



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

Introduction

1. Le présent rapport fournit des informations actualisées sur l'action de l'OMS face aux situations d'urgence sanitaire, conformément à la résolution EBSS3.R1 (2015) du Conseil exécutif de l'OMS et à la décision WHA68(10) (2015) de la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé. Sauf indication contraire, il couvre la période allant du 1^{er} juin 2021 au 31 mai 2022 et les données sur les flambées concernent l'année civile 2021.

2. Le rapport fournit également des mises à jour relatives à l'application du Règlement sanitaire international (RSI) (2005) dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, dans le cadre de la résolution EM/RC64/R.1 (2017) du Comité régional sur le suivi et l'évaluation de l'application du RSI, et de la résolution WHA61.2 (2008) de la Soixante et Unième Assemblée mondiale de la Santé, concernant l'établissement de rapports annuels sur l'application du Règlement par les États Parties en vertu du paragraphe 1 de l'article 54 du RSI.

3. Le rapport fait également le point sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action pour accélérer la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire dans la Région de la Méditerranée orientale dans le contexte de la résolution EM/RC68/R.2 (2021) du Comité régional.

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

4. La Région de la Méditerranée orientale est confrontée à de nombreuses situations d'urgence provoquées par différents risques naturels, biologiques, sociétaux (y compris les conflits armés) et technologiques, qui entraînent une charge de morbidité et de mortalité élevée. Au 3 juin 2022, l'OMS faisait face à 16 situations d'urgence classées dans toute la Région, dont neuf situations d'urgence humanitaire complexes, ainsi qu'à la pandémie de COVID-19. Six de ces situations d'urgence sont classées de niveau 3 (pandémie de COVID-19 ; situations d'urgence complexes en Afghanistan, en République arabe syrienne, en Somalie et au Yémen ; et crise de sécurité alimentaire dans la Corne de l'Afrique). Trois d'entre elles sont multirégionales et multipays (pandémie de COVID-19, crise de sécurité alimentaire dans la Corne de l'Afrique, épidémie de variole du singe). Au moment de la rédaction du présent rapport, l'OMS assurait également la gestion ou la surveillance de 42 autres événements de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale, dont la plupart étaient des flambées épidémiques ou des catastrophes naturelles dans le contexte d'une situation d'urgence complexe en cours. L'OMS adopte une approche globale pour la gestion des urgences sanitaires, qui prend en compte toutes les phases du cycle de gestion des situations d'urgence : prévention, préparation, détection, riposte et relèvement.

Préparation aux situations d'urgence sanitaire

5. Le renforcement de la préparation face à tous types de risques est essentiel pour assurer une riposte efficace aux situations d'urgence. Le soutien apporté pour les capacités nationales de détection des situations d'urgence, de préparation et de riposte à celles-ci a constitué la priorité absolue des opérations de lutte contre la COVID-19 dans toute la Région. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence la nécessité cruciale de renforcer les efforts pour améliorer la préparation face à tous les risques, afin d'assurer une riposte efficace

aux situations d'urgence et la résilience. Le RSI (2005) constitue toujours le cadre juridique adopté par les États Membres de la Région pour renforcer la capacité des pays à prévenir et détecter des événements et des urgences de santé publique, à mener des investigations à cet égard, à y répondre et à s'y préparer. D'importants progrès ont été réalisés dans l'application du Règlement, comme indiqué plus loin dans le présent rapport.

6. La pandémie de COVID-19 a également mis en évidence d'autres domaines transversaux qui doivent être abordés dans le cadre de la préparation, tels que la mise en œuvre d'une approche pangouvernementale et pansociétale pour la gestion des situations d'urgence, le renforcement de la préparation, la mise en place de systèmes de soins d'urgence appropriés, l'intégration des soins de santé primaires dans la préparation et la riposte, la promotion de l'approche « Une seule santé », l'autonomisation et la mobilisation des communautés, la lutte contre les informations fausses, l'autonomisation et la protection des personnels de santé et la promotion du financement de la sécurité sanitaire par différents moyens, notamment par l'augmentation du financement national.

7. Plusieurs plans existent dans les pays pour gérer les situations d'urgence, notamment les plans de préparation et de riposte aux urgences de santé publique, les stratégies de réduction des risques liés aux catastrophes, les plans spécifiques aux risques comme ceux qui concernent le climat et les autres catastrophes naturelles, et les plans spécifiques aux maladies tels que ceux liés à la grippe, au choléra et à la COVID-19. Ces plans ne sont pas pleinement intégrés dans tous les secteurs concernés. En outre, la plupart des États Membres ne disposent pas d'une structure nationale clairement définie pour la gestion des situations d'urgence impliquant tous les secteurs (pangouvernementale et pansociétale) ; le système de gestion des incidents – qui constitue une meilleure pratique pour les interventions d'urgence – n'est pas non plus appliqué de manière cohérente dans le cadre de la prise en charge de la COVID-19. S'appuyant sur plusieurs discussions relatives à la préparation et à la riposte aux situations d'urgence sanitaire, le Bureau régional de l'OMS est en cours de préparation d'un guide opérationnel que les pays pourront utiliser pour mettre en place et renforcer leurs systèmes de gestion des situations d'urgence.

8. Des progrès ont été réalisés dans le domaine de la préparation opérationnelle. Une liste de contrôle pour l'évaluation de la préparation opérationnelle des bureaux de pays de l'OMS a été mise à jour et testée dans quatre pays. Un guide national pour l'évaluation et le renforcement de la préparation opérationnelle face aux situations d'urgence tous risques confondus a également été élaboré ; il est en cours de finalisation. L'outil stratégique d'évaluation des risques continue d'être utilisé dans les pays pour développer leurs profils de risque. La Somalie et le Soudan ont bénéficié d'un soutien pour établir des profils de risque et des plans de riposte multirisques associés, y compris aux niveaux national et infranational. L'outil stratégique d'évaluation des risques a également été utilisé au Qatar pour élaborer un profil de risque dans le cadre de la prochaine Coupe du Monde de la FIFA 2022. Par ailleurs, un appui a été fourni à la Somalie pour l'élaboration de plans de continuité opérationnelle et aux Émirats arabes unis pour la mise au point d'une politique nationale en matière de gestion des situations d'urgence sanitaire et des risques liés aux catastrophes.

9. Plusieurs pays ont préparé des plans de réduction des risques liés aux catastrophes avec l'appui de l'OMS. En collaboration avec le Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes, plusieurs réunions consultatives ont été organisées en Égypte, en Jordanie et au Liban pour mettre à jour leurs plans de réduction des risques de catastrophe afin de tenir compte des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19. Des discussions sont en cours avec d'autres pays pour élaborer et actualiser leurs plans ; toutefois, l'intégration de la réduction des risques liés aux catastrophes et de la gestion des risques de situations d'urgence pour la santé n'est pas généralement assurée. En outre, l'engagement du secteur de la santé dans les activités liées à la réduction des risques associés aux catastrophes est limité, ces activités étant principalement menées par d'autres secteurs tels que les ministères de l'Intérieur et la Défense civile.

10. Les centres d'opérations d'urgence de santé publique continuent de démontrer le rôle important qu'ils jouent dans la préparation, la capacité de réaction et la riposte face aux situations d'urgence sanitaire. Cependant, dans la plupart des pays de la Région, les centres d'opérations d'urgence de santé publique n'ont pas été pleinement sollicités pour gérer la pandémie de COVID-19 ou d'autres situations d'urgence qui ont nécessité la participation de secteurs autres que celui de la santé. Une évaluation de tous les centres

d'opérations d'urgence de santé publique nationaux a été réalisée dans la Région afin d'identifier les lacunes et les priorités liées aux mandats juridiques, aux infrastructures, aux ressources humaines, ainsi qu'aux plans et procédures. Un plan stratégique quinquennal a été élaboré conjointement avec le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique afin de combler ces lacunes. Le projet de plan a ensuite été élaboré et finalisé lors d'une réunion birégionale afin d'orienter la fourniture du soutien apporté aux pays. Des activités de renforcement des capacités des centres d'opérations d'urgence de santé publique ont également été menées à Djibouti, en Jordanie, en Libye, en Palestine, en Somalie, au Soudan, en Tunisie et au Yémen. Le logiciel électronique de gestion des données relatives aux centres d'opérations d'urgence de santé publique a été renforcé et déployé dans les pays de la Région tels que la Jordanie, le Soudan et la Tunisie. Il est également mis à la disposition du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et du Siège de l'OMS.

11. La pandémie de COVID-19 a mis en évidence des faiblesses et des lacunes dans les systèmes de soins d'urgence, notamment dans les établissements situés dans toute la Région. Malgré les efforts déployés pour aider huit pays à évaluer leurs systèmes de soins d'urgence et à élaborer des feuilles de route pour renforcer ces systèmes, ces feuilles de route n'ont pas été pleinement mises en œuvre. Les outils d'évaluation des systèmes de soins d'urgence font actuellement l'objet d'un suivi pour s'assurer qu'ils couvrent le parcours des soins préhospitaliers, les systèmes d'orientation-recours et de transport, ainsi que les soins chirurgicaux, critiques, d'urgence et de réadaptation. Le réexamen de la feuille de route en Jordanie et l'évaluation des systèmes de soins d'urgence en Afghanistan, en Iraq, en Somalie et au Yémen ont reçu un soutien particulier cette année.

12. Les hôpitaux continuent d'être largement sollicités durant les situations d'urgence. Cette année, l'OMS collabore avec les pays pour déployer l'indice de sécurité des hôpitaux et l'initiative SMART des établissements de santé afin d'évaluer la capacité des hôpitaux et des centres de soins de santé primaires en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence. Il faut poursuivre les discussions et la collaboration avec les pays pour renforcer les capacités de préparation des centres et assurer leur plein fonctionnement dans les situations d'urgence.

13. La mise en place et le renforcement des capacités des équipes médicales d'urgence en utilisant la classification de l'OMS sont en cours. Plusieurs pays disposent d'équipes médicales d'urgence, qui ont joué un rôle majeur dans la prise en charge des cas de COVID-19 dans plusieurs Régions de l'OMS. Il faut renforcer davantage les capacités de ces équipes dans l'ensemble de la Région de la Méditerranée orientale pour les aligner sur la classification de l'OMS. Une série de webinaires a été organisée conjointement avec la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) afin de mieux faire connaître les équipes médicales d'urgence. En Iraq, un atelier de renforcement des capacités des équipes médicales d'urgence a été organisé en ciblant différents niveaux du personnel médical, et une mission de mentorat est prévue en Arabie saoudite et au Koweït pour faciliter le processus de classification internationale de leurs équipes médicales d'urgence. La valeur et le soutien des équipes médicales d'urgence internationales ont également été démontrés par leur déploiement à Djibouti, en Palestine et au Yémen à l'appui de la riposte à la COVID-19.

14. Des progrès ont été réalisés en vue de donner aux pays les moyens d'être mieux préparés et de répondre efficacement aux menaces sanitaires à l'interface humain-animal-environnement dans le cadre de l'approche « Une seule santé ». Le partenariat du Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) avec le groupe tripartite de l'approche « Une seule santé » – composé de l'OMS, de l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO) et de l'Organisation mondiale de la santé animale (OMSA, fondée en tant qu'OIE) – créant ainsi un groupe quadripartite, a mis en évidence le rôle clé de l'environnement dans la prévention des menaces liées à l'approche « Une seule santé » et la lutte contre celles-ci. L'outil opérationnel d'évaluation conjointe des risques et le processus d'évaluation des risques liés aux zoonoses ont été déployés en Égypte et au Soudan. Un soutien a également été apporté au Qatar et au Soudan pour mener des exercices de priorisation des maladies, ainsi qu'à la Jordanie pour évaluer la surveillance des menaces liées à l'approche « Une seule santé » et le partage d'informations entre les secteurs de cette approche. Un outil opérationnel de mécanisme de coordination multisectorielle a été introduit dans les pays de la Région pour leur permettre d'améliorer leur coordination interne et leur riposte face aux menaces liées à l'approche

« Une seule santé ». Reconnaissant la nécessité croissante et impérieuse de faire progresser l'approche « Une seule santé », un document technique sera présenté à la soixante-neuvième session du Comité régional, avec un cadre opérationnel de l'approche « Une seule santé » que les pays pourront adapter et mettre en œuvre. Les partenaires du groupe quadripartite collaborent au niveau régional pour harmoniser et coordonner le soutien aux pays. Cette collaboration sera davantage renforcée par la création d'un organe régional de haut niveau consacré à l'approche « Une seule santé » et d'un groupe de travail technique afin de fournir l'appui nécessaire aux pays.

15. La nécessité de déployer des efforts en matière de communication avancée sur les risques et de mobilisation communautaire pour faire face aux perceptions, aux schémas de comportement, ainsi qu'aux rumeurs et à la désinformation au sein des communautés est devenue plus évidente pendant la pandémie de COVID-19. Au début de l'épidémie, alors que les pays de la Région se préparaient à faire face à cette nouvelle maladie émergente, une documentation en anglais, arabe et français a été rapidement mise au point par l'équipe régionale de l'OMS pour aider les pays à sensibiliser rapidement les différentes populations cibles sur la manière de réduire le risque d'infection. Des affiches à l'intention des agents de santé, des voyageurs et des écoliers ont été conçues, distribuées, imprimées et affichées à l'intérieur des hôpitaux, aux points d'entrée et dans les bâtiments scolaires. Une vidéo d'animation sur les soins à domicile pour les patients atteints de COVID-19 a également été produite pour faciliter l'explication des orientations techniques de l'OMS dans ce domaine à un public non spécialisé. Des infographies et des enregistrements vidéo réalisés par des experts visant à dissiper les rumeurs et les fausses informations sur la maladie et la manière dont elle se propage ont été régulièrement préparés et publiés sur les médias sociaux pour faire face à l'infodémie qui se propageait en ligne parallèlement à la pandémie. Grâce à la collaboration avec les initiatives du Siège de l'OMS, des agents conversationnels relayant des alertes sanitaires de l'OMS sur WhatsApp, Viber et Facebook Messenger ont été traduits dans certaines des langues locales de la Région pour aider à répondre aux questions des populations sur la plateforme de médias sociaux de leur choix. Des messages quotidiens ont été préparés et envoyés par le Directeur régional par le biais de l'application WhatsApp aux ministres de la Santé pour les tenir informés des dernières orientations techniques, des initiatives, des actualités et des recherches scientifiques de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies.

16. Un appui a également été fourni aux pays pour renforcer leurs capacités de préparation et d'intervention en cas d'événements de rassemblement de masse. Un soutien a notamment été apporté aux pays qui accueillent certains des plus grands rassemblements de masse au monde, tels que le Hadj en Arabie saoudite, le pèlerinage d'Arba'een en Iraq et la prochaine Coupe du monde de la FIFA 2022 au Qatar.

17. Il importe d'augmenter le financement national pour assurer la sécurité sanitaire. Une évaluation des systèmes de financement a eu lieu dans plusieurs pays de la Région, mettant en évidence des variations substantielles dans le financement de la sécurité sanitaire. En 2021, l'Arabie saoudite, Bahreïn, l'Égypte, les Émirats arabes unis et le Koweït ont déclaré que des allocations budgétaires suffisantes pour la sécurité sanitaire étaient disponibles aux niveaux national, intermédiaire et local et dans tous les secteurs, et que des fonds prévisibles et flexibles pouvaient être distribués en temps voulu. La République islamique d'Iran et le Qatar ont fait état d'allocations budgétaires suffisantes et de finances prévisibles pouvant être distribuées en temps opportun aux niveaux national et intermédiaire. Cinq pays ont indiqué avoir procédé à une planification financière basée sur l'identification des lacunes et de l'estimation des besoins en ressources, avec des allocations budgétaires et/ou un financement extérieur important au niveau national. Huit pays ont fait état d'une planification financière limitée, avec des allocations budgétaires ou des financements externes importants mis à disposition pour financer la sécurité sanitaire au niveau national.

18. L'OMS et ses partenaires ont mené des activités de renforcement des capacités afin que les pays disposent d'un personnel multisectoriel formé pour permettre la détection précoce et la prévention des urgences de santé publique, la préparation et la riposte à celles-ci. Les pays disposent de différents niveaux de capacités en matière de sécurité sanitaire malgré ces efforts qui ont été encore intensifiés lors de la riposte à la pandémie de COVID-19. En 2021, les Émirats arabes unis, le Koweït et le Qatar ont déclaré disposer de politiques ou procédures documentées visant à assurer la pérennité des ressources humaines appropriées dans tous les secteurs concernés, à tous les niveaux. Ces politiques et procédures sont évaluées et mises à jour

régulièrement, alors que la Jordanie et le Soudan ont signalé un manque de capacités appropriées en matière de ressources humaines dans les secteurs concernés. Les pays restants n'ont fait état de capacités en personnels qu'au niveau national (sept pays), national et intermédiaire (deux pays) ou à tous les niveaux (six pays). L'Arabie saoudite, Bahreïn, la République islamique d'Iran et le Qatar ont déclaré disposer d'un plan stratégique national multisectoriel de renforcement des effectifs pour les situations d'urgence, évalué et actualisé chaque année et mis en œuvre à tous les niveaux, avec des procédures et des capacités adéquates pour déployer et accueillir du personnel pluridisciplinaire dans le pays (réaffectation des ressources), y compris les partenaires gouvernementaux et non gouvernementaux.

Détection des événements de santé publique

19. L'OMS continue à fournir un appui technique aux États Membres pour renforcer la surveillance épidémiologique et la gestion de l'information. Il s'agit notamment d'élaborer et d'adapter des outils pour collecter, gérer et analyser les données sur les événements de santé publique, y compris la pandémie de COVID-19, et de communiquer les résultats des analyses, tout en apportant un soutien aux pays pour qu'ils renforcent leurs capacités de gestion de l'information et améliorent leur riposte.

20. En octobre 2021, la soixante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale a adopté une stratégie régionale pour la surveillance intégrée des maladies visant à surmonter la fragmentation des données dans la Région. Une surveillance intégrée efficace des maladies exige une bonne gouvernance et une coordination multisectorielle pour organiser la convergence des systèmes et des programmes spécifiques à certaines maladies en vue de leur intégration. Dans la résolution correspondante du Comité régional (EM/RC68/R.3), il était demandé aux États Membres de prendre les mesures nécessaires pour mettre en place, à l'horizon 2025, des systèmes de surveillance nationaux intégrés et efficaces, connectés aux systèmes de surveillance mondiaux. L'OMS était également invitée à coordonner les différents programmes de surveillance au sein de l'Organisation par l'intermédiaire d'un groupe de travail chargé de progresser vers la consolidation et de fournir le soutien nécessaire.

21. Le soutien apporté aux pays de la Région pour renforcer et améliorer leurs systèmes de surveillance s'est poursuivi. Deux pays (le Pakistan et la Somalie) ont bénéficié d'un appui pour l'élaboration d'une stratégie nationale de surveillance intégrée des maladies.

22. Sept pays ont reçu un soutien pour établir et/ou renforcer la composante surveillance fondée sur les événements de leurs systèmes de surveillance, et ainsi améliorer leur capacité de détection précoce des événements de santé publique. Il s'agit de l'Afghanistan, de l'Iraq, de la Jordanie, de la Libye, du Maroc, du Soudan et de la Tunisie.

23. L'initiative de veille épidémiologique à sources ouvertes, dirigée par l'OMS et visant à améliorer la capacité de détection des pays en utilisant des sources ouvertes, a été mise en œuvre dans 10 pays de la Région.

24. Entre le 1^{er} juin 2021 et le 31 mai 2022, 9785 signaux ont été enregistrés et 25 nouveaux événements de santé publique ont été suivis. Quatorze évaluations rapides des risques et six analyses de la situation de santé publique ont été effectuées, y compris pour les troubles civils et la rougeole en Afghanistan ; les troubles civils en Libye ; la rougeole dans le nord-ouest de la République arabe syrienne ; les maladies non diagnostiquées et la rougeole en Somalie ; les troubles civils, la dengue et l'hépatite E au Soudan ; et le choléra au Yémen. La Région a contribué à cinq évaluations mondiales des risques, quatre portant sur la COVID-19 et une sur l'hépatite aiguë d'origine inconnue, et 14 mises à jour ont été publiées sur le site d'information sur les événements du RSI, neuf bulletins d'information sur les flambées épidémiques ont été publiés sur le site Web régional de l'OMS, et 250 bulletins quotidiens sur les signaux et les événements ainsi que 52 résumés hebdomadaires sur les événements ont été diffusés.

25. Au titre de l'article 10, concernant la vérification des informations, le RSI (2005) stipule que les États Membres accusent réception des demandes de vérification et fournissent en temps opportun les informations demandées concernant les événements de santé publique potentiels. Au cours de la période comprise entre le 1^{er} juin 2021 et le 31 mai 2022, des demandes de vérification concernant 81 signalements

de menaces pour la santé publique, y compris pour la COVID-19, ont été émises. Toutes les demandes ont été traitées rapidement, conformément aux délais prescrits par le Règlement, mais pas toujours de manière exhaustive.

26. Entre le 1^{er} juin 2021 et le 31 mai 2022, plus de 7533 signaux liés à la COVID-19 ont été enregistrés. Des supports de communication quotidiens, hebdomadaires et mensuels sur la situation épidémiologique ont été conçus et améliorés. Cela inclut plus de 500 mises à jour quotidiennes, plus de 250 messages WhatsApp quotidiens, 50 hebdomadaires et 12 mensuels, et 24 mises à jour épidémiologiques figurant dans les rapports de situation bihebdomadaires. L'OMS a également produit et mis à jour des cartes thématiques qui ont permis d'illustrer diverses analyses de données sur la COVID-19, notamment sur l'évolution du nombre de cas et de décès aux niveaux national et infranational, et sur la répartition des variants du SARS-CoV-2.

27. Les indicateurs existants permettant de suivre l'évolution hebdomadaire de la pandémie de COVID-19 ont été améliorés et de nouveaux indicateurs ont été mis au point. Les outils d'analyse automatisés ont été renforcés et des ensembles de données supplémentaires, tels que les données de Google sur la mobilité et la vaccination, ont été intégrés pour faciliter la triangulation des informations. Des projets de recherche ont été mis en œuvre pour estimer la couverture vaccinale et étudier l'impact potentiel des nouveaux variants sur l'évolution de la COVID-19 dans la Région.

28. Les chiffres quotidiens des infections à SARS-CoV-2, les cas de COVID-19 et les décès dus à la maladie ont été compilés par l'équipe régionale de l'OMS, qui a reçu les données soit directement des États Membres, soit par extraction de sources publiques officielles (c'est-à-dire des sites Web des ministères de la Santé). Le nombre d'infections et de décès confirmés était régulièrement notifié dans les rapports de situation et sur le tableau de bord mondial.

29. Des stratégies régionales de recherche des contacts ont été lancées et les activités dans ce domaine ont été soutenues en Afghanistan, en Jordanie, au Liban et en Tunisie. Une formation sur Go Data, un outil électronique de recherche des contacts, a été dispensée au niveau régional avec des participants de tous les pays de la Région. Elle a ensuite été suivie d'une formation approfondie en Égypte, en République islamique d'Iran, en Libye, au Qatar, en République arabe syrienne et au Yémen.

30. L'OMS a mis en place un site de formation pour le Programme de formation à l'épidémiologie de terrain dans la Région, en collaboration avec le Réseau de santé publique de la Méditerranée orientale. Trois boursiers soudanais du Programme de formation à l'épidémiologie de terrain ont été accueillis jusqu'à présent. Des boursiers d'autres Programmes de formation à l'épidémiologie de terrain de la Région sont attendus en 2023.

31. L'OMS a entrepris l'élaboration du Cadre de suivi de la riposte régionale, qui comprend une série d'indicateurs révisée à appliquer dans les pays fragiles, affectés par des conflits et vulnérables. Le Cadre facilitera la mesure de l'efficacité de l'intervention humanitaire dans le domaine de la santé. Cinq pays/territoires fragiles, affectés par des conflits et vulnérables ont été sélectionnés (Libye, Palestine, République arabe syrienne, Somalie et Yémen) pour effectuer un essai pilote ; un examen sur dossier et des entretiens ont été menés avec des points focaux pour les situations d'urgence au sein des ministères de la Santé, d'agences non gouvernementales et des bureaux de pays de l'OMS. Un atelier a ensuite été organisé pour présenter le Cadre aux cinq pays. En outre, des consultations supplémentaires ont été menées auprès des départements du Bureau régional de l'OMS pour identifier des indicateurs supplémentaires. Des plans opérationnels ont ensuite été élaborés pour mettre en œuvre le Cadre dans les cinq pays. L'OMS a également organisé plusieurs sessions de formation sur divers thèmes liés à la gestion de l'information, dont un cours de trois jours sur le langage de programmation R à l'intention de 21 participants à Beyrouth (Liban).

32. Un soutien technique et financier a été apporté au Pakistan (pour la province du Baloutchistan), à l'Afghanistan, à la Somalie et au Yémen pour déployer le Système de surveillance de la disponibilité des ressources et des services de santé (HeRAMS), un système électronique mis au point par l'OMS pour normaliser et évaluer la disponibilité des services médicaux pendant les situations d'urgence.

33. Entre juin 2021 et mai 2022, plus de 500 cartes ont été mises au point pour aider les bureaux régionaux, les bureaux de pays de l’OMS et les États Membres.

34. Une collaboration a été établie avec le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (UNHCR), l’initiative *Global Pulse* des Nations Unies et les *Centers for Disease Control and Prevention* des États-Unis d’Amérique pour utiliser de nouvelles technologies de système d’information géographique (SIG), telles que la télédétection et la modélisation spatiale afin d’estimer la taille de la population dans les situations d’urgence.

35. L’élaboration d’une feuille de route régionale a été lancée dans le cadre du système d’information géographique, avec pour objectif de rationaliser et de standardiser les fonctions de ce système au niveau des pays. En outre, une enquête d’évaluation nationale du système d’information géographique a été menée afin de faire le point sur la situation actuelle des activités menées dans les États Membres dans ce domaine.

36. Un portail régional du système d’information géographique pour les situations d’urgence sanitaire a été lancé. Il comprendra un répertoire de bases de données géographiques en ligne et permettra l’automatisation de la production de cartes pour les profils géographiques des pays.

37. La deuxième version du logiciel DHIS2 concernant le système d’information sanitaire de district a été déployée dans les districts pilotes d’Iraq pour numériser la collecte, la gestion, le stockage, l’analyse et la communication des données relatives à la gestion des informations sanitaires.

38. Des épidémiologistes ont été déployés pour apporter un soutien à la surveillance en Afghanistan, en Iraq, en Libye, au Maroc, au Pakistan et au Soudan. Des évaluations de la surveillance fondée sur les événements ont été menées en Afghanistan, en Libye et au Soudan, et ont donné lieu à l’élaboration de lignes directrices nationales concernant ce type de surveillance dans ces pays. Le volet surveillance de l’équipe OMS d’appui à la gestion des incidents liés à la COVID-19 a contribué aux missions sur le terrain en Afghanistan, en Iraq, en Jordanie, au Liban, en Libye, au Pakistan, au Qatar, en République arabe syrienne, au Soudan et en Tunisie.

39. Une formation à la gestion de l’information au moyen des logiciels DHIS2 et « R » a été organisée en Afghanistan, en Iraq et au Liban.

40. Parmi les défis auxquels les pays sont confrontés, on peut citer les suivants : le manque de gouvernance solide liée aux activités de surveillance, la pénurie de ressources humaines formées et la rotation fréquente du personnel, la charge de travail élevée due à la COVID-19 et au manque de personnel, l’alignement limité des activités sur les autres départements et l’instabilité politique.

41. La plateforme régionale pour la surveillance de la grippe dans la Méditerranée orientale a continué d’être utilisée pour collecter et gérer les formulaires sur la COVID-19 auprès des États Membres, même si un nombre décroissant de pays y a contribué. En date du 24 mai 2022, sept pays continuaient à envoyer des formulaires agrégés hebdomadaires sur la COVID-19, trois envoyaient des formulaires de notification de cas. La base de données contient un total de 3,65 millions de rapports stockés sur la COVID-19.

Prévention et gestion des épidémies et des pandémies

42. La Région continue de faire face à de graves menaces pour la santé publique dues à des flambées de maladies infectieuses émergentes et réémergentes et à d’autres urgences de santé publique. Les situations d’urgence humanitaire complexes et les conflits prolongés qui sévissent dans neuf pays de la Région ne font qu’aggraver et endommager des systèmes de santé déjà fragiles, rendant la maîtrise et la prévention des maladies infectieuses émergentes extrêmement difficiles. L’OMS fournit aux États Membres un appui stratégique, opérationnel et technique pour détecter et prévenir les agents pathogènes émergents et à haut risque, mener des investigations et y riposter, ainsi que pour prévenir leur propagation internationale. Bien que les principales capacités nationales en matière de préparation continuent de progresser, tous les pays de la Région restent vulnérables aux menaces émergentes de maladies infectieuses.

43. En 2021, les 22 pays et territoires de la Région ont continué à subir les conséquences sanitaires négatives de la pandémie actuelle de COVID-19. Plus de 12 millions de cas de COVID-19 ont été notifiés de manière cumulée dans la Région en 2021, dont 194 245 décès associés, soit un taux de létalité de 1,8 %. En outre, 31 flambées d'autres maladies infectieuses émergentes ont été signalées dans 11 pays, notamment la diarrhée aqueuse aiguë/le choléra en Afghanistan, en Somalie et au Yémen, la dengue en Afghanistan, au Pakistan, au Soudan et au Yémen, la diphtérie au Soudan et au Yémen, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo en Afghanistan, en Iraq et au Pakistan, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS) en Arabie saoudite et aux Émirats arabes unis, le virus de l'hépatite E au Soudan, la fièvre typhoïde ultrarésistante au Pakistan, la rougeole en Afghanistan, en République arabe syrienne et en Somalie, des poliovirus sauvages en Afghanistan et au Pakistan et des poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de types 1 et 2 (PVDVc1 et PVDVc2) en Afghanistan, à Djibouti, en Égypte, au Pakistan, en Somalie, au Soudan et au Yémen. Au total, 398 140 cas ont été notifiés dans le cadre de ces flambées épidémiques, avec 682 décès associés. Plus de 80 % de ces flambées ont été signalées dans des pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables de la Région.

44. Outre le suivi étroit, l'OMS a continué à fournir un appui technique, administratif et logistique aux pays touchés pour prévenir, détecter, confirmer et endiguer les flambées, se préparer à y faire face, limiter leur propagation géographique et atténuer leur impact en mettant en œuvre des interventions de santé publique appropriées, notamment en appliquant des mesures de lutte fondées sur des données factuelles. L'OMS a déployé plus de 20 experts techniques dans les pays touchés par des flambées de maladies, notamment en Afghanistan, en Libye, en République arabe syrienne, au Soudan et au Yémen.

45. Dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables, l'OMS a élaboré et supervisé la mise en œuvre d'un plan de renforcement du réseau d'alerte et d'intervention rapides, notamment pour l'expansion, l'entretien, le renforcement des capacités du personnel et la formation des équipes d'intervention rapide. La Libye, la République arabe syrienne, la Somalie et le Yémen ont bénéficié d'un appui pour mettre au point une plateforme électronique et évaluer les performances du réseau d'alerte et d'intervention rapides afin d'actualiser leurs plans de transition. En outre, l'OMS a élaboré un module de formation pour la mise en œuvre du protocole d'évaluation du réseau d'alerte et d'intervention rapides, et organisé la réunion annuelle de ce réseau – avec la participation de tous les pays dotés de systèmes opérationnels du réseau d'alerte et d'intervention rapides – introduisant une formation de base en épidémiologie de terrain de première ligne. L'OMS a facilité la formation pour renforcer les capacités des équipes d'intervention d'urgence nationales et infranationales en Afghanistan, en Arabie saoudite, en République islamique d'Iran, en Iraq, en Jordanie, au nord-ouest de la République arabe syrienne et au Soudan. Au total, 172 membres de l'équipe ont été formés aux concepts liés aux enquêtes sur les flambées et à la riposte. L'équipe régionale de l'OMS a effectué une évaluation de base afin de recenser les capacités et le fonctionnement des équipes d'intervention rapide dans les pays de la Région. L'enquête a révélé qu'il existe des variations notables dans la structure, les capacités et les fonctions des équipes d'intervention rapide dans la Région. Plusieurs lacunes ont été identifiées dans la riposte aux flambées, et des recommandations ont été formulées sur les capacités et le fonctionnement des équipes d'intervention rapide, ainsi que sur la nécessité d'assurer une détection précoce et une riposte rapide avec efficacité et efficience.

46. L'équipe régionale de l'OMS a mené une enquête en 2021 pour identifier et recenser les partenaires potentiels du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) dans la Région avec lesquels ledit réseau pourrait développer une relation de travail et établir un réseau solide. Un appui technique et opérationnel a été fourni à sept pays touchés par des flambées de maladies infectieuses émergentes. L'OMS a également appuyé le déploiement de la mission de renfort du réseau GOARN pour appuyer l'enquête menée sur les flambées épidémiques et la riposte en Afghanistan, en Somalie, au Soudan et au Yémen.

47. L'OMS a continué d'apporter son appui aux pays de la Région pour maintenir et renforcer le système de surveillance de la grippe, qui a été affecté par la pandémie de COVID-19. Grâce à cet appui, 19 des 22 pays et territoires ont maintenu le fonctionnement des systèmes de surveillance sentinelle pour les syndromes de type grippal et les cas graves d'infections respiratoires aiguës. En outre, l'OMS a élaboré un cadre opérationnel visant à promouvoir la mise en place et le maintien d'un système efficace – s'appuyant

sur les infrastructures et les capacités existantes en matière de grippe – pour intégrer la surveillance de la grippe à celle d'autres virus respiratoires susceptibles de provoquer des épidémies et des pandémies. Actuellement, le système de surveillance intégré se concentre sur la grippe et le SARS-CoV-2 et fournira les bases de la préparation et de la riposte aux futures pandémies. En vue d'améliorer l'adoption et l'utilisation des vaccins contre la grippe saisonnière dans la Région, l'équipe régionale de l'OMS a élaboré une feuille de route régionale quinquennale (2022-2026) destinée à guider les États Membres.

48. L'OMS a appuyé le renforcement des capacités de 18 centres nationaux de lutte contre la grippe désignés et de quatre laboratoires de la grippe. En conséquence, 21 des 22 pays et territoires de la Région étaient dotés de capacités de transcription inverse suivie de réaction en chaîne de la polymérase en temps réel (RT-PCR) pour la détection des virus de la grippe, 13 pays disposaient d'une capacité d'isolement des virus, 15 pays d'une capacité de séquençage et 11 pays d'une capacité de test de la résistance aux antiviraux. En outre, l'OMS a soutenu la mise en place d'installations de séquençage génétique dans huit centres nationaux de lutte contre la grippe en achetant des équipements de séquençage et des fournitures connexes pour huit pays touchés par des situations d'urgence. L'OMS a organisé une formation sous-régionale sur le séquençage du SARS-CoV-2 et la phylogénétique moléculaire destinée aux centres nationaux de lutte contre la grippe, avec la participation de 14 techniciens de laboratoire représentant sept pays prioritaires (Afghanistan, Iraq, Liban, Libye, République arabe syrienne, Soudan et Yémen). En outre, l'OMS a organisé une formation sur le séquençage dans le pays à l'intention du personnel de trois laboratoires de la grippe en Somalie. En 2021, l'équipe régionale de l'OMS a facilité la participation de 18 centres nationaux de lutte contre la grippe et d'autres laboratoires de la grippe au Programme d'évaluation externe de la qualité de l'OMS, et 83,3 % des laboratoires participants ont transmis des résultats corrects pour le test RT-PCR concernant la grippe dans tous les échantillons.

49. L'OMS a apporté son soutien et a coordonné un atelier de formation de trois jours en Jordanie destiné aux points focaux chargés de la préparation à la grippe pandémique. Les participants ont également été initiés à la gestion de l'infodémie et à l'outil EARS (*Early AI-supported Response with Social Listening*) [Riposte rapide assistée par intelligence artificielle couplée à la veille sur les réseaux sociaux] sera mis à l'essai en Jordanie, ainsi que dans un nombre limité d'autres pays dans le monde. L'équipe régionale de l'OMS a apporté son soutien à la mise au point d'un ensemble de matériels d'information, éducation et communication pour 15 agents pathogènes à haut risque susceptibles de donner lieu à des épidémies et des pandémies. Pour chaque maladie, ces matériels visent trois ou quatre publics cibles. L'OMS a aidé deux pays (l'Afghanistan et l'Iraq) à utiliser ces matériels pour mener une riposte rapide aux flambées épidémiques de maladie du charbon, de choléra, d'hépatite et de dengue, ainsi que d'autres fièvres hémorragiques virales.

50. L'OMS a contribué au renforcement des capacités des agents de santé de première ligne et des autorités sanitaires locales – en particulier dans les pays fragiles, touchés par des conflits et vulnérables – en matière de prise en charge clinique globale et d'unités de soins intensifs et de soins critiques. Un module de formation régional normalisé d'introduction à la prise en charge des soins intensifs ou des soins critiques, à l'intention des médecins et du personnel infirmier a été élaboré pour répondre aux besoins urgents au niveau des pays. Par conséquent, le nombre total d'agents de santé formés à la prise en charge clinique de la COVID-19 dépassait 40 000 dans la Région fin 2021. En outre, l'OMS a aidé les pays à accéder à l'oxygène et à d'autres équipements et produits thérapeutiques biomédicaux d'importance vitale – 16 pays ont reçu de l'oxygène médical ainsi que des fournitures et des équipements biomédicaux, 18 pays ont participé à la plateforme *Live Oxygen*, neuf pays ont reçu un soutien technique biomédical, et 13 pays ont obtenu le tocilizumab et d'autres produits thérapeutiques indispensables dans la lutte contre la COVID-19.

51. Malgré la priorité accordée par les pays à la riposte à la COVID-19, l'OMS a continué de fournir un appui technique pour la préparation et la riposte aux flambées de maladies émergentes à transmission vectorielle et de zoonoses telles que la dengue, le chikungunya, la fièvre de la vallée du Rift, la fièvre hémorragique de Crimée-Congo, la fièvre jaune et la rage. L'OMS a également collaboré avec les pays pour renforcer les capacités de prise en charge clinique des maladies émergentes prioritaires à transmission vectorielle et des zoonoses. L'OMS a apporté une contribution et un appui technique à l'élaboration ou à la mise à jour des lignes directrices nationales pour la prévention et la maîtrise des maladies à transmission vectorielle et des zoonoses.

52. Malgré tous ces efforts, la gestion des agents pathogènes à haut risque susceptibles de donner lieu à des épidémies et des pandémies dans la Région reste difficile. Les principaux défis rencontrés comprennent les situations d'urgence prolongées dans neuf pays, qui continuent d'avoir un impact négatif sur la prestation de services courants et de limiter l'accès aux populations vulnérables. L'investissement insuffisant des pouvoirs publics dans les plans de préparation aux risques infectieux a contribué aux retards dans la riposte aux flambées épidémiques dues à des agents pathogènes à haut risque. En outre, les retards dans l'échange de données par les pays et l'incohérence des données partagées représentent des défis supplémentaires.

53. L'exploitation des systèmes de surveillance de la grippe et d'autres infrastructures pour la riposte à la COVID-19 a entraîné un retard dans la mise en œuvre de nombreuses activités prévues contre la grippe et une interruption de la communication des données de surveillance. En outre, certains pays ont rencontré des obstacles opérationnels lors du partage de virus grippaux avec les centres nationaux de lutte contre la grippe en raison de difficultés d'accès aux services de coursiers. L'évolution rapide de la riposte à la COVID-19 a épuisé les ressources humaines aux niveaux régional et national, ce qui rend les ripostes à d'autres agents pathogènes à haut risque plus difficiles à mettre en place.

Riposte aux situations d'urgence sanitaire

54. La Région de la Méditerranée orientale abrite 102 millions de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire (34 % du total mondial) et 60 % des réfugiés dans le monde sont originaires de cette Région. Les situations d'urgence prolongées, aggravées par le risque d'attaques contre les services de soins de santé, font converger les préoccupations humanitaires et de sécurité sanitaire. Les incertitudes politiques et les différents niveaux de développement économique dans la Région empêchent la gestion rapide et adéquate des situations d'urgence sanitaire.

55. En 2021, l'équipe régionale de l'OMS a maintenu sa riposte à la pandémie de COVID-19, tout en assurant un équilibre des interventions en cas de situations d'urgence simultanées dues à des risques multiples – sociétaux, naturels et technologiques. Sur les 22 pays et territoires de la Région, neuf ont connu des urgences humanitaires de grande ampleur au cours de l'année.

56. En Afghanistan, le retrait de la présence militaire étrangère en 2021 a entraîné un risque accru de violence et de déplacements internes. L'OMS a estimé que la crise humanitaire qui en a résulté était une situation d'urgence de niveau 3, ce qui a conduit à une riposte qui a permis de mobiliser les ressources de l'ensemble de l'Organisation. L'OMS a activé son système de gestion des incidents et intensifié sa riposte, en collaboration avec ses partenaires, pour répondre à un large éventail de besoins humanitaires – prendre en charge les déplacements de population et les traumatismes violents, lutter contre les niveaux élevés de malnutrition aiguë et les flambées épidémiques (rougeole, diarrhée aqueuse aiguë, par exemple) ; cette action a été menée en plus de la gestion de la pandémie de COVID-19 et du poliovirus sauvage endémique qui continue dans l'ensemble du pays. L'arrêt du financement international pour le projet Sehatmandi – la principale source de soins de santé primaires et secondaires dans tout le pays – menaçait de produire une réduction rapide de la disponibilité des services de santé essentiels. En partenariat avec l'UNICEF, l'OMS a obtenu des fonds et a passé des contrats avec des organisations non gouvernementales pour fournir l'ensemble de base des services de santé et l'ensemble essentiel de services hospitaliers. Sur une période d'environ quatre mois, le pourcentage d'établissements entièrement fonctionnels soutenus par l'OMS est passé de 17 à 99 % ; au cours de la même période, le pourcentage d'établissements connaissant des ruptures de stock a diminué, passant de 77 % à moins de 1 %. En mars 2022, l'OMS et l'UNICEF ont organisé une réunion de haut niveau à Doha pour convenir de priorités sanitaires provisoires pour l'Afghanistan.

57. Au Yémen, l'OMS a continué de soutenir la fourniture de services de soins de santé primaires et secondaires en accordant la priorité aux populations vulnérables. Le récent accord de cessez-le-feu a fourni une occasion en or pour atteindre les populations les plus vulnérables. En collaboration avec ses partenaires, l'OMS a mené des campagnes de vaccination orale contre le choléra dans les districts à haut risque. Plus d'un million d'enfants ont été protégés contre des maladies évitables par la vaccination, et la malnutrition aiguë sévère a été prévenue chez plus de 100 000 enfants de moins de cinq ans. L'OMS a continué de soutenir la

prestation de services de santé dans 72 hôpitaux. Plus de 40 000 enfants ont été traités pour une malnutrition aiguë sévère, un taux de guérison de plus de 90 % et un taux de létalité bien inférieur à 1 % ayant été maintenus, conformément aux normes internationales. L'OMS a également soutenu la surveillance des flambées épidémiques et la riposte à celles-ci. Elle a joué un rôle de chef de file et de coordination en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence par l'intermédiaire de ses centres d'opérations d'urgence nationaux et infranationaux, ce qui a permis une détection précoce et une riposte rapide aux flambées épidémiques. L'OMS et les partenaires du groupe sectoriel pour la santé ont fourni des incitations financières à près de 25 000 agents de santé en première ligne au Yémen.

58. Au Soudan, les besoins en matière de santé restent élevés en raison de l'inflation, de la crise économique, de l'insuffisance des investissements dans les infrastructures, des conflits localisés et d'un nouvel afflux potentiel de réfugiés. Dans l'ensemble, 14,3 millions de personnes auront besoin d'une aide humanitaire en 2022, soit une augmentation de 7 % par rapport à 2021. Le changement de direction politique intervenu en octobre 2021 a contribué à une forte rotation du personnel du ministère de la Santé. Une assistance technique a été fournie aux autorités sanitaires des pays et des ressources ont été mobilisées par le biais du fonds de réserve pour les situations d'urgence afin de répondre rapidement aux besoins humanitaires croissants. En outre, plus de 5,6 millions de personnes sont touchées par l'impact combiné de périodes de sécheresse prolongées et de mauvaises récoltes dans 115 localités de 14 États du Soudan ; plus de 22 millions de personnes (50 % de la population du Soudan) vivent dans les 115 localités touchées. L'OMS a fourni un appui à la surveillance des flambées de maladies et la riposte à celles-ci, y compris le suivi de la qualité de l'eau et la lutte antivectorielle, ainsi que le soutien à la prestation de services de santé essentiels dans les zones mal desservies et touchées par des conflits.

59. En Somalie, après trois mauvaises saisons de pluies et une flambée des prix des denrées alimentaires, les communautés locales, ainsi que d'autres dans la Corne de l'Afrique, connaissent l'une des sécheresses les plus graves depuis des décennies, ce qui a conduit le Gouvernement fédéral à déclarer une situation d'urgence nationale en novembre 2021. À la fin du premier trimestre 2022, la situation de sécheresse s'était rapidement détériorée, ce qui a augmenté le risque probable de famine dans des poches de l'ensemble du pays et a également provoqué des déplacements à grande échelle et la pire pénurie d'eau depuis 40 ans dans certaines parties du pays. En mai 2022, une téléconférence à trois niveaux a été organisée, avec la participation des bureaux de pays de l'OMS à Djibouti, en Érythrée, en Éthiopie, au Kenya, en Ouganda, en Somalie, au Soudan et au Soudan du Sud, ainsi que des Bureaux régionaux OMS de l'Afrique, de la Méditerranée orientale et du Siège de l'OMS, et la situation a été classée comme une urgence de santé publique de niveau 3. Ainsi, les objectifs de l'OMS sont clairement fixés comme suit : renforcer les mécanismes de gouvernance et de coordination afin d'assurer l'élaboration et la mise en œuvre de mesures appropriées pour mener une riposte et un relèvement rapides ; intensifier la collaboration transfrontalière, la surveillance et l'échange d'informations entre les pays de la sous-région ; renforcer les capacités locales pour améliorer la surveillance de l'état nutritionnel liée à l'orientation et à la prise en charge appropriées de tous les cas de malnutrition aiguë ; et consolider le suivi et l'évaluation de la riposte à la sécheresse.

60. En République arabe syrienne, en 2021, l'OMS a continué de diriger le secteur de la santé et de coordonner la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire. L'OMS a maintenu son engagement pour répondre aux besoins sanitaires des populations touchées par les conflits ; elle a comblé les lacunes critiques dans les soins de santé primaires et secondaires, a fourni des médicaments et des fournitures essentiels et a renforcé les chaînes d'approvisionnement médical transfrontalières et des deux côtés des lignes. Une opération transfrontalière robuste a été maintenue depuis Gaziantep, dans le sud de la Türkiye, vers le nord-ouest de la République arabe syrienne, malgré la fermeture du poste-frontière de Bab Al Salam. Dans les zones qui ne sont pas contrôlées par le Gouvernement en République arabe syrienne, la prestation de services a été soutenue en grande partie par des organisations non gouvernementales partenaires. Des ateliers de formation ont permis à 38 057 agents de santé d'acquérir diverses compétences dans différents domaines, et 2 730 436 procédures médicales ont été effectuées, notamment des consultations externes, des consultations de traumatologie et de santé mentale, des séances de réadaptation physique, des accouchements par voie basse, des césariennes et des évacuations médicales. Pour l'OMS, la mise en œuvre de l'approche « Toute la Syrie » reste essentielle pour créer des possibilités permettant d'atteindre les populations les plus vulnérables

dans différentes régions du pays en utilisant toutes les modalités opérationnelles, y compris les approches transfrontalières et des deux côtés des lignes. L'approche « Toute la Syrie » a été essentielle pour assurer la fourniture de capacités et de services sanitaires essentiels de manière équitable dans l'ensemble du pays.

61. Compte tenu de la pandémie actuelle de COVID-19 et de la situation d'urgence complexe prolongée, l'escalade du conflit en cours en Palestine ajoute une pression supplémentaire à un système de santé déjà surchargé. En outre, des échantillons environnementaux positifs pour le poliovirus ont été prélevés et des cas d'hépatite non définis ont été signalés. Les besoins sanitaires sont urgents compte tenu de la pénurie chronique de fournitures médicales d'importance vitale et de la nature fragmentée du système de santé. L'OMS et ses partenaires continuent de renforcer les capacités des prestataires de soins locaux et leurs capacités de riposte. L'OMS continue également à documenter les attaques contre les soins de santé. En 2021, 235 attaques ont été enregistrées, dont des passages à tabac et des arrestations de paramédicaux, l'interdiction d'accès des ambulances et des équipes paramédicales, des attaques physiques contre les ambulanciers et des incursions dans les établissements de santé.

62. En Libye, le recours aux services de soins de santé qui permettent de sauver et de maintenir la vie des patients, appuyés par les interventions humanitaires, se poursuit dans tout le pays, dans un contexte d'insécurité chronique et de pandémie de COVID-19. Tout en améliorant la coordination avec les autorités sanitaires à tous les niveaux et en reconnaissant leur rôle de chef de file, l'OMS apporte son soutien à la surveillance de la maladie, à la livraison des médicaments et des fournitures et à la mise en œuvre de campagnes de vaccination dans les zones où les besoins sont les plus importants. En tant que chef de file du secteur de la santé, l'OMS soutient les activités de sensibilisation visant à améliorer l'accès à ces zones pour livrer des fournitures, à évaluer les besoins sanitaires, à surveiller la situation sanitaire et à ajuster les opérations. L'OMS vise une distribution équitable de l'aide humanitaire et accroît ses services dans les zones vulnérables négligées à l'est et au sud du pays. Pour atteindre cet objectif, l'Organisation a déployé des équipes médicales mobiles, a renforcé la présence de coordonnateurs sur le terrain dans chaque district, et un réseau d'agents de santé communautaires a été mis en place.

63. Le pôle logistique de l'OMS à Dubaï est devenu un atout mondial de plus en plus important pendant la pandémie de COVID-19. En 2021, le pôle a expédié 403 cargaisons de fournitures de traitement pour la COVID-19 à 111 pays dans toutes les Régions de l'OMS. En outre, le pôle conserve un stock vital de produits diagnostiques et de traitements pour un éventail de maladies épidémiques et pandémiques et les distribue aux pays en réponse aux menaces sanitaires émergentes. En riposte à l'épidémie de variole du singe, des produits de diagnostic ont été efficacement expédiés dans 17 États Membres. L'examen de la chaîne d'approvisionnement nationale et l'élaboration de systèmes efficaces d'achat et de distribution des médicaments, vaccins et autres produits technologiques et médicaux sont des activités en cours.

64. Malgré les efforts de sensibilisation de la part de l'OMS et de ses partenaires, des attaques contre des établissements de santé sont encore signalées dans certains pays et territoires de la Région. Selon le système OMS de surveillance des attaques visant les services de santé, en 2021, 364 attaques ont été enregistrées dans sept pays ou territoires (Afghanistan, Libye, Palestine, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen). Ces incidents ont fait 89 morts et 292 blessés parmi les agents de santé et les patients.

Progrès des États Parties dans l'application du RSI (2005)

Cadre de suivi et d'évaluation du RSI

65. Le cadre de suivi et d'évaluation du RSI, avec ses quatre composantes que sont l'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties, l'évaluation externe conjointe, les examens *a posteriori* et les examens de l'action en cours ainsi que les exercices de simulation continue d'être largement accepté et utilisé par les pays de la Région.

66. En 2021, l'OMS a mis à jour l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties dans le cadre d'un processus de consultation des pays et des experts pour tenir compte des enseignements tirés de la pandémie de COVID-19. Cet outil compte désormais 15 capacités au lieu de 13, du

fait de l'ajout des capacités de financement ainsi que de prévention et de contrôle des infections. L'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties est toujours disponible sous forme électronique, ce qui permet aux États Parties de faire des rapports en ligne et à l'OMS de suivre en temps réel les rapports soumis et de vérifier la qualité des données fournies. Les 22 pays ou territoires de la Région ont tous achevé l'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties de 2021 sur l'acquisition des principales capacités requises en vertu du RSI (2005).¹

67. Grâce au même processus de consultation des pays et des experts, l'outil d'évaluation externe conjointe a été mis à jour afin de couvrir les domaines essentiels pour la riposte à la pandémie de COVID-19. L'évaluation externe conjointe actualisée (2022) compte 19 capacités et 56 indicateurs, contre 19 capacités et 49 indicateurs initiaux.

68. Le Pakistan a officiellement demandé une aide pour mener une deuxième série d'évaluations externes conjointes en utilisant l'outil actualisé. Des discussions sont en cours avec la Palestine, la République arabe syrienne et le Yémen pour achever une première série d'évaluations externes conjointes en utilisant l'outil actualisé.

69. Jusqu'à présent, 16 pays ont mené à bien une ou deux séries complètes d'examens de l'action en cours ou passé en revue les volets ciblés. Des discussions se déroulent actuellement pour appuyer la réalisation d'examens de l'action en cours par les six pays restants, à savoir les Émirats arabes unis, le Maroc, Oman, le Qatar, le Soudan et le Yémen.

70. La majorité des pays de la Région ont mené des exercices de simulation théoriques et pratiques afin de tester leur état de préparation opérationnelle pour le déploiement des vaccins contre la COVID-19. Un exercice théorique a été mené au Qatar pour tester la préparation du pays à la Coupe arabe qui a eu lieu en novembre et décembre 2021. En collaboration avec l'Agence internationale de l'énergie atomique (AIEA), un exercice de simulation a été réalisé aux Émirats arabes unis pour tester leur état de préparation à répondre aux urgences nucléaires. Un exercice théorique a été mené en Iraq pour tester le degré de préparation à répondre aux situations d'urgence sanitaire dans le cadre du déploiement de l'Examen universel de l'état de santé et de préparation.

71. Cet examen est un mécanisme intergouvernemental dirigé par les États Membres dans le cadre duquel les pays examinent volontairement et de manière transparente leurs capacités nationales de préparation aux situations d'urgence sanitaire. Il a été testé en Iraq entre décembre 2021 et mars 2022, dans le cadre du deuxième essai pilote de ce processus au niveau mondial.

Principales capacités requises au titre du RSI

72. L'analyse des données de l'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties de 2021 indique que le score moyen global pour les capacités du RSI est de 64 %, ce qui est légèrement inférieur à la moyenne régionale de 66 % signalée en 2020. Les scores moyens les plus élevés en matière de la mise en œuvre concernaient les capacités liées à la surveillance (83 %), à la prestation de services de santé (73 %) et aux laboratoires (72 %) (Annexe 1). Les domaines les moins performants concernaient notamment les capacités liées à la législation (55 %), à la sécurité sanitaire des aliments (57 %), à la prévention et au contrôle des infections, ainsi qu'aux produits chimiques et aux rayonnements (58 %).

73. Comme indiqué précédemment, des plans d'action nationaux de sécurité sanitaire ont été élaborés dans 19 pays et territoires (y compris la Palestine). Ces plans sont actuellement en cours d'examen en tenant compte des activités identifiées dans le plan d'action régional pour mettre fin à la pandémie et prévenir les futures urgences sanitaires, ainsi que des recommandations spécifiques aux pays générées par l'examen de l'action en cours pour la riposte à la COVID-19. Des orientations visant à faciliter le processus d'actualisation des plans d'action nationaux de sécurité sanitaire ont été communiquées aux points focaux nationaux pour le RSI lors de la neuvième réunion régionale du RSI qui s'est tenue en mars 2022.

¹ Bien que la Palestine ne soit pas un État Partie au RSI, elle a achevé l'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties pour suivre ses progrès dans la mise en œuvre des capacités de santé publique liées au RSI.

Procédures au titre du Règlement

Comités d'urgence et Comité d'examen du RSI et progrès connexes

74. Au 31 mai 2022, le Comité d'urgence du RSI concernant la COVID-19 s'était réuni 11 fois depuis sa création en janvier 2020. À sa réunion tenue le 11 avril 2022, le Directeur général de l'OMS a suivi l'avis du Comité et maintenu l'urgence de santé publique de portée internationale, en publiant des recommandations temporaires actualisées au titre du RSI (2005). La mise en œuvre des recommandations temporaires est en cours.

75. Le Comité d'urgence du RSI concernant les événements impliquant la transmission et la propagation internationale du poliovirus est en cours et, en date du 31 mai 2022, s'est réuni 31 fois depuis sa création en avril 2014. Suivant l'avis du dernier Comité d'urgence, le Directeur général de l'OMS a maintenu le statut d'urgence de santé publique de portée internationale et a publié des recommandations temporaires actualisées au titre du RSI (2005).

76. Conformément à la résolution WHA73.1 (2020) sur la riposte à la COVID-19, le Comité d'examen du RSI s'est réuni entre septembre 2020 et mai 2021 pour examiner la fonctionnalité du RSI pendant la riposte à la COVID-19. Un rapport détaillé des conclusions de l'examen a été publié et présenté à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Ce rapport comprend 40 recommandations visant à renforcer et accélérer la mise en œuvre et le respect du RSI (2005). Ces recommandations, ainsi que 91 autres recommandations figurant dans les rapports du Comité consultatif de surveillance indépendant et du Groupe indépendant sur la préparation et la riposte à la pandémie, sont considérées comme prioritaires par le Groupe de travail sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires. Ce dernier Groupe de travail s'est réuni neuf fois depuis sa création suite à la résolution WHA74.7 en 2021. La participation des pays de la Région aux réunions du Groupe de travail a été très limitée. Cependant, la plupart ont appuyé l'élaboration d'une convention, d'un accord ou d'un autre instrument international de l'OMS sur la préparation et la riposte aux pandémies, qui a été examiné lors de la session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé tenue entre novembre et décembre 2021.

77. L'organe de négociation intergouvernemental visant à rassembler la communauté a été créé par la décision SSA2(5) lors de la deuxième session extraordinaire de l'Assemblée mondiale de la Santé pour rédiger et négocier une convention, un accord ou un autre instrument international. Cet organe a proposé des éléments de fond potentiels pour une convention, un accord ou un autre instrument international de l'OMS sur la prévention, la préparation et la riposte face aux pandémies afin de recueillir les observations des États Membres sur une plateforme en ligne. Ces éléments ont été proposés sur la base des enseignements tirés de la COVID-19, ainsi que des recommandations et des éléments issus des instruments de l'OMS au titre de la Constitution de l'OMS. Seuls sept pays de la Région ont répondu à la proposition.

78. Des amendements ciblés au RSI (2005) ont également été proposés. Les États-Unis d'Amérique ont soumis une proposition d'amendements ciblés au RSI, qui a été transmise par le Directeur général de l'OMS aux États Parties en janvier 2022, conformément à l'article 55 du RSI (2005), pour examen lors de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé. Une autre proposition a été soumise par la Fédération de Russie au nom des États Membres de l'Union économique eurasiennne et a également été transmise aux États Parties en avril 2022. Cette proposition n'a pas fait l'objet de discussions à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé, car elle ne répondait pas à l'exigence d'être présentée au moins quatre mois avant l'Assemblée mondiale de la Santé, conformément à l'article 55 du RSI (2005). Les États-Unis d'Amérique ont tenu des discussions bilatérales avec les pays de la Région pour leur fournir des explications et solliciter des commentaires sur leur proposition. Les discussions de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé se sont achevées par la poursuite des négociations et des discussions pour éclairer l'amendement des articles ciblés.

Points focaux nationaux pour le RSI et informations relatives aux événements

79. Un soutien a continué d'être apporté aux points focaux nationaux pour le RSI afin d'améliorer leurs connaissances et leurs capacités pour la mise en œuvre du RSI (2005). Il s'agissait notamment d'une série de réunions virtuelles et de webinaires organisés avec les points focaux nationaux pour le RSI afin de renforcer

et d'intensifier leur préparation et leur disponibilité opérationnelle, ainsi que leurs capacités de riposte, notamment face à la COVID-19. Pour la première fois depuis le début de la pandémie, une réunion a été organisée à laquelle ont assisté en personne les points focaux nationaux pour le RSI de tous les pays de la Région. La réunion a été l'occasion de faire le point sur les progrès accomplis et de débattre des défis à relever et discuter de la voie à suivre pour mettre en œuvre le RSI (2005). Parmi les principales recommandations de la réunion figuraient la poursuite du plaidoyer en faveur de la sécurité sanitaire moyennant la mise en œuvre du RSI (2005) et la mise à jour du mandat des centres des points focaux nationaux pour le RSI, ainsi que la réalisation des changements nécessaires dans la structure organisationnelle et le statut juridique afin que les centres des points focaux nationaux pour le RSI soient reliés à la structure globale de gestion des situations d'urgence dans le pays et disposent des ressources financières et humaines nécessaires pour faciliter les fonctions de ces points focaux nationaux pour le RSI.

80. Les points focaux nationaux pour le RSI de la Région ont consulté 1628 fois le site d'information sur les événements pendant la période allant du 1^{er} juin 2021 au 31 mai 2022, les points focaux nationaux pour le RSI de l'Égypte (364), des Émirats arabes unis (179), de l'Iraq (251) et du Koweït (345) étant les utilisateurs les plus fréquents du site.

Voyages et mesures sanitaires supplémentaires

81. Selon l'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties de 2021, les pays de la Région ont désigné 100 ports, 96 aéroports et 75 postes-frontières pour l'application du RSI, tandis que 17 pays ont déclaré avoir autorisé les ports à délivrer des certificats de contrôle sanitaire de navire conformément à l'annexe 3 du RSI (2005). La Région de la Méditerranée orientale a la deuxième plus faible capacité d'application du RSI (2005) aux points d'entrée (60 %), après la Région africaine de l'OMS (47 %). C'est dans la Région OMS des Amériques que le taux d'exécution est le plus élevé (72 %), alors que la moyenne mondiale est de 62 %.

82. Des conseils aux voyageurs et des recommandations concernant la COVID-19 et les nouveaux variants préoccupants ont été régulièrement fournis aux pays, notamment les recommandations du Comité d'urgence du RSI sur la réalisation d'une évaluation des risques pour éclairer les décisions relatives aux voyages.

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

84. Après la reprise généralisée du trafic commercial international et l'assouplissement des mesures sociales et de santé publique, les pays de la Région de la Méditerranée orientale ont continué à ajuster leurs mesures relatives aux voyages en réponse à l'évolution des préoccupations de santé publique tout au long de la pandémie, notamment en appliquant des exigences en matière de dépistage, d'isolement, de quarantaine et de vaccination. Des restrictions à l'entrée ont également été appliquées : des pays de la Région ont mis en place des restrictions en réponse aux variants préoccupants émergents de la COVID-19. Au 31 mai 2022, trois pays mettent en œuvre des restrictions à l'entrée, dont deux appliquent des restrictions liées aux voyages en raison de variants préoccupants, notamment les voyages en provenance d'Inde (deux pays), du Brésil (un pays), de l'Afrique du Sud (un pays) et du Viet Nam (un pays).

85. La situation du trafic maritime a suivi une évolution similaire, de nombreux pays de la Région ayant assoupli les restrictions concernant les changements d'équipage et le mouvement général des marins, compte tenu des conséquences sur la chaîne d'approvisionnement mondiale et la santé des marins travaillant à bord des navires.

86. Les pays de la Région appliquent des stratégies nationales visant à atténuer les risques associés aux voyages internationaux et renforcent leurs capacités aux points d'entrée. Il s'agit notamment de mettre à jour leurs plans d'urgence et leurs modes opératoires normalisés, de réviser et d'ajuster les mesures de dépistage aux points d'entrée et de sortie, de renforcer les capacités du personnel aux points d'entrée ainsi que d'examiner et d'actualiser la collaboration transfrontalière en matière de santé publique.

87. Les pays de la Région se sont appuyés sur des stratégies de dépistage renforcées. En mai 2022, 14 pays ont indiqué que les voyageurs étaient tenus d'apporter la preuve d'un résultat négatif au test PCR pour la COVID-19, avant de voyager, en précisant que la période de validité des tests variait de 96 heures à 48 heures (avec une moyenne de 72 heures) avant le départ. Huit pays de la Région exigent des tests à l'arrivée (six d'entre eux demandent des tests PCR et trois pays donnent le choix entre le test PCR et le test rapide).

88. Neuf pays de la Région ont adopté des méthodes mixtes en ce qui concerne les mesures de quarantaine, deux pays appliquant une quarantaine à domicile, trois pays prévoyant une quarantaine institutionnelle. La durée de la quarantaine varie de trois à 21 jours (la moyenne étant de 14 jours).

89. Compte tenu de l'introduction des vaccins et du déploiement mondial, bien qu'inégal, des campagnes de vaccination de masse, la vaccination a été ajoutée comme un autre paramètre permettant de suivre les mesures prises en rapport aux voyages. À ce jour, dans la Région, 11 pays exemptent les passagers complètement vaccinés du dépistage obligatoire et huit pays exemptent les passagers complètement vaccinés de la quarantaine obligatoire. La vaccination est une condition d'entrée dans 13 pays et cinq d'entre eux reconnaissent les certificats d'immunité attestant de la guérison d'une infection à la COVID-19 antérieure.

Fièvre jaune

90. En mai 2022, les 22 pays et territoires de la Région avaient répondu au questionnaire annuel sur les exigences en matière de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyageurs internationaux. Neuf d'entre eux exigent un certificat de vaccination contre la fièvre jaune pour les voyageurs entrant dans leur pays et ont confirmé que la période de validité d'un certificat international de vaccination contre la fièvre jaune, au moyen des vaccins approuvés par l'OMS, est désormais admise comme valable à vie pour la personne vaccinée, conformément à l'annexe 7 du Règlement, tel qu'amendé par la résolution WHA67.13 (2014).

Conclusion

91. La mise en œuvre du RSI (2005) a continué de représenter un défi en 2021-2022 en raison de la pandémie de COVID-19 et de priorités concurrentes. Il est essentiel de renforcer les efforts régionaux et nationaux visant à accélérer l'application du Règlement. Une participation efficace des pays de la Région aux processus mondiaux en cours dans ce domaine est également nécessaire pour assurer une meilleure prise en compte de la situation régionale et l'élaboration de solutions régionales adaptées et effectives.

Progrès dans la mise en œuvre du plan d'action pour accélérer la préparation et la riposte aux situations d'urgence sanitaire

Mettre fin à la pandémie

92. L'équipe régionale de l'OMS continue de jouer un rôle de chef de file dans la riposte à la pandémie aux niveaux national et régional et de promouvoir une gestion solide à cet égard. L'OMS et ses partenaires continuent de diriger et de coordonner les efforts visant à réduire les inégalités et à donner la priorité à l'accès aux vaccins contre la COVID-19. Au 14 juin 2022, l'Arabie saoudite, Bahreïn, les Émirats arabes unis, le Koweït et le Qatar avaient atteint l'objectif de couverture vaccinale de 70 %. La couverture reste inférieure à 10 % en Somalie et au Yémen. La couverture régionale est de 10 % pour les personnes entièrement vaccinées et ayant reçu une dose de rappel, 43 % pour les personnes entièrement vaccinées et 8 % pour les personnes partiellement vaccinées.

93. L'évaluation des risques est de plus en plus utilisée pour guider les décisions relatives aux mesures sociales et de santé publique, y compris celles liées aux voyages internationaux. Les contextes socio-économiques ont également été pris en compte lors de la prise de décisions concernant les mesures sociales et de santé publique. Néanmoins, dans certains cas, les orientations fondées sur les risques ne sont pas directement mises en œuvre, car d'autres considérations sont également incluses dans les décisions exécutives relatives aux mesures sociales et de santé publique. Les niveaux de respect de ces mesures varient d'un pays à l'autre et sont associés à plusieurs facteurs contraignants, notamment l'inefficacité dans la coordination multisectorielle, la capacité à imposer la mise en œuvre des mesures sociales et de santé publique et la résistance communautaire, l'excès de confiance et la lassitude. Des interventions visant à modifier les comportements ont été mises en œuvre dans plusieurs pays avec l'appui de l'OMS et de ses partenaires, ciblant différentes communautés afin d'accroître le respect des mesures sociales et de santé publique ainsi que l'utilisation des vaccins contre la COVID-19. Les capacités ont également été renforcées en vue de mettre en place et d'utiliser des systèmes de veille sur les réseaux sociaux et de retour d'information des communautés.

94. Les capacités de laboratoire ont été considérablement renforcées dans la Région. Plus de 600 laboratoires dans toute la Région disposent désormais des capacités de réalisation des tests PCR, et des capacités de séquençage génomique ont été établies et/ou étendues dans 17 pays, avec trois laboratoires de référence en cours de création.

95. Avec le soutien de l'OMS et de ses partenaires, les pays ont élargi et renforcé les activités suivantes : surveillance, dépistage et séquençage génomique ; communication sur les risques et participation communautaire ; prise en charge clinique ; prévention et contrôle des infections ; recherche et innovation. L'accès aux services de santé essentiels et leur fourniture ont été repris dans tous les pays après les perturbations importantes causées par la pandémie. Des activités de renforcement des capacités, y compris le transfert de technologie pour la production du vaccin contre la COVID-19, ont été menées en Égypte et en Tunisie. Un soutien a également été apporté à la production et à la distribution d'oxygène médical dans les établissements de santé. Pour plus de détails sur ces éléments fondamentaux de la riposte à la COVID-19, veuillez consulter le rapport de situation concernant cette maladie.

Prévention et maîtrise des futures pandémies et autres situations d'urgence sanitaire

96. Des efforts sont en cours pour évaluer et élaborer des modèles de gouvernance de la gestion des catastrophes sanitaires et des risques associés aux urgences, y compris l'adoption d'un système de gestion des incidents, le renforcement des centres d'opérations d'urgence de santé publique et la facilitation de leur mise en œuvre au niveau des pays. Le lancement de l'Examen universel de l'état de santé et de préparation dans la Région constitue un pas en avant vers l'amélioration de la préparation aux situations d'urgence sanitaire en adoptant une approche fondée sur les systèmes de santé, qui inclut la mise en place de moyens de financement durables pour la sécurité sanitaire.

97. Les délégués à la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé ont pris une décision historique sur le financement durable de l'OMS, en adoptant une série de recommandations du Groupe de travail sur le financement durable visant à rendre le financement de l'OMS plus prévisible et plus souple, et moins dépendant des contributions volontaires. Cela facilitera la mise en œuvre des domaines programmatiques de l'OMS et la fourniture de l'appui nécessaire aux pays, y compris dans le domaine de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence sanitaire.

98. Le soutien apporté d'un pays à l'autre a été fourni, conformément à l'article 44 du RSI (2005), pour faire face à la COVID-19. Il s'agit notamment d'un programme de jumelage sur la prise en charge clinique entre Oman et le Yémen ; du soutien des gouvernements des Émirats arabes unis, du Pakistan et du Qatar au transfert par pont aérien de fournitures vitales — y compris les fournitures pour le traitement des cas de COVID-19 — pendant la crise humanitaire en Afghanistan ; et du partage de vaccins par plusieurs pays. Le Bureau régional rassemble et documente ces exemples de réussite, ainsi que d'autres, pour poursuivre, élargir et faciliter davantage le soutien apporté d'un pays à l'autre en matière de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire, y compris la collaboration transfrontalière.

99. Des efforts concertés sont en cours ou prévus dans plusieurs pays (Jordanie, Liban, Pakistan, par exemple) pour mettre en place une surveillance intégrée de la maladie, suite à l'approbation du document technique y afférent au Comité régional et à la résolution EM/RC68/R3. De même, la capacité de séquençage génomique est désormais disponible dans 20 pays/territoires pour lutter contre la COVID-19 ; elle est actuellement en cours de développement pour soutenir la prise en charge d'autres maladies infectieuses émergentes. Dans les deux autres pays (Soudan et Yémen), des dispositions en matière de tests génomiques ont été prises avec les laboratoires de référence régionaux ; et des capacités de laboratoire de référence régionales ont désormais été établies aux Émirats arabes unis, au Maroc et à Oman. En outre, les 22 laboratoires de référence nationaux et plus de 300 autres laboratoires ont tous réussi un examen externe de contrôle de la qualité dans le cadre de la COVID-19. Un renforcement des capacités et un appui technique sont également fournis en permanence pour assurer la mise en œuvre rigoureuse des mesures de sécurité et de sûreté biologiques dans tous les pays/territoires.

100. L'OMS reconnaît que les épidémies et les pandémies apparaissent et disparaissent dans les communautés. Des évaluations ont donc été entreprises en Afghanistan, en République arabe syrienne et en Somalie pour recenser les interventions localisées visant à renforcer la résilience des communautés en matière de prévention, de préparation, de capacité de réaction et de riposte face aux situations d'urgence sanitaire.

101. Les menaces sanitaires croissantes à l'interface humain-animal-environnement sont de plus en plus reconnues aux niveaux mondial et régional, ainsi que la nécessité d'appliquer systématiquement l'approche « Une seule santé » pour prévenir et détecter ces menaces et les situations d'urgence qui en découlent, s'y préparer, y réagir et s'en relever. Un cadre opérationnel régional pour l'approche « Une seule santé » a été élaboré à l'issue d'un vaste processus de consultation avec les pays et les partenaires. Il fait partie d'un document technique qui sera examiné lors de la soixante-neuvième session du Comité régional. Un mécanisme de coordination régionale quadripartite entre la FAO, l'OMSA (fondée en tant qu'OIE), le PNUE et l'OMS sera mis en place pour coordonner les efforts visant à soutenir les pays dans l'adaptation et la mise en œuvre du cadre opérationnel.

102. Un comité de surveillance régional composé de représentants nationaux de haut niveau et un groupe de travail technique doté de capacités techniques variées sont en cours de création, conformément au mandat présenté à l'annexe 2 du document technique EM/RC68/4 sur l'accélération de la préparation et de la riposte aux situations d'urgence sanitaire. Le comité et le groupe de travail technique tiendront leurs premières réunions en septembre 2022 pour examiner les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action et conseiller le Secrétariat sur la voie à suivre. La réunion devrait également permettre de passer en revue les difficultés de mise en œuvre et d'identifier des mécanismes régionaux et nationaux pour faciliter l'examen et l'application des plans d'action nationaux de sécurité sanitaire.

103. L'architecture mondiale pour la préparation, la riposte et la résilience face aux situations d'urgence sanitaire présentée et examinée lors de la Soixante-Quatrième Assemblée mondiale de la Santé permet d'apporter des précisions sur les principales mesures visant à améliorer la gouvernance, les systèmes et les outils, et à mobiliser des ressources. Des étapes et des approches concrètes pour la mise en œuvre de ces mesures au niveau des pays sont en cours de discussion. La finalisation de ces discussions facilitera davantage l'examen et la mise en œuvre des plans nationaux de sécurité sanitaire.

Annexe 1

**Suivi des capacités nationales au titre du RSI (2005) :
scores des capacités (%) pour tous les États Parties et territoires de la Région ayant transmis des rapports pour 2021**

État Membre	Législation	Coordination	Financement	Laboratoires	Surveillance	Ressources humaines	Gestion des urgences sanitaires	Prestation de services de santé	Prévention et contrôle des infections (PCI)	Communication sur les risques	Points d'entrée	Zoonoses	Sécurité sanitaire des aliments	Produits chimiques	Rayonnements
Afghanistan	20	60	40	52	80	30	53	60	47	40	27	60	20	20	0
Arabie saoudite	100	93	100	80	100	90	93	93	93	93	87	60	100	80	100
Bahreïn	100	67	100	96	100	70	80	100	73	80	100	40	100	40	60
Djibouti	30	40	40	52	70	50	27	47	33	40	33	40	60	40	20
Égypte	90	87	100	76	100	80	100	100	80	53	100	80	80	80	80
Émirats arabes unis	100	100	100	100	100	80	100	100	100	100	100	80	80	100	100
République islamique d'Iran	100	93	80	92	90	90	100	93	73	73	87	80	80	100	60
Iraq	50	67	30	60	60	40	40	40	33	67	20	60	40	40	40
Jordanie	40	40	40	64	40	40	47	60	53	40	73	80	40	60	60
Koweït	20	80	100	80	100	90	80	87	100	87	80	80	80	100	80
Liban	80	73	40	84	100	60	73	67	60	33	60	80	40	60	80
Libye	30	60	30	56	80	60	67	67	33	20	7	60	40	20	40
Maroc	50	53	80	80	80	80	80	73	47	73	73	80	80	80	80
Oman	40	60	50	96	100	40	87	100	87	93	87	60	60	80	80
Pakistan	30	33	60	60	80	30	47	53	40	27	40	100	40	40	100
Palestine	70	53	30	40	70	50	27	53	47	67	20	80	0	20	20
Qatar	70	87	90	100	100	100	100	100	67	100	87	100	100	80	100
République arabe syrienne	60	53	60	52	50	40	53	60	53	60	87	60	60	60	60
Somalie	20	40	20	56	90	30	40	60	27	20	7	20	20	20	20
Soudan	40	73	60	52	50	30	60	33	33	53	40	60	20	20	40
Tunisie	40	80	60	88	100	50	60	93	47	33	60	80	80	80	40
Yémen	30	60	50	68	90	70	67	73	60	60	20	60	40	60	20