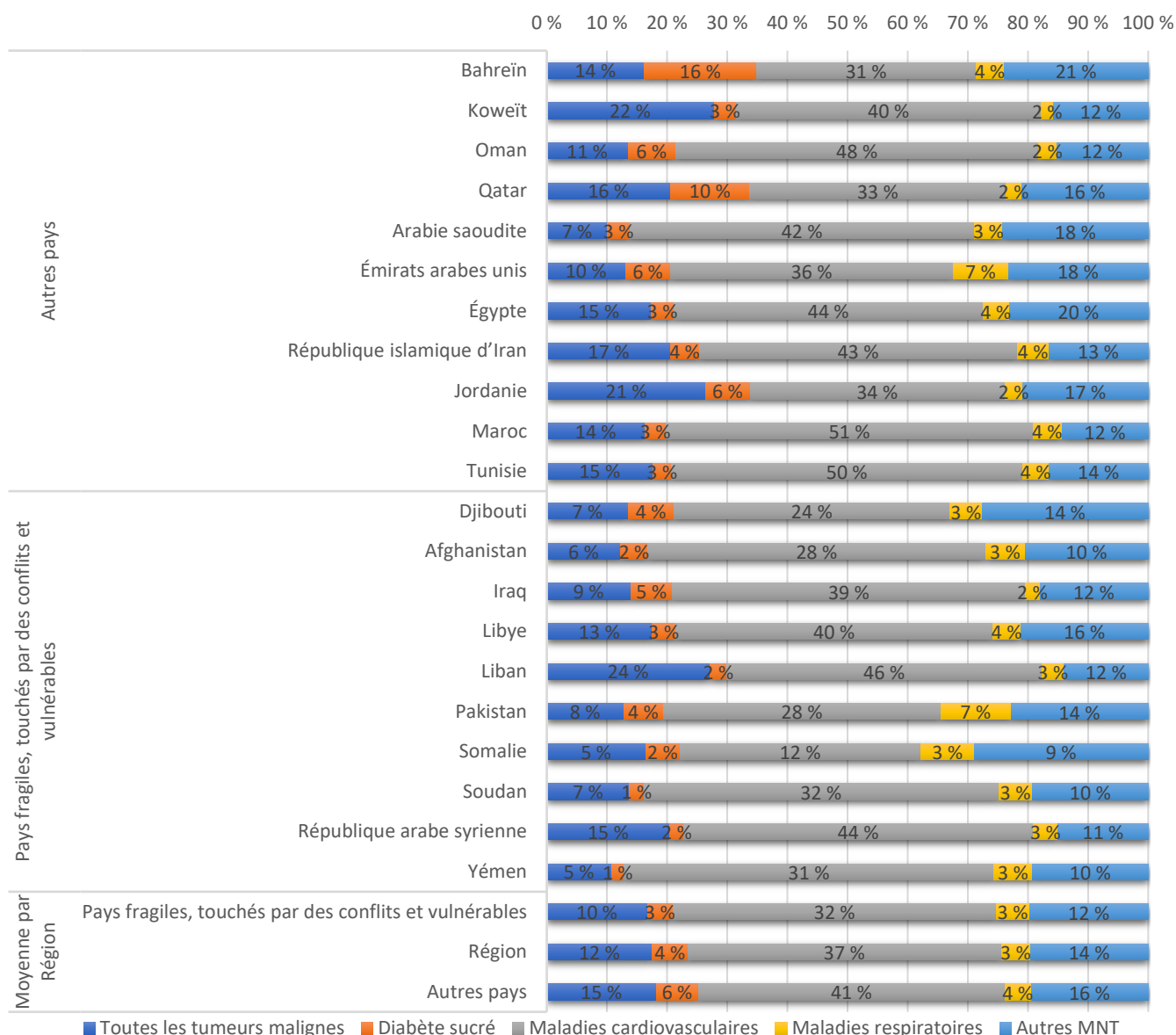


Figure 2. Mortalité proportionnelle due aux MNT dans la Région, comparaison entre les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables et les autres pays, 2019¹

18. Le cancer représente près de 10 % de l'ensemble des décès dus aux MNT (Figure 2). Son incidence devrait augmenter de 49 % au cours des 15 prochaines années. Le taux moyen de mortalité par cancer standardisé selon l'âge dans la Région est de 89,93 pour 100 000 habitants (17,18). Les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables de la Région semblent avoir un taux de mortalité par cancer plus élevé (93,13) que les pays qui ne sont pas dans ce type de situation (86,83). En outre, la probabilité de survivre au cancer est plus faible dans les pays en situation d'urgence, étant donné le rapport mortalité/incidence dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables (0,67) par rapport aux pays qui ne sont pas dans ce type de

¹ Données issues de l'évaluation des capacités nationales de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles : rapport de l'enquête 2021 sur les capacités des pays dans la Région de la Méditerranée orientale. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (sous presse). Note : les données relatives à la Palestine ne sont pas incluses.

situation (0,59).¹ En outre, une proportion importante des cas de cancer ne sont pas diagnostiqués ou le sont à un stade tardif, en raison d'un accès insuffisant aux soins de santé et à des systèmes d'orientation-recours. La surmortalité est également due au manque de médicaments anticancéreux et de radiothérapie pendant les situations d'urgence.

19. Le diabète constitue un problème de santé majeur qui a atteint des niveaux alarmants. En 2021, la Région a enregistré le pourcentage de décès liés au diabète le plus élevé (24,5 %) sur l'ensemble des Régions de l'OMS. Tandis qu'en général, les pays à revenu élevé présentent une prévalence du diabète standardisée selon l'âge plus élevée dans la Région, le Pakistan a enregistré en 2021 la prévalence comparative du diabète la plus importante au niveau régional et mondial (30,8 %). Ce pays avait également la plus forte proportion de décès de moins de 60 ans dus au diabète (19). La charge du diabète dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables au sein de la Région est influencée par plusieurs facteurs propres à ces contextes. Les données mettent en évidence un large éventail de taux de prévalence du diabète dans les pays en situation d'urgence, compris entre 5,4 % au Yémen et 30,8 % au Pakistan (Fig. 3) (19). Dans la Région, une personne sur trois vivant avec le diabète n'est pas diagnostiquée, ce qui pourrait entraîner des retards de traitement et un risque accru de complications, telles que la cécité, l'insuffisance rénale et les cardiopathies.

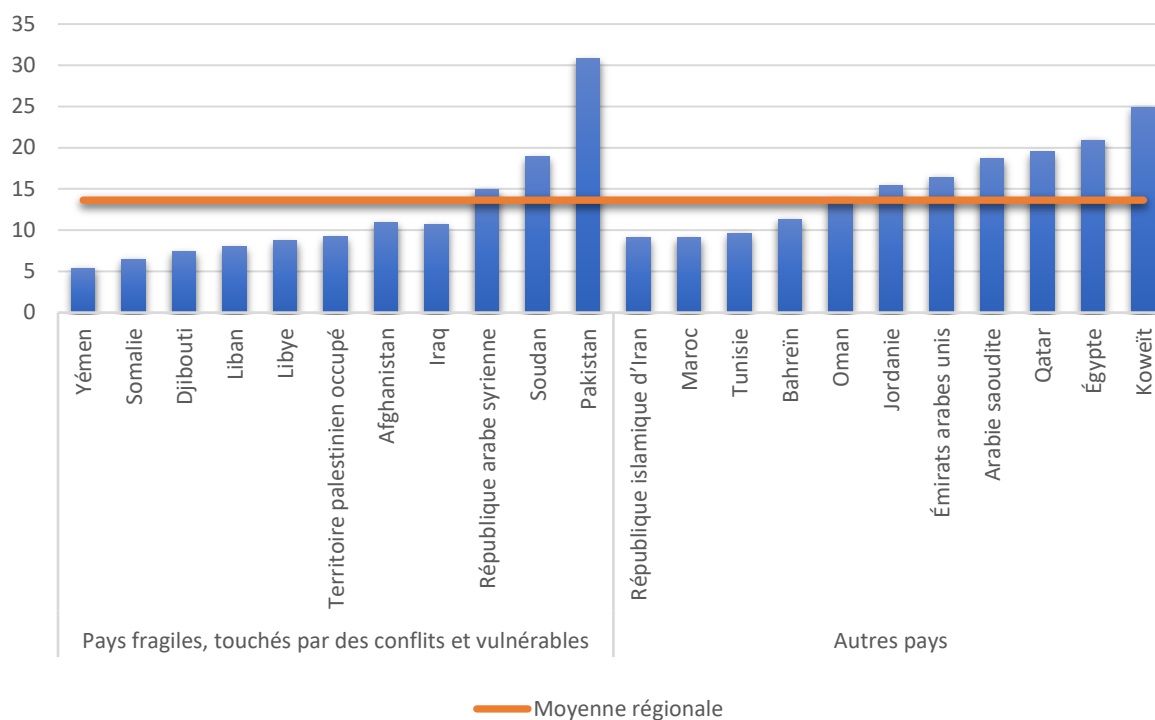


Figure 3. Prévalence comparative du diabète ajustée sur l'âge (%) chez les adultes âgés de 20 à 79 ans²

¹ Le ratio mortalité/incidence est calculé en divisant le nombre de décès pour un type de cancer spécifique au cours d'une année donnée par le nombre de nouveaux cas diagnostiqués pour ce cancer au cours de la même année. Il est généralement utilisé comme indicateur comparatif de haut niveau des inégalités en matière de résultats pour les cancers. En raison de sa simplicité (il est calculé en divisant le nombre de décès par le nombre d'incidences au cours d'une année en particulier), il permet de réaliser une comparaison internationale rapide de la survie entre les pays grâce à la disponibilité immédiate de données sur l'incidence et la mortalité pour la plupart de ceux-ci.

² Données issues de l'Atlas du diabète de la FID (19).

20. La néphropathie au stade terminal est l'une des complications majeures du diabète et de l'hypertension qui nécessite une dialyse ou une transplantation rénale pour assurer la survie. Dans les situations d'urgence, ces patients sont exposés à des risques accrus de complications médicales et de mortalité en raison d'un accès limité et inégal à la dialyse. Selon les estimations contenues dans les rapports de l'International Society of Nephrology [Société internationale de néphrologie], près de 8000 personnes vivant au Soudan en situation de crise dépendent de la dialyse pour survivre (20). En Afghanistan, un seul centre de dialyse fonctionne dans chacune des 15 provinces, et la plupart des patients sont orientés vers le seul centre avancé, qui fournit 90 % des services médicaux aux patients en phase terminale d'insuffisance rénale, mais qui fait face à de graves pénuries de machines, de personnel et de matériel (21).

21. Plusieurs études démontrent le lien étroit qui existe entre les situations d'urgence humanitaire et l'incidence accrue des exacerbations asthmatiques (22). Le taux de mortalité moyen standardisé selon l'âge pour les maladies respiratoires chroniques est plus élevé dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables, qui ont un taux de 44,66 décès pour 100 000 habitants, par rapport aux pays qui ne sont pas dans ce type de situation, qui affichent un taux de 35,20 décès pour 100 000 habitants (13). Les études montrent qu'au cours des premières semaines d'une situation d'urgence, les crises d'asthme et les affections associées sont multipliées par deux ou par trois (23). Ces données mettent en évidence les défis potentiels auxquels les pays en situation d'urgence peuvent être confrontés dans la prise en charge des maladies respiratoires chroniques, tels que des niveaux de pollution plus élevés, un accès limité aux soins de santé et des ressources insuffisantes pour la prévention et la prise en charge des maladies.

22. Les données disponibles ont également démontré que les personnes vivant dans des situations d'urgence sont plus exposées aux facteurs de risque modifiables tels le tabac, l'alcool, une mauvaise alimentation, une activité physique insuffisante et la pollution de l'environnement (13). Certains pays de la Région affichent une forte prévalence du tabagisme chez les hommes, plus de 40 % de la population masculine en Afghanistan, en Iraq et au Liban étant des fumeurs.

23. Les soins de santé dans la Région sont confrontés à des attaques fréquentes et graves qui mettent en danger la vie des agents de santé et des patients. En janvier 2023, 13 attaques contre les soins de santé ont été signalées dans la Région, soit 56 % du total mondial (24). En République arabe syrienne, des établissements de santé ont été attaqués tous les quatre jours en 2019 et 847 membres du personnel médical ont été tués entre 2011 et 2017 (25). Au Soudan, en date du 26 mai, 14 agents de santé et un étudiant en médecine auraient été tués pendant le conflit, tandis que 20 hôpitaux publics et privés avaient été pillés (26). Ces attaques perturbent la continuité et la qualité des soins dispensés pour les maladies non transmissibles et contribuent à l'émigration des agents de santé de la Région vers d'autres pays. Le Liban a perdu près de 40 % de ses médecins et 30 % de son personnel infirmier depuis 2019 en raison de la crise économique (27). Le Royaume-Uni et l'Irlande ont enregistré des milliers de médecins provenant de pays de la Région tels que l'Égypte, l'Iraq, la Libye, le Pakistan, la République arabe syrienne et le Soudan entre 2017 et 2021 (28,29).

24. Les personnes vivant dans les situations d'urgence souffrent fréquemment de malnutrition sous diverses formes. La malnutrition aiguë et chronique touche souvent les enfants, tandis que d'autres sous-groupes peuvent être confrontés à la sous-alimentation, aux carences en micronutriments ou au surpoids, à l'obésité et aux maladies non transmissibles liées à l'alimentation (telles que les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et certains cancers) (30).

Coût lié aux MNT dans les situations d'urgence et de crise humanitaire

25. Le coût lié aux MNT dans les situations d'urgence et de crise humanitaire peut être sensiblement plus élevé en raison des difficultés supplémentaires que pose la prestation de soins dans de telles situations. Par exemple, selon certaines études, le coût du traitement des réfugiés syriens souffrant de maladies chroniques en Jordanie était nettement supérieur au coût du traitement de ces mêmes maladies dans les populations qui n'accueillent pas des réfugiés (31). Le coût de traitement mensuel moyen par

personne atteinte de maladie cardiovasculaire était de 25,2 dollars US pour les réfugiés syriens et de 8,9 dollars US pour les non-réfuégiés. Pour le diabète, le coût de traitement mensuel moyen par personne était de 23,7 dollars US pour les réfugiés syriens et de 8,2 dollars US pour les non-réfuégiés.

26. Dans la Région, les données permettant d'étudier le coût lié aux MNT en situation de crise sont rares. Selon un récent rapport sur la charge économique du diabète dans la Région, cette maladie a coûté aux pays et territoires de la Région confrontés à des situations d'urgence (Afghanistan, Djibouti, Iraq, Liban, Libye, Pakistan, Palestine, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Yémen) l'équivalent d'une moyenne de 1,54 % de leur PIB en 2019 (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, la charge économique du diabète dans la Région de la Méditerranée orientale, rapport non publié, 2021). Au Pakistan, pays où la charge du diabète est la plus élevée dans la Région, le coût lié à cette maladie s'élève à 2 % du PIB du pays, soit environ 5,6 milliards de dollars US. Il inclut le coût des décès prématurés qui équivaut en l'occurrence à 390 millions de dollars US.

27. Les personnes vivant dans des pays en situation d'urgence sollicitent souvent des soins médicaux à un stade plus avancé de leur maladie que celles vivant dans les autres pays, ce qui entraîne une progression et des complications qui augmentent les coûts tant pour les individus que pour le système de soins de santé. Il est prouvé que le traitement des patients souffrant de trois complications du diabète ou plus coûte quatre fois plus cher que le traitement des patients sans complications (32). Des complications du diabète sont plus susceptibles de se produire si les patients ne peuvent pas accéder aux médicaments et au traitement et si elles résultent d'une glycémie élevée. Les coûts élevés sont souvent associés à la transplantation rénale, à l'hémodialyse, aux événements cardiovasculaires et aux amputations (33). En outre, les paiements directs augmentent en cas de complications liées au diabète (34).

28. D'autres études ont montré que les paiements directs élevés entravent l'accès aux soins pour les populations touchées par une situation d'urgence. En 2016, les réfugiés syriens en Jordanie ont déclaré que plus de 50 % des ménages avaient effectué des paiements directs liés aux services de lutte contre les MNT et que ces dépenses s'élevaient en moyenne à 39,9 dollars US par ménage, ce qui représentait un obstacle important à l'accès aux soins (31,35).

29. Dans la Région, le kit de prise en charge des MNT a été déployé dans plusieurs pays en proie à des crises humanitaires, tels que l'Afghanistan, la Libye et la République arabe syrienne. Entre janvier 2022 et mars 2023, un total de 390 kits ont été distribués dans ces trois pays, pour un coût global supérieur à 2 millions de dollars US.

Pandémie de COVID-19

30. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence les liens qui existent entre les MNT et les maladies infectieuses. Elle a souligné l'importance de protéger les individus contre ces maladies et leurs facteurs de risque afin de renforcer la résilience face à d'autres problèmes de santé. En outre, la pandémie a exacerbé les inégalités préexistantes dans la gestion et la fourniture des soins liés aux MNT, ce qui met davantage l'accent sur la nécessité de déployer des efforts concertés pour remédier à ces disparités (36).

31. La pandémie de COVID-19 a entraîné une surmortalité au niveau mondial, ce qui correspond à la différence entre les décès observés et le nombre attendu au cours d'une période donnée. Selon les estimations, la surmortalité mondiale associée à la COVID-19 était de 14,9 millions en 2020 et 2021. Cette surmortalité comprend les décès associés à la COVID-19 directement dus à la maladie elle-même ou indirectement en raison de l'impact de la pandémie sur les systèmes de santé et la société (37).

32. Selon les enquêtes par sondage de l'OMS,¹ la prestation des services de lutte contre les maladies non transmissibles a été gravement affectée par la pandémie de COVID-19 et ses mesures de riposte dans la

¹ Cette enquête par sondage est une initiative mondiale lancée par l'OMS dans le but de surveiller l'impact de la COVID-19 sur les services de santé essentiels et d'orienter les efforts d'atténuation et de relèvement. Elle a été menée en plusieurs phases et a couvert différents aspects de la prestation et de l'utilisation des services de santé.

quasi-totalité des pays du monde. En moyenne, 45 % des services essentiels de lutte contre les MNT ont été perturbés. Les services qui ont été les plus touchés sont la réadaptation, les soins palliatifs, les soins du cancer, les soins communautaires et les services de santé mentale (38). Dans la Région, la plupart des pays et territoires ont connu de graves perturbations de leurs services de lutte contre les maladies non transmissibles. Dans 10 des 19 pays auprès desquels l'OMS a enquêté à la mi-2020, les services de traitement de l'hypertension et de soins dentaires d'urgence ont été partiellement ou complètement perturbés ; il en allait de même dans neuf pays pour les services de réadaptation, de soins palliatifs et de prise en charge de l'asthme, et dans huit pays pour les services de prise en charge du diabète et du cancer (Figure 4) (39). Les pays et territoires touchés par des perturbations incluent à la fois ceux touchés par d'autres situations d'urgence et ceux où la COVID-19 était la seule urgence.

33. La durée de la perturbation des services essentiels était comprise entre trois et six mois dans la plupart des pays et territoires, mais dans certains pays, elle a dépassé une année. Les soins spécialisés pour les maladies cardiovasculaires et le dépistage du cancer ont été gravement touchés, de nombreux pays et territoires ne fournissant que des soins d'urgence ou suspendant complètement ces services (Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, Maintenir les services essentiels de lutte contre les maladies non transmissibles pendant la pandémie de COVID-19 dans la Région de la Méditerranée orientale, rapport non publié, 2021). Les prestations de service qui étaient déjà faibles avant la pandémie ont été confrontées à de plus grands défis. Certains pays et territoires ont pris des mesures pour atténuer cette perturbation, telles que l'adaptation des modèles de prestation de services, l'élargissement des solutions de santé numérique et la participation des communautés.

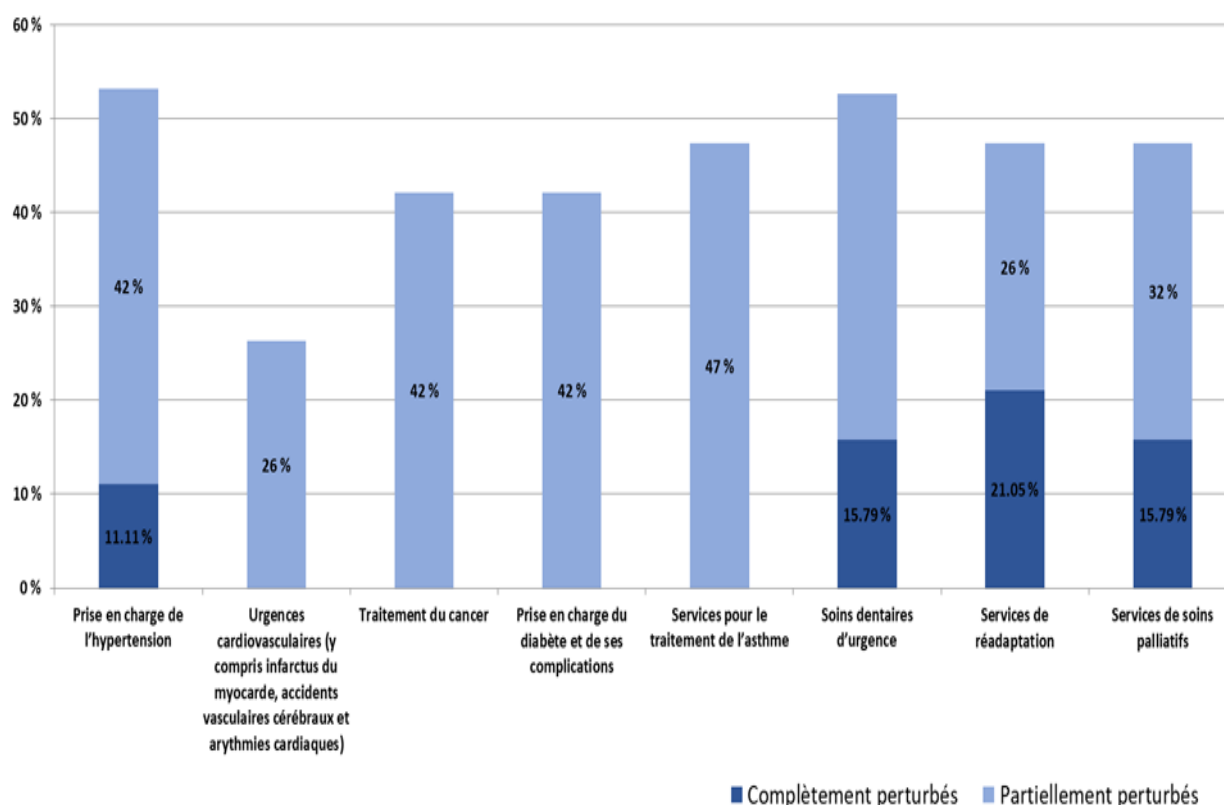


Figure 4. Pourcentage de pays de la Région ayant déclaré une interruption partielle ou totale des services de lutte contre les MNT

34. L'OMS a élaboré une note d'orientation sur la façon de hiérarchiser et de planifier les services de santé essentiels pendant la riposte à la COVID-19 dans les contextes humanitaires (40). Des efforts supplémentaires sont en cours pour mettre au point un ensemble minimum de services (y compris pour les maladies non transmissibles) fondé sur des bases factuelles, pertinent et réalisable dans des contextes humanitaires, sur la base du recueil des interventions sanitaires entrant dans la CSU établi par l'OMS.

Vaincre les obstacles à la riposte du système de santé aux maladies non transmissibles lors des situations d'urgence

35. Il existe de nombreux obstacles qui entravent la prestation de services de lutte contre les MNT au cours des différentes phases des situations d'urgence. Certains de ces obstacles sont liés au contexte de la situation d'urgence, comme les priorités concurrentes, l'insécurité et les contraintes d'accès. D'autres sont liés à la capacité et à la performance du système de santé, notamment la faible capacité du gouvernement et le financement limité des donateurs, les obstacles liés à la bureaucratie, la forte rotation parmi les autorités sanitaires, les perturbations des infrastructures et des programmes de santé, l'interruption des chaînes d'approvisionnement et la pénurie de personnels de santé. Ces obstacles limitent la prise en charge efficace des MNT et compromettent la qualité et la sécurité des soins dispensés aux personnes qui en sont atteintes.

36. La prise en charge des MNT dans les États fragiles et les populations touchées par des crises représente un défi pour les pays et les acteurs humanitaires, dont les besoins concurrents sont énormes et les ressources limitées. Les services de santé essentiels pour la lutte contre les MNT ne peuvent être fournis ou rendus accessibles en toute sécurité que s'ils sont prioritaires lors de la mise en œuvre des plans de préparation et de riposte ou s'ils sont largement disponibles et subventionnés dans le cadre de l'ensemble de prestations de santé nationales.

37. L'un des principaux défis à relever pour lutter contre les maladies non transmissibles lors des situations d'urgence dans la Région est le manque de préparation et l'insuffisance des capacités des systèmes de santé avant la crise. De nombreux systèmes de santé ne disposent pas des politiques, des ressources, des infrastructures, du personnel et des informations nécessaires pour prévenir et prendre en charge efficacement les MNT avant qu'une situation d'urgence ne survienne. En conséquence, ils ne sont ni en mesure de répondre à la demande accrue ni de faire face à la complexité des soins liés aux MNT pendant et après une situation d'urgence. Il est donc important d'informer toutes les parties prenantes de l'importance d'inclure les MNT dans les plans de préparation et de riposte aux situations d'urgence, et d'intégrer les services relatifs à la lutte contre ces maladies dans le système de soins de santé primaires dans le cadre d'une approche globale du renforcement des systèmes de santé (41,42).

38. Afin de mieux intégrer la prise en charge des MNT dans les soins de santé primaires, l'OMS encourage la mise au point de modèles de soins, de mécanismes de prestation et de partenariats pour fournir des soins intégrés, centrés sur le patient et fondés sur des bases factuelles. De plus, elle collabore étroitement avec les ministères de la Santé, les associations professionnelles et d'autres partenaires pour soutenir l'élaboration et la mise en œuvre de lignes directrices et de protocoles fondés sur des données probantes pour la prise en charge intégrée des MNT, principalement au niveau des soins de santé primaires. Ces mesures sont essentielles pour mettre en place des systèmes de santé résilients et capables de répondre aux situations d'urgence. Les États Membres ont réalisé des progrès considérables dans l'intégration des MNT au niveau des soins de santé primaires. Par exemple, le module technique HEARTS de l'OMS est mis en œuvre dans plusieurs pays et territoires fragiles, touchés par des conflits et vulnérables (Djibouti, Palestine, Pakistan, Soudan et Yémen) en vue d'améliorer l'accès à des interventions présentant un bon rapport coût-efficacité en matière de prévention, de traitement et de soins des maladies cardiovasculaires et du diabète. Récemment, Djibouti, l'Iraq, le Liban, la Libye, le Pakistan et le Yémen ont indiqué qu'ils avaient élaboré ou mis à jour des lignes directrices et des protocoles nationaux fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge des MNT (hypertension, diabète et évaluation des risques de maladies cardiovasculaires) au niveau des soins de santé primaires.

39. Dans les situations d'urgence, le manque d'accès fiable aux médicaments contre les MNT, y compris l'insuline, est fréquent (43,44). Pour remédier à cette situation, l'OMS a apporté son soutien à l'achat et au déploiement du kit d'urgence pour la prise en charge des MNT dans plusieurs pays de la Région, tels que l'Afghanistan, l'Iraq, la Libye, le Pakistan, la République arabe syrienne, le Soudan et le Yémen, y compris pendant la pandémie de COVID-19, en se concentrant principalement sur les MNT les plus courantes pouvant être prises en charge dans le cadre des soins de santé primaires (hypertension et maladies cardiovasculaires, diabète, maladies respiratoires chroniques et certaines maladies mentales et neurologiques).

40. Le kit sanitaire d'urgence interinstitutions est le kit d'urgence le plus utilisé pour fournir des soins de santé essentiels dans les crises humanitaires. Cependant, il ne contient qu'une gamme limitée de médicaments et de dispositifs pour la prise en charge des MNT, qui touchent plus durement les personnes en situation d'urgence (45). Pour faire face aux perturbations de la chaîne d'approvisionnement et rétablir les services essentiels de lutte contre les MNT, l'OMS a élaboré en 2016 un kit plus complet et spécialisé pour la prise en charge de ces maladies, qui pourrait servir de première tentative de restauration et de déploiement de ces services. Ce kit est basé sur les besoins des pays de la Région et aligné sur l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles (ensemble OMS d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles) (46). Il contient des médicaments essentiels tels que l'insuline, du matériel de diagnostic indispensable, des fournitures renouvelables et des directives thérapeutiques complètes. Il est conçu pour couvrir les besoins de 10 000 personnes pendant trois mois et peut être adapté à différents contextes. Il est largement utilisé dans la Région ainsi que dans d'autres Régions de l'OMS.

41. En outre, les patients atteints d'insuffisance rénale chronique sont souvent confrontés à de graves pénuries de traitement lors des situations d'urgence. L'OMS, en collaboration avec d'autres organisations internationales et non gouvernementales, apporte un soutien actif pour l'accès aux dialyses dans les zones de crise. Au Yémen, au début de la pandémie, jusqu'à 110 340 séances de dialyse ont été proposées à plus de 4300 patients atteints d'insuffisance rénale chronique (47). En outre, le nord-ouest de la République arabe syrienne compte environ 800 patients atteints de maladie rénale en phase terminale, qui ont besoin d'un traitement par dialyse pour survivre. La destruction des établissements publics dans cette zone a forcé diverses organisations non gouvernementales à prendre le contrôle des centres d'hémodialyse existants. Cette situation met en lumière la nécessité absolue d'apporter un appui continu pour maintenir la disponibilité des traitements par dialyse et des soins médicaux dans les zones de crise afin de réduire au minimum le risque de morbidité et de mortalité chez les patients atteints d'insuffisance rénale au stade terminal (48).

42. Toutefois, compte tenu de la durée prolongée de la plupart des situations d'urgence et du manque de données disponibles sur la charge des MNT et les besoins en la matière dans les pays de la Région, il peut s'avérer difficile de déterminer la capacité de lutte contre ces maladies avant qu'une situation d'urgence ne survienne. Des pays et territoires tels que l'Afghanistan, l'Iraq, le Liban, la Libye, la Palestine, le Soudan et la Somalie ont utilisé les données de l'enquête STEPS de l'OMS fondées sur l'approche STEPwise (par étapes) pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles afin d'éclairer la planification et la prise en charge de ces maladies. La Jordanie et le Liban, qui accueillent des millions de réfugiés syriens, ont pu inclure leurs populations syriennes dans leur enquête nationale STEPS.

43. Les disparités dans les interventions des systèmes de santé sont évidentes dans l'ensemble de la Région. Par exemple, les systèmes de santé de l'Afghanistan et du Yémen mettent en place des interventions limitées pour lutter contre les MNT, tandis que l'Iraq, le Liban et la République arabe syrienne disposent de mesures stratégiques nationales établies depuis plus longtemps et leur système de soins de santé primaires mène des interventions solides afin de combattre ces maladies (43). En Afghanistan, les donateurs ont refusé d'assumer les coûts supplémentaires que les soins liés aux MNT pourraient entraîner dans le cadre d'un ensemble intégré de services de santé.

44. En vue de soutenir la lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence, des efforts considérables ont été déployés en matière de sensibilisation. Des orientations ont été formulées pour aider les États Membres et les organismes humanitaires, à l'instar des documents suivants :

- Technical guidance from the WHO Regional Office for South-East Asia to integrate NCD interventions into national health emergency preparedness and responses (49) [Orientations techniques fournies par le Bureau régional de l'OMS pour l'Asie du Sud-Est pour intégrer les interventions relatives aux MNT dans la préparation et la riposte aux urgences sanitaires nationales] ;
- Technical guidance from the Regional Office for Europe on key priority areas for interventions within refugee and migrant groups (50) [Orientations techniques du Bureau régional de l'Europe sur les principaux domaines prioritaires pour les interventions au sein des groupes de réfugiés et de migrants (50)] ;
- Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 (51) ;
- ICRC operational guidelines for field staff to address NCDs [Directives opérationnelles du CICR à l'intention du personnel de terrain pour lutter contre les MNT (52)] ;
- Manuel Sphère (8).

Vision et feuille de route pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence dans la Région de la Méditerranée orientale

45. La gestion des situations d'urgence est un processus dynamique qui se déroule en différentes phases. Ces phases comprennent la réduction des risques, la préparation, la riposte et le relèvement. Les différentes phases ont des rôles et des défis variés lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins sanitaires des populations touchées par les catastrophes et les situations d'urgence, en particulier en ce qui concerne la lutte contre les MNT.

- Dans les contextes stables, la réduction des risques et la planification de la préparation visent à réduire l'exposition et la vulnérabilité aux dangers potentiels qui pourraient avoir des conséquences graves. Par exemple, le renforcement des systèmes de santé, la promotion de comportements sains, l'accès aux technologies et médicaments essentiels et l'allocation de ressources suffisantes sont quelques-unes des stratégies qui permettent d'améliorer la résilience et de prévenir les complications.
- Au cours de la phase de riposte à la situation d'urgence, des interventions sanitaires immédiates et ciblées sont essentielles pour faire face aux MNT. La priorité est de fournir des services de santé opportuns et appropriés pour les maladies non transmissibles, par exemple le traitement d'urgence des maladies potentiellement mortelles telles que les infarctus du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux et les exacerbations asthmatiques aiguës ; d'assurer des soins spécialisés tels que la dialyse rénale pour les personnes atteintes d'une maladie rénale chronique, la chimiothérapie pour les patients atteints de cancer, et la continuité des soins et la prise de médicaments pour les personnes vivant avec les maladies non transmissibles, tels que l'insuline et les soins des plaies pour les patients diabétiques. La coordination et la collaboration des différentes parties prenantes impliquées dans la prestation de services sont cruciales au cours de cette phase.
- Enfin, dans la phase de relèvement, les interventions sont axées sur la restauration et l'amélioration de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes touchées par l'application des enseignements tirés, le renforcement des systèmes de santé et l'intégration de la prise en charge des MNT dans la planification à long terme. Par exemple, l'intégration de la lutte contre les MNT dans le modèle de soins de santé primaires, la formation des agents de santé, l'élaboration de politiques et de lignes directrices et la mobilisation des communautés sont quelques-unes des actions qui peuvent soutenir le relèvement et permettre de reconstruire en mieux.

46. Grâce à une bonne compréhension et à une gestion efficace des différents défis et opportunités liés à la lutte contre les MNT au cours des différentes phases, les responsables de l'élaboration des politiques et les prestataires de soins de santé peuvent intensifier leurs efforts de riposte face aux situations d'urgence et minimiser les effets indésirables de ces situations sur les MNT, réduire la surmortalité et assurer la santé et le bien-être général des populations touchées.

47. Plusieurs orientations et meilleures pratiques ont été élaborées pour faciliter le renforcement des systèmes de santé, la préparation et la riposte aux situations d'urgence liées aux principales maladies non transmissibles. (41). Cependant, ces outils et les meilleures pratiques nécessitent une contextualisation et une adaptation aux caractéristiques spécifiques, à la phase et au type d'urgence, comme les catastrophes naturelles ou les crises d'origine humaine, qui affectent la Région. Il est donc nécessaire de mettre au point des outils pratiques permettant de relever les défis et de répondre aux besoins spécifiques de la prise en charge des MNT dans différents scénarios d'urgence, et d'apporter un appui aux États Membres et à leurs prestataires de soins de santé. (41). Cela exige une collaboration avec les partenaires et les parties prenantes.

48. En décembre 2021, l'OMS a lancé un projet d'élaboration de recommandations stratégiques en vue d'améliorer son appui technique aux pays dans la lutte contre les MNT lors des situations d'urgence. Le cadre d'action régional proposé pour lutter contre les MNT dans les situations d'urgence (voir annexe 1) s'appuie sur les domaines thématiques suivants (voir figure 5) et sur les meilleures pratiques recensées dans les études de cas des pays (voir l'annexe 2).

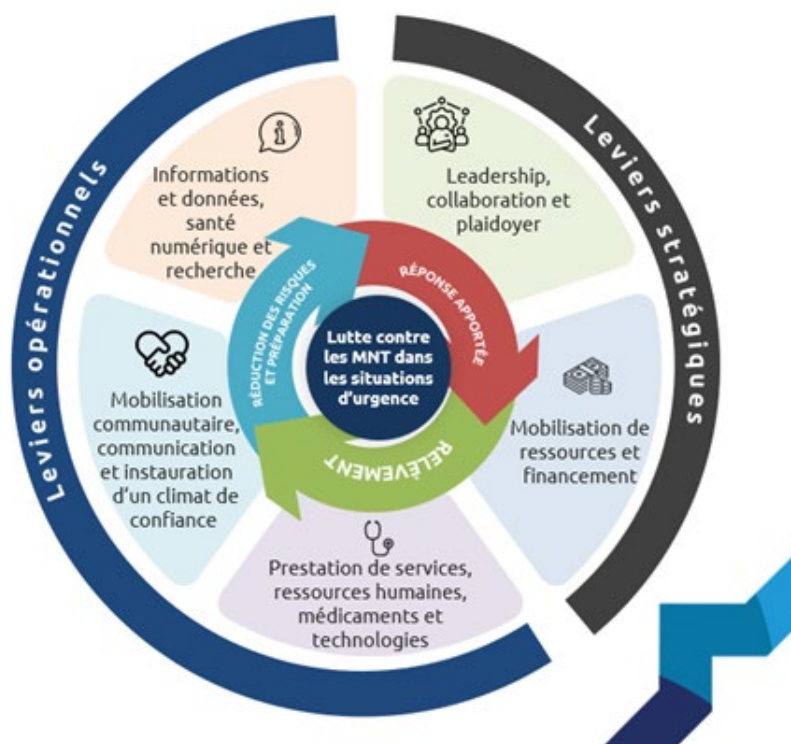


Figure 5. Cadre conceptuel pour la lutte contre les MNT lors des situations d'urgence dans la Région de la Méditerranée orientale

i) *Leadership, collaboration et plaidoyer*

- Ce domaine implique de plaider en faveur de l'intégration de la prise en charge des MNT dans les plans d'intervention, de préparation et de relèvement lors des situations d'urgence, en adoptant une approche englobant tous les risques qui tiennent compte des différents types et niveaux de situations d'urgence. Elle vise à établir des mécanismes de coordination efficaces entre toutes les parties prenantes concernées, notamment les autorités sanitaires, les acteurs humanitaires, les organisations de la société civile, le secteur privé et les communautés touchées, pendant les trois phases d'une situation d'urgence. Il s'agit également de soutenir la transition entre la riposte face aux situations d'urgence et le relèvement et le développement, en mettant l'accent sur la mise en place de systèmes de santé résilients capables de fournir des soins complets et intégrés pour le traitement des MNT pendant la phase de relèvement.

ii) *Mobilisation de ressources et financement*

- La mobilisation de ressources et le financement en faveur de la lutte contre les MNT dans les situations d'urgence sont essentiels pour assurer la continuité et la qualité des soins dispensés aux personnes vivant avec ces maladies. Ce domaine implique l'allocation et la mobilisation de fonds et de ressources suffisants pour la prise en charge des MNT dans les situations d'urgence, en utilisant diverses sources et mécanismes dans le cadre des plans de préparation ou d'intervention humanitaire, afin de garantir la protection financière des personnes vivant avec ces maladies dans de tels contextes, quel que soit leur statut national. Il consiste également à mobiliser et coordonner les ressources afin d'assurer la disponibilité d'un financement souple et suffisant pour couvrir les besoins prioritaires en matière de MNT et faire face aux conséquences inattendues de ces maladies pendant la phase de riposte aux situations d'urgence. En outre, il s'agit de prévoir un financement suffisant pour les MNT pendant la transition entre la phase aiguë des situations d'urgence et la phase de relèvement, et entre les fonds humanitaires et les fonds nationaux, afin de faire en sorte que les services et les approvisionnements ne soient pas interrompus.

iii) *Prestation de services, ressources humaines, médicaments et technologies*

- Ce domaine implique de garantir l'accessibilité des services essentiels de soins, des médicaments et du système d'orientation-recours pour les MNT, de renforcer les capacités et d'élaborer des lignes directrices nationales. L'objectif est de protéger la santé et le bien-être contre les risques et les défis posés par les situations d'urgence : a) en veillant à ce que la prise en charge des MNT soit intégrée dans un panier de services minimums ou essentiels sur la base des ensembles de services de l'OMS ; b) en assurant la continuité des soins et des médicaments pour les personnes atteintes de MNT lors d'une intervention d'urgence par un personnel formé ; c) en renforçant les capacités pendant la phase de relèvement tout en consolidant et en élargissant le système de santé pour lutter contre les MNT et leurs facteurs de risque connexes, grâce à des approches de soins de santé primaires et de couverture sanitaire universelle centrées sur la personne, en ayant recours à des interventions fondées sur des bases factuelles, à des services de qualité en matière de MNT et à des médicaments et des technologies d'un coût abordable pour tous.

iv) *Informations, données, recherche et santé numérique*

- Les informations et les données sont cruciales pour évaluer les besoins et les lacunes des personnes vivant avec des MNT. Ce domaine comprend le suivi et l'évaluation de l'impact et de la qualité des interventions, la production de bases factuelles et de bonnes pratiques pour l'élaboration des politiques et la prise de décision, et l'amélioration de l'accessibilité et de l'efficacité des services par le biais de technologies et de plateformes innovantes. Lors de la phase de préparation, il s'agit de renforcer la surveillance des maladies non transmissibles et de les intégrer aux outils existants d'évaluation d'urgence, ainsi que d'intensifier l'utilisation de la santé numérique comme la télémédecine dans les situations d'urgence. Dans la phase de riposte, il s'agit d'intégrer la lutte

contre les MNT dans les outils et le tableau de bord initiaux d'évaluation rapide des situations d'urgence, ainsi que de mettre au point un mécanisme de collecte de données en temps réel et d'établissement de rapports sur la prestation de services relatifs aux MNT dans les situations d'urgence. Dans la phase de relèvement, ce domaine consiste à mener des évaluations des capacités et à recenser les services de lutte contre les maladies non transmissibles, à renforcer et à reprendre la surveillance des MNT et l'intégration de ces maladies dans le système d'information sanitaire existant, à promouvoir l'utilisation des solutions de soins de santé numérique, ainsi qu'à documenter et partager des connaissances sur la manière de mieux reconstruire.

v) *Mobilisation communautaire, communication et instauration d'un climat de confiance*

- Ce domaine porte sur l'engagement et l'autonomisation des personnes vivant avec des MNT et leur famille, la sensibilisation et la promotion des comportements sains, la réduction de la stigmatisation et de la discrimination, et le renforcement de la collaboration et de la coordination entre les différentes parties prenantes. Cela permettra d'assurer l'acceptabilité et la durabilité des services et des interventions et de surmonter les obstacles et les défis qui peuvent survenir dans les situations d'urgence. Il s'agit d'impliquer activement les personnes atteintes de MNT dans la planification de la préparation et la riposte face aux situations d'urgence aiguës, ainsi que dans les processus de relèvement.

49. Le cadre d'action régional proposé (voir Annexe 1) vise à réduire la morbidité et la mortalité dues aux maladies non transmissibles dans les situations d'urgence et présente un ensemble d'interventions que les États Membres peuvent envisager afin d'intensifier leurs efforts et de prendre des mesures concertées pour intégrer ces maladies dans les plans de préparation et de riposte nationaux et les plans annuels d'action humanitaire. Ce cadre fait correspondre le renforcement des systèmes de santé de l'OMS aux domaines d'action définis dans le cycle des programmes humanitaires, en mettant l'accent sur les interventions stratégiques, afin de garantir des progrès considérables et un retour sur investissement élevé dans les cinq domaines.

50. L'objectif principal du cadre d'action régional est d'aider les dirigeants, les décideurs et les partenaires opérationnels à :

- reconnaître la charge croissante des MNT et la vulnérabilité des personnes atteintes de ces maladies dans les situations d'urgence et intégrer les soins des MNT dans les modes opératoires normalisés et les lignes directrices nationales relatives aux interventions d'urgence ;
- renforcer la coordination et la collaboration avec toutes les parties prenantes afin d'intégrer efficacement les MNT dans tous les aspects de la riposte, de la préparation et du relèvement dans les situations d'urgence, en adoptant une approche englobant l'ensemble des risques, et répondre aux besoins sanitaires prioritaires liés aux MNT ;
- obtenir un financement d'urgence et de transition adéquat pour les soins liés aux MNT dans le cadre de la riposte et du relèvement face aux situations d'urgence et renforcer la résilience des systèmes de santé ;
- assurer l'accès aux soins essentiels des MNT, y compris pour les complications aiguës, en adaptant les modèles de prestation de service et en élargissant les services de soins primaires sur la base d'un ensemble de prestations minimales, tout en intégrant des solutions numériques et innovantes ;
- établir des priorités, se procurer et déployer des médicaments, des technologies et des fournitures essentiels, sûrs, d'un coût abordable, de qualité et efficaces pour la prise en charge des maladies non transmissibles, et maintenir la continuité de la fourniture de médicaments dans les situations d'urgence ;
- reconnaître l'importance de la mobilisation communautaire et des personnes ayant une expérience vécue des MNT et les impliquer systématiquement dans la réponse aux besoins liés à ces maladies durant les situations d'urgence ;

- faire participer les partenaires opérationnels (organisations non gouvernementales, institutions des Nations Unies, par exemple) et le secteur privé impliqués dans les services de santé de première ligne durant les situations d'urgence à une collaboration pour donner la priorité aux soins liés aux maladies non transmissibles et les améliorer dans le cadre de la riposte aux situations d'urgence ;
- renforcer la capacité du personnel de santé à prendre en charge efficacement les MNT dans les situations d'urgence, notamment en adaptant et en utilisant les ensembles d'outils et de documents pertinents de l'OMS, tels que l'ensemble OMS d'interventions essentielles contre les maladies non transmissibles et le guide technique HEARTS pour la prise en charge des maladies cardiovasculaires dans le cadre des soins de santé primaires ;
- effectuer un suivi, une surveillance et une évaluation efficaces de la prestation de service relative aux MNT pendant les phases de préparation, de riposte et de relèvement ;
- jouer un rôle proactif dans la direction et la promotion du programme de recherche sur les MNT dans les situations d'urgence, y compris les évaluations opérationnelles, la recherche sur la mise en œuvre et l'exploitation des enseignements tirés des expériences passées (comme la pandémie de COVID-19 et les cas spécifiques à chaque pays).

Références

1. 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.
2. WHO glossary of health emergency and disaster risk management terminology. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/i/item/9789240003699>, accessed 23 August 2023).
3. Global Humanitarian Overview 2023 [website]. New York : United Nations Office for the Coordinator of Humanitarian Affairs; 2023 (<https://humanitarianaction.info/?bs=eyJibG9jay1hOGM1Y2MyNi00ZGZmLTQ5ZmUtYTtk1Mi0zYjVkbmUyYzgzYTciOnsic29ydCI6eyJjb2x1bW4iOjAsImRpciI6ImFzYyJ9LCJzZWZmYy2giOiIifSwiYmxvY2stMDZiOWNiNWUtMDA4Mi00ZGUxLTljMGYtNjhmNDQ1MGU0NjExIjpwInRhcmlldCI6MH19>, accessed 12 July 2023).
4. Classification of fragile and conflict-affected situations [website]. Washington, DC: The World Bank; 2023 (<https://www.worldbank.org/en/topic/fragilityconflictviolence/brief/harmonized-list-of-fragile-situations>, accessed 12 July 2023).
5. FY22 list of fragile and conflict-affected situations [website]. Washington, DC: The World Bank; 2022 (<https://thedocs.worldbank.org/en/doc/9b8fbd62f7183cef819729cc9073671-0090082022/original/FCSList-FY06toFY22.pdf>, accessed 12 July 2023).
6. Refugee data finder [website]. Geneva: UNHCR; 2023 (<https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>, accessed 14 September 2023).
7. Refugee data finder [website]. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 2018 (<https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>; <https://www.unhcr.org/countries/sudan>, accessed 27 April 2023).
8. Manuel Sphère : La Charte humanitaire et les Standards minimums de l'intervention humanitaire, quatrième édition, Genève : Sphère ; 2018 (<https://www.spherestandards.org/fr/manuel/>, consulté le 12 juillet 2023).
9. Integration of NCD care in emergency response and preparedness [website]. New Dehli: WHO Regional Office for South-East Asia; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272964>, accessed 12 July 2023).
10. Réunion technique mondiale et régionale de l'OMS sur la lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence [site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2022 (<https://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/ncds-in-emergencies/global-regional-who-meeting-on-ncds-in-emergencies.html>, consulté le 12 juillet 2023).
11. Déclaration politique de la troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. New York : Nations Unies ; 2018 (A/RES/73/2).
12. Déclaration politique de la troisième réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Rapport du Directeur général, Annexe 4. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2022 (EB150/7).
13. Portail de données sur les maladies non transmissibles [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2019 (<https://ncdportal.org/>, consulté le 12 juillet 2023).
14. Hayman KG, Sharma D, Wardlow RD, Singh S. Burden of cardiovascular morbidity and mortality following humanitarian emergencies: a systematic literature review. *Prehosp Disaster Med*. 2015;30(1):80–88. doi:10.1017/S1049023X14001356.

15. Mateen FJ, Carone M, Al-Saedy H, Nyce S, Ghosn J, Mutuerandu T, et al. Medical conditions among Iraqi refugees in Jordan: data from the United Nations Refugee Assistance Information System. *Bull World Health Organ.* 2012;90(6):444–51. doi:10.2471/BLT.11.097048.
16. Al-Rousan T, AlHeresh R, Saadi A, El-Sabroun H, Young M, Benmarhnia T, et al. Epidemiology of cardiovascular disease and its risk factors among refugees and asylum seekers: systematic review and meta-analysis. *Int J Cardiol Cardiovasc Risk Prev.* 2022 Feb 10;12:200126. doi:10.1016/j.ijcrp.2022.200126.
17. Union for International Cancer Control (UICC) [website]. Geneva: UICC; 2023 (www.uicc.org, accessed 12 July 2023).
18. Alawa J, Maiky C, Khoshnood K, Fouad FM. Cancer prevention and treatment in humanitarian settings: an urgent and unmet need. *Lancet Oncol.* 2019;20(12):1635–1636. doi:10.1016/S1470-2045(19)30676-X.
19. IDF diabetes atlas, 10th edition. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
20. Sudan’s war takes deadly toll on dialysis patients [website]. Cairo: Reuters; 2023 (<https://www.voanews.com/a/sudan-s-war-takes-deadly-toll-on-dialysis-patients/7137560.html>, accessed 12 July 2023).
21. Chronic kidney diseases spiraling across Afghanistan [website]. Kabul: [https://swn.af/en/2023/04/chronic-kidney-diseases-spiraling-across-afghanistan/Salam Watandar; 2023](https://swn.af/en/2023/04/chronic-kidney-diseases-spiraling-across-afghanistan/Salam%20Watandar;2023) (<https://swn.af/en/2023/04/chronic-kidney-diseases-spiraling-across-afghanistan/>, accessed 12 July 2023).
22. Ngaruiya C, Bernstein R, Leff R, Agrawal P, Selvam, A, Hersey, D, et al. Systematic review on chronic non-communicable disease in disaster settings. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1234. doi:10.1186/s12889-022-13399-z.
23. Noncommunicable diseases in emergencies. Geneva: World Health Organization; 2016 (WHO/NMH/NVI/16.2, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/204627>, accessed 12 July 2023).
24. Surveillance System for Attacks on Health Care (SSA) [website]. Geneva: World Health Organization; 2023 (https://extranet.who.int/ssa/LeftMenu/Index.aspx?utm_source=Stopping%20attacks%20on%20health%20care%20QandA&utm_medium=link&utm_campaign=Link_who, accessed 15 August 2023).
25. Spagat M. Attaques contre les travailleurs médicaux en Syrie : implications pour la recherche sur les conflits. *PLoS Med.* 2018 Apr 24;15(4):e1002560. doi:10.1371/journal.pmed.1002560.
26. Thornton J. Attacks on health care continue in Sudan. *The Lancet.* Jun 3;401(10391):1837. doi:10.1016/S0140-6736(23)01112-1.
27. Joint statement by Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, WHO Director-General, and Dr Ahmed Al-Mandhari, Regional Director for the Eastern Mediterranean, on Lebanon, 19 September 2021 [website]. Cairo: WHO Regional Office for the East Mediterranean; 2021 (<https://www.emro.who.int/media/news/joint-statement-by-dr-tedros-adhanom-ghebreyesus-who-director-general-and-dr-ahmed-al-mandhari-regional-director-for-the-eastern-mediterranean-on-lebanon.html>, accessed 16 August 2023).
28. The state of medical education and practice in the UK, the workforce report 2022. London: General Medical Council; 2022 (https://www.gmc-uk.org/-/media/documents/workforce-report-2022---full-report_pdf-94540077.pdf?la=en&hash=9267A7B904842B44133BC982EEB3F5E8ED1A85F4, accessed 16 August 2023).
29. Medical workforce intelligence report 2021. Dublin: Medical Council; 2021 (<https://www.medicalcouncil.ie/news-and-publications/reports/medical-workforce-intelligence-report-2021.pdf>, accessed 16 August 2023).
30. Nutrition in emergencies [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<https://www.emro.who.int/nutrition/nutrition-in-emergencies/index.html>, accessed 12 July 2023).

31. Doocy S, Lyles E, Robertson T, Akhu-Zaheya L, Oweis A, Burnham G. Prevalence and care-seeking for chronic diseases among Syrian refugees in Jordan. *BMC Public Health*. 2015;15:1097. doi:10.1186/s12889-015-2429-3.
32. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, Ludman E, VonKorff M, Ciechanowski P, et al. Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27(5):344–351. doi:10.1016/j.genhosppsy.2005.04.008.
33. Hnoosh A, Vega-Hernández G, Jugrin A, Todorova L. PDB47 direct medical management costs of diabetes-related complications in Algeria. *Value Health*. 2012;15(4):A179. doi:10.1016/j.jval.2012.03.968.
34. Masis L, Kanya L, Kiogora J, Kiapi L, Tulloch C, Alani AH. Estimating treatment costs for uncomplicated diabetes at a hospital serving refugees in Kenya. *PLoS One*. 2022;17(10):e0276702. doi:10.1371/journal.pone.0276702.
35. Ansbro É, Garry S, Karir V, Reddy A, Jobanputra K, Fardous T, et al. Delivering a primary-level non-communicable disease programme for Syrian refugees and the host population in Jordan: a descriptive costing study. *Health Policy Plan*. 2020;35(8):931–940. doi:10.1093/heapol/czaa050.
36. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334136>, accessed 12 July 2023).
37. 14,9 millions de décès supplémentaires ont été associés à la pandémie de COVID-19 en 2020 et 2021, 5 mai 2022 [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2022 (<https://www.who.int/fr/news/item/05-05-2022-14.9-million-excess-deaths-were-associated-with-the-covid-19-pandemic-in-2020-and-2021>, consulté le 16 août 2023).
38. Global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID-19 pandemic. Geneva: World Health Organization; 2023 (<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/monitoring-health-services/global-pulse-survey-on-continuity-of-essential-health-services-during-the-covid-19-pandemic>, accessed 12 July 2023).
39. Hammerich A, Fouad H, Elrayah EE, Slama S, El-Awa F, El-Berri H, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on service delivery for noncommunicable diseases in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterr Health J*. 2022;28(7):469–477. doi:10.26719/emhj.22.053.
40. Global Health Cluster COVID-19 Task Team. Essential health services: a guidance note. How to prioritize and plan essential health services during COVID-19 response in humanitarian settings. Geneva: World Health Organization; 2020 (<https://www.who.int/publications/m/item/a74-23-who-s-work-in-health-emergencies>, accessed on 2023 August 2021).
41. Demaio A, Jamieson J, Horn R, de Courten M, Tellier S. Non-communicable diseases in emergencies: a call to action. *PLoS Curr*. 2013;5:ecurrents.dis.53e08b951d59ff913ab8b9bb51c4d0de. doi:10.1371/currents.dis.53e08b951d59ff913ab8b9bb51c4d0de.
42. Slama S, Kim HJ, Roglic G, Boulle P, Hering H, Verghese C, et al. Care of non-communicable diseases in emergencies. *Lancet*. 2017; 389(10066):326–330. doi:10.1016/S0140-6736(16)31404-0.
43. Assessing national capacity for the prevention and control of noncommunicable diseases: report of the 2021 country capacity survey in the Eastern Mediterranean Region. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean (in press).
44. Kehlenbrink S, Mahboob O, Al-Zubi S, Boulle P, Aebischer Perone S, Alani AH, et al. An inter-humanitarian agency study of diabetes care and surveillance in humanitarian settings. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2022; 10(3):159–162. doi:10.1016/S2213-8587(22)00036-5
45. Interagency emergency health kit 2017 [website]. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/emergencies/emergency-health-kits/interagency-emergency-health-kit-2017>, accessed 12 July 2023).

46. Noncommunicable diseases kit (NCDK) 2022 [website]. Geneva: World Health Organization; 2022 (<https://www.who.int/emergencies/emergency-health-kits/non-communicable-diseases-kit-2022>, accessed 12 July 2023).
47. WHO in Yemen [website]. Cairo: WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean; 2023 (<https://www.emro.who.int/yemen/news/fighting-for-the-rights-of-renal-failure-patients-in-yemen.html>, accessed 12 July 2023).
48. Alasfar S, Alashavi H, Nasan KH, Haj Mousa AA, Alkhatib I, Kazancioglu R, et al. Improving and maintaining quality of hemodialysis in areas affected by war: a call to action! *Kidney Int.* 2023;103(5):817–820. doi:10.1016/j.kint.2023.02.004.
49. Integration of NCD care in emergency response and preparedness. New Delhi: WHO Regional Office for South-East Asia; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272964>, accessed 12 July 2023).
50. Prevention and control of noncommunicable diseases in refugees and migrants: Technical guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311461>, accessed 12 July 2023).
51. Maintenir les services de santé essentiels : orientations de mise en œuvre dans le cadre de la COVID-19 : orientations provisoires, 1^{er} juin 2020 [site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334358>, consulté le 12 juillet 2023).
52. Managing projects addressing non-communicable diseases: operational guidelines for managing staff. Geneva: International Committee of the Red Cross; 2020 (<https://www.icrc.org/en/publication/4456-managing-projects-addressing-non-communicable-diseases-operational-guidelines-field>, accessed 23 August 2023).

Annexe 1. Cadre d'action régional pour la lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence

PHASE DE RÉDUCTION DES RISQUES ET DE PRÉPARATION		
Domaine	Intervention stratégique	Indicateur
Leadership, collaboration et plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Plaider en faveur de l'intégration de la prise en charge des MNT dans les plans de riposte, de préparation et du relèvement face aux situations d'urgence, en adoptant une approche englobant tous les risques. • Préconiser et soutenir une législation visant à garantir que les personnes vivant dans des crises humanitaires, les populations déplacées, les réfugiés et les migrants aient accès à un ensemble de services de qualité en matière de MNT (minimaux/essentiels ou de base). 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un plan d'urgence pour la lutte contre les MNT dans le cadre du plan de préparation national adoptant une approche englobant l'ensemble des risques
Mobilisation de ressources et financement	<ul style="list-style-type: none"> • Allouer des fonds spéciaux pour soutenir les services essentiels et les médicaments de lutte contre les MNT dans le cadre de la réserve de financement des plans de préparation. • Élaborer un plan de préparation financière et des mécanismes d'achat transparents et réalistes pour les médicaments et les technologies de lutte contre les MNT impliquant toutes les parties prenantes concernées. • Mettre en place des mécanismes de protection financière pour les personnes atteintes de maladies non transmissibles dans les situations d'urgence, quel que soit leur statut national. • Mener et utiliser des argumentaires d'investissement pour la prise en charge des maladies non transmissibles et des facteurs de risque connexes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un fonds spécifique pour la lutte contre les MNT dans le cadre du plan de préparation • Disponibilité de mécanismes de protection financière, y compris pour les personnes vivant avec des MNT
Prestation de services, ressources humaines, médicaments et technologies	<ul style="list-style-type: none"> • Définir un panier de services minimums/essentiels fondés sur les ensembles de prestations de l'OMS pour la lutte contre les MNT, y compris les lignes directrices et les protocoles. • Élaborer des orientations opérationnelles nationales et des modes opératoires normalisés pour la lutte contre les MNT, qui sont régulièrement examinés et mis à jour (notamment en ce qui concerne les affections potentiellement mortelles, les soins spécialisés et la continuité des services). • Promouvoir la sensibilisation aux MNT et l'autoprise en charge de ces maladies. • Mettre en place un plan ou un mécanisme pour assurer la fourniture et la distribution des médicaments et des produits essentiels contre les MNT, y compris le kit d'urgence. • Renforcer les capacités des prestataires de soins de santé en matière de prise en charge des MNT et d'interventions appropriées lors d'une situation d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'orientations opérationnelles/de modes opératoires normalisés au niveau national pour faire face aux MNT en situation d'urgence • Existence de plans/mécanismes nationaux pour assurer la fourniture de médicaments et de produits pour la lutte contre les MNT lors d'une situation d'urgence
Informations et données, santé numérique et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer la surveillance des MNT et mettre régulièrement à jour les données sur ces dernières et les facteurs de risque connexes, y compris les listes des patients présentant des complications, des affections potentiellement mortelles et des soins spécialisés. • Intégrer les MNT dans les outils d'évaluation d'urgence existants tels que l'évaluation de la surveillance de la santé publique, l'outil QQQO (Qui fait Quoi Quand et Où), le système de recensement des ressources sanitaires disponibles et l'état de préparation des établissements. • Intensifier l'utilisation de la santé numérique, y compris la télémédecine adaptée aux situations d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Capacité des systèmes de surveillance à recueillir des données sur les MNT et les facteurs de risque connexes

Mobilisation communautaire, communication et instauration d'un climat de confiance	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibiliser, faire participer et autonomiser les communautés et les personnes vivant avec des MNT en ce qui concerne leurs besoins et planifier la réponse à une situation d'urgence sur la base du cadre de l'OMS pour assurer la participation significative des personnes atteintes de ces maladies et des problèmes de santé mentale et d'affections neurologiques. • Renforcer les capacités des agents de santé communautaires, des bénévoles, des pairs éducateurs et des personnes ayant une expérience vécue dans la prestation de services de lutte contre les maladies non transmissibles dans les situations d'urgence. • Établir des mécanismes et des plateformes de retour d'information pour favoriser les discussions et l'échange d'information entre les communautés, les autorités sanitaires et les autres parties prenantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de plateformes/réseaux pour les mécanismes de discussion et de retour d'information
---	---	---

PHASE DE RIPOSTE		
Domaine	Intervention stratégique	Indicateur
Leadership, collaboration et plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Désigner un point focal chargé de la lutte contre les MNT au sein des équipes et des plateformes de riposte aux situations d'urgence. • Créer un groupe de travail national multisectoriel (stratégique et technique) chargé de la lutte contre les MNT dans le cadre de la riposte aux situations d'urgence. • Renforcer la collaboration et la coordination entre les différents secteurs/organisations et parties prenantes, les agences humanitaires et les autres secteurs (par exemple nutrition, eau et assainissement) concernés par la prévention, le traitement et la prise en charge des MNT dans les situations d'urgence. • Intégrer les MNT dans le processus de préparation et de riposte aux situations d'urgence, en adoptant une approche tenant compte de tous les risques. • La gestion des incidents est à prendre en compte dans la phase de préparation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité du point focal chargé de la lutte contre les MNT désigné au sein de l'équipe ou de la plateforme destinée à la riposte aux situations d'urgence
Mobilisation de ressources et financement	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser et coordonner les ressources afin de garantir la disponibilité de fonds flexibles suffisants pour couvrir les besoins prioritaires et urgents en matière de MNT. • Examiner et adapter des fonds d'urgence afin de donner la priorité aux besoins en matière de MNT lors des situations d'urgence. • Assurer l'intégration des MNT dans les propositions de financement présentées aux donateurs. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de fonds d'urgence pour répondre aux besoins en matière de lutte contre les MNT lors des interventions d'urgence
Prestation de services, ressources humaines, médicaments et technologies	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer et inclure les MNT dans le plan de riposte national du secteur de la santé pendant la phase aiguë de la situation d'urgence. • Assurer la fourniture ininterrompue de soins, de services et d'interventions essentiels en matière de MNT dans les situations d'urgence, en fonction des ressources disponibles et du contexte, notamment en mettant en place des établissements de soins de santé temporaires, des dispensaires mobiles ou des services de télémédecine centrés sur les soins de santé primaires, avec des systèmes d'orientation-recours vers des soins secondaires et tertiaires. • Garantir un approvisionnement continu en médicaments et technologies essentiels à l'aide de kits d'urgence pour les maladies non transmissibles. • Adapter et mettre en œuvre les orientations opérationnelles nationales pour soutenir les interventions d'urgence au niveau national. • Assurer le déploiement adéquat du personnel chargé de la lutte contre les MNT, y compris les agents de santé communautaires, et fournir une formation rapide à la prise en charge de ces maladies dans les situations d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • MNT intégrées dans le plan national de riposte du secteur de la santé pendant la phase aiguë • Nombre de kits de lutte contre les maladies non transmissibles distribués pendant la phase aiguë d'une situation d'urgence

Informations et données, santé numérique et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer les MNT dans les outils initiaux d'évaluation rapide des situations d'urgence et dans le recensement régulier des besoins de services. • Assurer l'intégration de l'information sur les MNT et de la surveillance de ces maladies dans le tableau de bord des situations d'urgence du centre d'opérations d'urgence de santé publique. • Élaborer un plan ou un mécanisme de collecte de données en temps réel et utiliser les données factuelles pour établir des rapports sur la prestation de services liés aux MNT par les établissements de santé afin d'éclairer les efforts de riposte. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de données/rapports d'évaluation rapide sur les MNT dans le cadre des évaluations d'urgence • Disponibilité d'un mécanisme d'établissement de rapports réguliers sur la prestation de services liés aux MNT dans les établissements de santé
Mobilisation communautaire, communication et instauration d'un climat de confiance	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer la pleine participation des communautés et des personnes ayant une expérience vécue des maladies non transmissibles à l'établissement des priorités et à la riposte. • Établir des canaux d'échange de communications pendant les situations d'urgence pour l'accès aux informations pertinentes sur les MNT concernant la promotion de la santé, les facteurs de risque et l'autoprise en charge. • Favoriser la collaboration entre les réseaux communautaires, les ONG et le secteur privé afin d'harmoniser les efforts de riposte dans la lutte contre les MNT en situation d'urgence. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'une représentation communautaire des personnes vivant avec des MNT • Les personnes vivant avec des MNT font partie de comités ou de groupes de travail chargés de définir les priorités • Mise en œuvre de la campagne de promotion de la santé axée sur les maladies non transmissibles et les facteurs de risque connexes pendant les situations d'urgence

PHASE DE RELÈVEMENT		
Domaine	Intervention stratégique	Indicateur
Leadership, collaboration et plaidoyer	<ul style="list-style-type: none"> • Créer des groupes de travail techniques opérationnels, un comité national et un comité de haut niveau pour lutter contre les MNT pendant la phase de relèvement. • Intégrer les MNT dans la stratégie de santé nationale ou le programme de développement dans le cadre du plan de relèvement, du lien entre l'aide humanitaire, le développement et la paix, et de la reconstruction en mieux. • Élaborer et mettre en œuvre un plan de relèvement complet des MNT couvrant des domaines clés tels que la restauration des services essentiels, le rétablissement des chaînes d'approvisionnement, la fourniture de ressources adéquates et la promotion de la mobilisation communautaire. • Promouvoir et encourager la collaboration multisectorielle entre les différentes parties prenantes, y compris les prestataires de soins de santé, les agences gouvernementales, les organisations de la société civile et les représentants communautaires. • Adapter et mettre en œuvre le cadre d'action régional de l'OMS sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un plan de relèvement rapide chiffré concernant les MNT élaboré et mis en œuvre • Mise en place de groupes de travail techniques opérationnels, d'un comité national et d'un comité de haut niveau sur les MNT
Mobilisation de ressources et financement	<ul style="list-style-type: none"> • Procéder à une évaluation globale des besoins en ressources pour la lutte contre les MNT. • Élaborer un plan de financement pour garantir la continuité des services de lutte contre les MNT pendant la transition entre les fonds humanitaires et les fonds nationaux. • Élaborer un plan financier national pour mobiliser des ressources afin d'assurer un financement durable des soins liés aux MNT en ayant recours à des mécanismes de financement innovants tels que la taxation des produits nocifs (alcool, boissons sucrées) et les partenariats public-privé. 	<ul style="list-style-type: none"> • Existence d'un plan financier assorti d'un budget alloué au programme de lutte contre les MNT dans les phases d'urgence et de riposte aux situations d'urgence

Prestation de services, ressources humaines, médicaments et technologies	<ul style="list-style-type: none"> • Renforcer et réorienter le système de santé afin de prévenir et de maîtriser les maladies non transmissibles et les facteurs de risque connexes au moyen de soins de santé primaires centrés sur la personne et d'une couverture sanitaire universelle. • Renforcer les ressources humaines et les capacités institutionnelles pour assurer la continuité et la qualité des soins pour la lutte contre les MNT. • Mettre en œuvre des interventions fondées sur des données probantes (les « meilleurs choix » pour les facteurs de risque des maladies non transmissibles, (par exemple, la lutte antitabac, la réduction de la consommation de sel, la promotion de l'activité physique et la réduction de la nocivité de l'alcool). • Élargir la portée et la qualité des services de lutte contre les maladies non transmissibles, tels que la détection précoce, les soins palliatifs et la réadaptation. • Garantir la disponibilité, l'accessibilité économique et la qualité des médicaments et des technologies de lutte contre les MNT sur la base des orientations de l'OMS, tout en assurant l'équité et l'égalité pour les groupes vulnérables et marginalisés et en évitant la discrimination. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pourcentage d'établissements de soins de santé primaires ayant intégré des services de prévention et de maîtrise des maladies non transmissibles dans leur prestation de services (disponibilité de matériel et de fournitures médicaux essentiels dans les établissements de soins pour la prise en charge de ces maladies)
Informations et données, santé numérique et recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Évaluer les capacités et recenser les services pendant la période de transition vers le relèvement des services liés aux maladies non transmissibles. • Renforcer, développer et reprendre les activités du système de surveillance des MNT en s'appuyant sur les cibles et les indicateurs mondiaux de l'OMS relatifs à ces maladies. • Améliorer l'intégration de la surveillance des MNT dans le système d'information sanitaire existant. • Promouvoir l'utilisation de solutions numériques en matière des soins de santé, telles que les dossiers médicaux électroniques, les plateformes de télémédecine, les applications mobiles de santé et d'autres outils et tableaux de bord numériques. • Documenter et partager les connaissances sur les meilleures pratiques, les expériences des pays et les enseignements tirés pour mieux reconstruire. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité d'un rapport d'évaluation des capacités de lutte contre les MNT et de recensement des services • Disponibilité d'informations récentes au niveau de la population sur la charge des maladies non transmissibles (STEPS)
Mobilisation communautaire, communication et instauration d'un climat de confiance	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser et autonomiser la communauté et les personnes atteintes de MNT pour assurer leur pleine participation au processus de planification du rétablissement. • Créer des groupes de soutien communautaire à l'intention des personnes atteintes de MNT, et les renforcer, afin d'offrir une plateforme de partage d'expériences, d'informations et de soutien psychosocial. • Renforcer les mécanismes de collaboration multisectorielle et de retour d'information. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité de groupes de soutien pour les communautés et les patients

Annexe 2. Études de cas

Leadership, collaboration et plaidoyer

Soins des maladies non transmissibles dans les zones de conflit : mise en œuvre d'un modèle de soins des MNT dans le nord-ouest de la République arabe syrienne

Pendant le conflit en République arabe syrienne, les soins des MNT ont été remis en cause par les pénuries de médicaments, de capacités de laboratoire et d'informations sanitaires, ainsi que par le manque d'accès, les déplacements de population et l'insécurité. Dans le nord-ouest du pays, l'OMS a fait appel à un groupe de travail thématique sur les MNT au sein du Groupe sectoriel pour la santé, réunissant le personnel chargé des MNT et des situations d'urgence, afin de mettre en œuvre un nouveau modèle de soins pour les MNT fondé sur l'ensemble OMS d'interventions essentielles, rassemblant les prestataires autour d'un ensemble d'objectifs communs.

Lutte contre la perturbation des services de prise en charge des MNT en Ukraine et rôle du point focal et du groupe de travail thématique de l'OMS chargés de ces maladies

Le conflit qui a ravagé l'Ukraine en 2022 a largement perturbé l'approvisionnement en médicaments et l'accès aux services de lutte contre les maladies non transmissibles. Pour soutenir la riposte dans ce contexte marqué par une lourde charge de MNT, un point focal lié aux MNT a été intégré à l'équipe d'appui à la gestion des incidents de l'OMS. La mise en place d'un groupe de travail thématique sur les MNT, qui a assuré la coordination entre les partenaires de mise en œuvre et a joué un rôle de chef de file et de mentorat (par exemple, en matière d'approvisionnement et de distribution), a été un succès majeur. Il a permis de favoriser l'établissement de liens étroits et la collaboration entre les différentes entités et parties prenantes.

Mobilisation de ressources et financement

Mobilisation des ressources pour renforcer la résilience et améliorer l'accès aux soins des MNT au Yémen : efforts de collaboration déployés par la Banque mondiale et l'OMS

Le conflit au Yémen a encore affaibli son système de soins de santé déjà fragile et l'accès aux médicaments et traitements essentiels contre les MNT a constitué un défi majeur pendant le conflit. La Banque mondiale et l'OMS collaborent depuis 2017 pour éviter l'effondrement du système de santé en soutenant les services essentiels et en renforçant la résilience. Elles ont alloué 1,3 million de dollars US par an pour combattre les maladies non transmissibles au niveau secondaire et 1 million de dollars US au niveau des soins de santé primaires en 2022-2023. L'un des principaux points d'entrée a été l'examen de l'ensemble de services minimaux en 2022, afin de convaincre les autorités de passer de la dialyse et des soins tertiaires à la prévention et à l'intervention précoce pour lutter contre les MNT, et de finaliser les protocoles et les lignes directrices sur ces maladies.

Prestation de service, ressources humaines, médicaments et technologies

Renforcement des soins des MNT en République arabe syrienne : utilisation des outils de l'OMS pour combler les lacunes dans la prestation de services au niveau des soins de santé primaires

Au cours de l'intervention d'urgence en République arabe syrienne, la version originale de l'ensemble OMS d'interventions essentielles a été utilisée pour fournir des orientations opérationnelles. Toutefois, certaines lignes directrices cliniques et certains supports de formation manquaient dans cet outil et ont dû être rapidement élaborés pour être utilisés dans le renforcement des capacités. Le nouvel ensemble OMS d'interventions essentielles comprend ces orientations cliniques, mais il manque d'orientations opérationnelles. La nécessité d'adapter les outils normatifs, comme c'est le cas en République arabe syrienne, entraîne des retards dans la mise en œuvre des services de soins de santé primaires pour les

maladies non transmissibles. Un ensemble complet d'outils sur les MNT ou un manuel opérationnel sur la lutte contre ces dernières dans les situations d'urgence pourrait faciliter le renforcement du système de santé avant les situations d'urgence et permettre une mise en place rapide des capacités pendant la phase aiguë de la riposte.

Informations et données, recherche et santé numérique

Amélioration de la prestation des soins de santé et du suivi dans les contextes humanitaires : intégration des données sur les maladies non transmissibles dans le système de surveillance de la disponibilité des ressources et des services de santé (HeRAMS) en Afghanistan

Les contextes sanitaires et humanitaires en Afghanistan ont rapidement évolué ces dernières années, la prestation des soins de santé primaires et la coordination de multiples acteurs étant très complexes. L'OMS a appuyé l'intégration des données sur les MNT dans les ressources au niveau des groupes sectoriels tels que le système HeRAMS, qui permet une évaluation continue de la disponibilité des services de santé. Déployé en Afghanistan depuis novembre 2021, HeRAMS a été élargi pour inclure les MNT. Cela a permis de réduire les inefficacités, de corriger les informations contradictoires et de mettre l'accent sur les MNT dans le suivi de l'aide humanitaire.

Exploitation de la télémédecine pour la prise en charge des maladies non transmissibles au Soudan : enseignements tirés de la pandémie de COVID-19

Au Soudan, le ministère fédéral de la Santé a mis en place, avec le soutien de l'OMS, un service d'assistance téléphonique de télémédecine afin d'assurer un accès continu aux soins de santé essentiels pour les patients atteints de maladies non transmissibles. Le service était assuré par des médecins de famille qui proposaient des consultations, un triage, un traitement, une éducation à la santé, des conseils, des informations médicales et une orientation par téléphone mobile. Il a été largement utilisé par les personnes atteintes de MNT pendant la pandémie et a aidé à combler les lacunes causées par les perturbations des services.

Mobilisation communautaire, communication et instauration d'un climat de confiance

Amélioration de l'accès aux médicaments essentiels contre les MNT au Yémen : utilisation du kit pour les MNT

L'accès aux médicaments essentiels est un problème persistant pour les patients atteints de MNT tout au long du conflit au Yémen. Lorsque les kits d'urgence ont été déployés pour la première fois en 2019, ils contenaient de nombreux médicaments dont la date de péremption était dépassée ou dont l'étiquetage n'était pas en arabe. Les patients étaient réticents à les utiliser, ce qui a entraîné une rupture de confiance. De telles situations pourraient être évitées dans d'autres situations d'urgence en veillant à ce que la voix des bénéficiaires soit entendue afin d'améliorer les systèmes d'achat de médicaments contre les MNT.