



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE LA
Méditerranée orientale



Profil Santé et Bien-être dans la Région de la Méditerranée orientale

Vue d'ensemble de la situation sanitaire
dans les pays de la Région en 2019

Département Science, Information et Diffusion des savoirs
Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale
Rue Monazamet El Seha El Alamia
BP 7608, Cité Nasr
Le Caire 11371 (Égypte)
www.emro.who.int
emrgosid@who.int

Profil **Santé** et **Bien-être** dans la **Région de la Méditerranée** **orientale**

Vue d'ensemble de la situation sanitaire
dans les pays de la Région en 2019

Le présent document est une version abrégée de la publication originale en anglais *Health and well-being profile of the Eastern Mediterranean Region An overview of the health situation in the Region and its countries in 2019*. Outre le contenu de ce document, la version originale présente des profils succincts qui contiennent des informations clés sur chaque pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale.

Catalogage à la source : Bibliothèque de l'OMS

Noms : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale

Titre : Profil Santé et Bien-être dans la Région de la Méditerranée orientale : vue d'ensemble de la situation sanitaire dans les pays de la Région en 2019 / Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale

Description : Caire : Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de la Méditerranée orientale | 2021 | Comprend des références bibliographiques.

Identificateurs : ISBN 978-92-9022-793-9 | ISBN 978-92-9022-796-0 (en ligne)

Sujets : État de santé | Développement durable | Couverture maladie universelle | Services des urgences médicales | Promotion de la santé | Région de la Méditerranée orientale

Classification : NLM WA 300

© Organisation mondiale de la Santé 2021

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Profil Santé et Bien-être dans la Région de la Méditerranée orientale : vue d'ensemble de la situation sanitaire dans les pays de la Région en 2019. Le Caire : Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour la Méditerranée orientale ; 2021. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans cette publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les dispositions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le document publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'Organisation mondiale de la Santé ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception graphique : YAT Communication

Sommaire

Avant-propos	vii
Préface	ix
Remerciements	x
Sigles et abréviations	xi
Résumé d'orientation	xiii
1. Santé et objectifs de développement durable	1
1.1 Programme de développement durable à l'horizon 2030	1
1.2 Treizième programme général de travail de l'OMS	2
1.3 Objectifs du « triple milliard »	2
2. La Région de la Méditerranée orientale en bref	4
3. Instauration de la CSU couverture sanitaire universelle	8
3.1 Indice de la couverture des services de la CSU	8
3.2 Gouvernance	9
3.2.1 Approches et partenariats multisectoriels	10
3.2.2 Diplomatie sanitaire	11
3.2.3 Renforcement de la législation sanitaire visant à faire progresser la santé	12
3.3 Prestation de services et qualité des services	13
3.3.1 Paniers de prestations prioritaires	13
3.3.2 Soins de santé primaires et médecine familiale	14
3.3.3 Gestion des soins hospitaliers	17
3.3.4 Qualité des soins de santé et sécurité des patients	18
3.3.5 Rôles et réglementation du secteur privé de la santé	19
3.4 Financement de la santé et protection financière	21
3.4.1 Financement de la santé	21
3.4.2 Protection financière	24
3.5 Données sanitaires et systèmes d'information sanitaire	26
3.5.1 Amélioration de l'enregistrement des actes et des statistiques d'état civil	26
3.5.2 Indicateurs sanitaires de base et indicateurs des ODD	29
3.5.3 Amélioration de la surveillance systématique et des systèmes d'information des établissements	30

3.6	Personnels de santé	31
3.6.1	Politiques et cadres réglementaires sur les personnels de santé	34
3.6.2	Information sur les personnels de santé	35
3.6.3	Qualité de la formation des personnels de santé et rôle des universités	35
3.6.4	Protection des personnels de santé dans les situations d'urgence	37
3.7	Accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits sanitaires	37
3.7.1	Accès aux médicaments essentiels	37
3.7.2	Technologies d'assistance	39
3.7.3	Dispositifs médicaux sélectionnés	40
3.7.4	Disponibilité de produits essentiels ou de produits d'importance vitale	42
3.8	Capacité de recherche et utilisation de données factuelles	42
3.8.1	Capacité et résultats de la recherche	42
3.8.2	Priorités de la recherche, gouvernance et soutien à la recherche en santé	43
3.8.3	Utilisation de données de recherche pour l'élaboration de politiques	45
4.	Situations d'urgence sanitaire	48
4.1	Situation régionale	48
4.1.1	Capacité des pays à répondre aux situations d'urgence	49
4.1.2	Initiative pour la sécurité des hôpitaux	49
4.2	Préparation à la riposte aux flambées	49
4.2.1	Campagnes de prévention des épidémies	51
4.3	Préparation à la riposte aux urgences humanitaires	51
4.3.1	Disponibilité des services de santé d'importance vitale	52
4.3.2	Santé mentale et soutien psychologique	52
4.3.3	Services de réadaptation	54
4.4	Coordination et collaboration entre les institutions des Nations Unies et d'autres partenaires	54
4.5	Reconstruction des systèmes de santé dans les pays touchés par des situations d'urgence	55
5.	Promotion de la santé tout au long de la vie	56
5.1	Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et vieillissement	56
5.1.1	Santé reproductive et maternelle	56
5.1.2	Santé du nouveau-né et du jeune enfant (moins de 5 ans)	60
5.1.3	Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent	67
5.1.4	Vieillesse et santé, y compris démence	69
5.2	Violence, traumatismes et incapacités	71
5.2.1	Violence et traumatismes, en particulier à l'égard des femmes, des filles et des enfants	71

5.2.2	Traumatismes dus aux accidents de la circulation	74
5.2.3	Incapacités, y compris la prévention de la cécité et de la surdité	75
5.3	Maladies non transmissibles	76
5.3.1	Charge des maladies non transmissibles	76
5.3.2	Principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles	78
5.3.2.1	Tabagisme	78
5.3.2.2	Sédentarité	81
5.3.2.3	Usage nocif de l'alcool	82
5.3.3	Surveillance et évaluation des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque	83
5.4	Maladies non transmissibles prioritaires	83
5.4.1	Diabète	83
5.4.2	Maladies cardiovasculaires et hypertension	84
5.4.3	Soins et services en cancérologie	86
5.4.4	Asthme et maladies respiratoires chroniques	89
5.5	Santé mentale et troubles liés à l'usage de substances psychoactives	90
5.5.1	Charge des troubles mentaux	90
5.5.2	Comblar les lacunes en matière de traitement	91
5.5.3	Troubles liés à l'usage de substances psychoactives	93
5.6	Double fardeau de la malnutrition	95
5.6.1	Situation nutritionnelle et enjeux	95
5.6.2	Approches stratégiques	100
5.7	Élimination et éradication des maladies transmissibles à fort impact	101
5.7.1	Amélioration de la couverture vaccinale	101
5.7.2	Éradication de la poliomyélite et plan de transition	104
5.8	Maladies transmissibles prioritaires	105
5.8.1	Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle	105
5.8.2	Maladies tropicales négligées	107
5.8.3	Tuberculose	109
5.8.4	VIH et sida	112
5.8.5	Hépatite virale	114
5.9	Résistance aux antimicrobiens	115
5.9.1	Élaboration de plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens	116
5.9.2	Surveillance de la résistance aux antimicrobiens, de leur utilisation et de leur consommation	117
5.9.3	Programmes de prévention et de contrôle des infections	119
5.9.4	Gestion des antimicrobiens et programmes de sensibilisation	120
5.10	Environnement, changement climatique et santé	121
5.10.1	Environnement et santé	121
5.10.2	Changement climatique et santé	125

6.	Autres domaines d'action prioritaires dans la Région	127
6.1	Migration et réfugiés	127
6.1.1	Réponse politique et législative à la santé des migrants et des réfugiés	127
6.1.2	Systèmes d'information sanitaires ouverts à tous	128
6.1.3	CSU et protection financière des migrants et des réfugiés	129
6.1.4	Protection de la santé et du bien-être de la femme, de l'enfant et de l'adolescent	129
6.1.5	Prise en compte des MNT et de la santé mentale, initiatives communautaires comprises	130
6.2	Cadres de vie sains et urbanisme	131
6.3	Rôle de la société civile, des organisations non gouvernementales et des réseaux	132
6.3.1	Organisations de la société civile	132
6.3.2	Participation communautaire et agents de santé communautaires	134
6.4	Déterminants sociaux de la santé et santé dans toutes les politiques	135
	Conclusion	137
	Références	140

Avant-propos

Les objectifs du Millénaire pour le développement et les objectifs de développement durable (ODD) qui leur ont succédé ont fait émerger de nouvelles possibilités pour améliorer sensiblement la situation sanitaire et le bien-être à l'échelle mondiale. Dans de nombreux pays, l'espérance de vie a augmenté en dépit de défis complexes et récurrents tels que la pauvreté, les inégalités, le changement climatique et les crises humanitaires prolongées.



Tel qu'énoncé dans le document intitulé *Vision 2023 : la santé pour tous et par tous dans la Région de la Méditerranée orientale – un appel à la solidarité et à l'action*, tous les pays de la Région se sont engagés à faire progresser la couverture sanitaire universelle et à promouvoir la santé pour tous afin d'éliminer la pauvreté, de protéger la planète et de faire en sorte que tous jouissent de la paix et de la prospérité. La triade formée par la pauvreté, les modes de vie malsains et la dégradation de l'environnement reste cependant un déterminant essentiel de la morbidité, de l'incapacité et de la mortalité. Le bon fonctionnement et la performance des systèmes de santé influent également sur l'état de santé des populations.

Dans notre Région, certains pays peinent encore à lutter contre les maladies infectieuses, tandis que d'autres sont davantage menacés par les maladies chroniques liées au mode de vie, telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires et les cancers. L'OMS continue d'aider les pays à mettre en place des systèmes de santé opérationnels et accessibles et s'attache à promouvoir la prise en compte de la santé dans toutes les politiques. Près des deux tiers des pays de la Région sont directement ou indirectement touchés par des crises. Du fait de leur ampleur, les conflits, les catastrophes naturelles et l'instabilité politique se traduisent par une souffrance humaine généralisée et posent des défis particuliers aux pays de la Région. Depuis le début de 2020, la Région est également touchée par l'épidémie actuelle de maladie à coronavirus (COVID-19). Celle-ci met à l'épreuve les systèmes de santé et a une incidence sur l'état de santé des populations. Elle montre aussi que le renforcement de la préparation des systèmes de santé ne concerne pas seulement les pays sujets aux situations d'urgence et qu'il s'agit d'une nécessité pour tous les pays, même ceux dont les systèmes de santé sont solides et bien établis.

Le présent document s'inspire des priorités stratégiques du treizième programme général de travail de l'OMS (treizième PGT), à savoir l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations tout au long de l'existence. Dans le contexte du treizième PGT et de la *Vision 2023*, ce profil offre l'occasion de revoir notre position en tant que Région et d'évaluer les opportunités et les défis à venir. Il vient également compléter les efforts actuellement déployés pour faire progresser l'utilisation de bases factuelles et de données issues de la recherche dans la prise de décisions.

Je me réjouis à la perspective de voir ce profil Santé et Bien-être régional mis à jour en 2023 pour montrer les progrès que nous aurons accomplis ensemble dans la réalisation du programme et des objectifs ambitieux de la *Vision 2023* et du treizième PGT.

Dr Ahmed Al-Mandhari

Directeur régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale

Préface

Le présent profil Santé et Bien-être de la Région de la Méditerranée orientale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) présente les réalisations, les défis et les initiatives aux niveaux régional et national.

Il s'articule autour des objectifs et des priorités stratégiques du treizième programme général de travail de l'OMS (treizième PGT), à savoir l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations tout au long de l'existence. Pour la première fois, la situation sanitaire de la Région ainsi que les progrès réalisés et les défis rencontrés sont évalués de manière exhaustive sur la base des données disponibles pour la période allant de janvier 2013 à octobre 2019. Le document met notamment en évidence les progrès accomplis dans l'établissement de rapports sur les indicateurs régionaux de base et les indicateurs des ODD relatifs à la santé, en mettant l'accent sur trois domaines principaux : 1) le suivi des déterminants de la santé et des risques sanitaires ; 2) l'évaluation de l'état de santé, y compris la morbidité et la mortalité par cause spécifique ; et 3) l'évaluation de la réponse du système de santé.

La première moitié de ce document donne un aperçu de la situation sanitaire actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale. Les thèmes couverts comprennent la couverture sanitaire universelle, les situations d'urgence sanitaire, la promotion de la santé tout au long de la vie et d'autres domaines d'action prioritaires pour la Région. On y aborde également les principaux défis rencontrés et les principaux facteurs influant sur la santé, ainsi que la situation et les tendances sanitaires des dernières années.

Ce document s'appuie sur des données tirées de sources multiples, notamment les chiffres fournis par les États Membres de l'OMS, les plus récentes éditions des Statistiques sanitaires mondiales, les données de l'Observatoire mondial de la santé de l'OMS et des estimations mises au point par des institutions des Nations Unies, dont l'OMS. La plupart des données ont été recueillies entre 2013 et 2019, mais quelques indicateurs reposent sur des données obtenues entre 2007 et 2015.

Remerciements

Le profil Santé et Bien-être de la Région de la Méditerranée orientale 2019 a été établi sous la direction générale et la supervision technique d'Arash Rashidian (Directeur, Science, Information et Diffusion des savoirs, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale). Les principaux auteurs étaient Mahshid Taj (consultant international) et Henry V. Doctor, Coordonnateur, Systèmes d'information pour la santé, Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale).

Rana Hajjeh (Directrice de la gestion des programmes) a apporté un soutien et des conseils généraux. Parmi les contributeurs des départements techniques du Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale, l'on peut citer (par ordre alphabétique) : **Science, Information et Diffusion des savoirs** : Eman Abdelkreem Aly, Azza Mohamed Badr, Ahmed Mandil et Rokaya Nassar (ancienne stagiaire). **CSU/Systèmes de santé** : Adham Abdel Moneim (ancien Conseiller régional, Dispositifs sanitaires et biomédicaux), Hala Abou Taleb, Adi Al-Nuseirat, Ali Ardalan, Ilker Dastan, Feyith Gulin Gedik, Faraz Khalid, Reza Majdzadeh, Houda Langar, Mondher Letaief, Awad Mataria, Arwa Oweis, Hamid Ravaghi, Hassan Salah, Sebastian van Gilst et Gohar Wajid. **CSU/Maladies non transmissibles** : Fatimah El-Awa, Ayoub Al-Jawaldeh, Heba Fouad, Charles Fraser, Asmus Hammerich, Khalid Saeed et Slim Slama. **CSU/Maladies transmissibles** : Muhammad Akhtar, Hoda Atta, Kenza Bennani, Kamal Fahmy, Joumana Hermez, Yvan Hutin, Frank Konings, Mona Osman, Ahmed Sabry, Maha Talaat, Nadia Teleb, Sara Tolba, Supriya Warusavithana, Ghasem Zamani et Bassim Zayed. **Amélioration de la santé des populations** : Jamela Al-Raiby, Ahmed Basel Al-Yousfi, Hala Sakr Ali, Maha El-Adawy, Samar Elfeky, Karima Gholbzouri, Wasiq Khan, Ramez Mahaini, Mazen Malkwai et Khalid Siddeeg. **Bureau du Directeur régional** : Ruth Mabry, **Situations d'urgence sanitaire** : Abdinasir Abubakar, Alaa Abouzeid, Richard Brennan et Tonia Rifaey. **Relations extérieures et communication** : Misbah Sheikh.

Sigles et abréviations

AA-HA!	Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents
BPCO	bronchopneumopathie chronique obstructive
CCG	Conseil de Coopération du Golfe
CIM	Classification internationale des maladies
CSU	couverture sanitaire universelle
DALY	années de vie ajustées sur l'incapacité
DTC	diphtérie-tétanos-coqueluche
EEC	évaluation externe conjointe
GLASS	Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens
GOARN	Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie
HCR	Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés
MNT	maladies non transmissibles
ODD	objectif de développement durable
OIM	Organisation internationale pour les migrations
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU-Femmes	Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes
PCI	prévention et contrôle des infections
PFA	paralysie flasque aiguë
PIB	Produit intérieur brut
PVDVc	poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale
RSI (2005)	Règlement sanitaire international (2005)
STEPS	approche STEPwise de la surveillance de l'OMS
TDR	programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales

TMM	taux de mortalité maternelle
Treizième PGT	treizième programme général de travail, 2019-2023
UNFPA	Fonds des Nations Unies pour la population
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'enfance
UNRWA	Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient
WASH	eau, assainissement et hygiène

Résumé d'orientation

Santé et objectifs de développement durable

À l'échelle mondiale, les pays ont réalisé des progrès importants dans le domaine de la santé ; toutefois, des menaces complexes et interdépendantes subsistent, notamment la pauvreté, les inégalités, les conflits et le changement climatique. Le treizième programme général de travail (treizième PGT) s'appuie sur les ODD pour définir les orientations stratégiques de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) pour la période 2019-2023. Le treizième PGT décrit également la façon dont les programmes seront mis en œuvre et fournit un cadre pour mesurer les progrès. L'impact dans les pays est au cœur du programme et s'inscrit dans la mission de l'OMS consistant à promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables. Le treizième PGT s'articule autour de trois grandes priorités stratégiques interdépendantes destinées à garantir une vie en bonne santé et le bien-être pour tous à tout âge, à savoir l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations. Ces priorités sont liées à trois objectifs ambitieux : un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU, un milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire et un milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être.

La Région de la Méditerranée orientale en bref

La Région OMS de la Méditerranée orientale abrite près de 9 % de la population mondiale. Elle fait face à des crises humanitaires prolongées qui ont entraîné le déplacement forcé de millions de personnes, l'affaiblissement des systèmes de santé et la réémergence de maladies évitables par la vaccination. Dans cinq pays, plus de 25 % de la population vit en dessous du seuil international de pauvreté. L'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé dans la Région sont inférieures aux moyennes mondiales. En 2016, l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé moyennes dans la Région étaient estimées à 69,1 ans et 59,7 ans, respectivement, contre 72,0 ans et 63,3 ans à l'échelle mondiale.

Instauration de la CSU

L'OMS utilise l'indice de couverture des services de la CSU pour mesurer la proportion de la population qui a accès aux services de santé essentiels. Selon les derniers chiffres disponibles, la couverture dans la Région de la Méditerranée orientale est bien inférieure à la moyenne mondiale. Au niveau mondial, l'indice CSU est

de 64 (sur 100), tandis que la moyenne pondérée pour la Région est de seulement 53. On rapporte de graves lacunes en matière de gouvernance : près de la moitié des pays de la Région n'ont pas encore pris des mesures pour renforcer les capacités de gouvernance en vue de réaliser la CSU. Les pays qui se sont dotés de politiques et de stratégies doivent quant à eux suivre de près leur mise en œuvre et les réviser si nécessaire. La Région investit peu dans la santé : alors qu'elle abritait près de 9 % de la population mondiale en 2015, elle représentait moins de 2 % des dépenses de santé mondiales. En outre, les dépenses de santé publique ne représentent qu'une faible proportion des dépenses de santé courantes – environ 50 % pour la période 2000-2015 –, ce qui signifie que de nombreuses personnes sont contraintes d'effectuer d'importants paiements directs et se heurtent ainsi souvent à des difficultés financières.

De nombreux pays s'efforcent d'élargir la couverture de services en créant des paniers de prestations prioritaires pour la CSU et en renforçant la prestation de services par le système de soins de santé primaires. Toutefois, 12 pays de la Région, dont quatre à revenu élevé, comptent moins d'un établissement de soins de santé primaires pour 10 000 habitants. De même, les efforts visant à renforcer la médecine familiale, améliorer la qualité et la sécurité des soins de santé et tirer parti de l'important secteur privé de la Région pour atteindre la CSU sont actuellement insuffisants dans la plupart des pays.

Chaque année, les pays communiquent à l'OMS des données sur 75 indicateurs sanitaires régionaux de base. Dans 17 pays, la notification sur les indicateurs de base est comprise entre 76 et 95 %, tandis que, dans les cinq autres pays, ce chiffre est compris entre 62 et 75 %. En moyenne, la notification sur les indicateurs de base a augmenté de 15 % au niveau régional sur la période 2014-2018. Tous les pays à l'exception de la Somalie disposent de systèmes d'enregistrement des décès, la couverture atteignant 90 % ou plus dans la moitié des pays. Le taux moyen d'exhaustivité des données sur les causes de décès dans la Région est de 32 %, contre un taux mondial de 49 %. Tous les pays de la Région disposent de systèmes d'enregistrement des naissances. La couverture de l'enregistrement de tels événements est supérieure à 90 % dans 14 pays, mais inférieure à 70 % dans les pays à faible revenu.

La Région connaît de graves pénuries de personnels de santé. Plus de la moitié des pays de la Région se situent en deçà du seuil minimum de 44,5 médecins, personnels infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants. Sept pays ne disposent pas de la densité minimale de 23 médecins, personnels infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants nécessaire pour assurer les interventions sanitaires de base. Les problèmes sont exacerbés par le nombre élevé d'attaques perpétrées contre les agents de santé et les établissements de santé dans certains pays : en 2018, les agents de santé de la Région ont été visés par 725 attaques qui ont fait 137 morts.

La plupart des pays à revenu faible et intermédiaire de la Région connaissent des pénuries de médicaments essentiels, tant dans les établissements publics que privés. Les prestations de services et les mécanismes de réglementation concernant les technologies d'assistance sont inadéquats ou inexistantes dans de nombreux pays. Quant à l'accès aux dispositifs médicaux, il est extrêmement limité dans les pays à revenu faible et intermédiaire, voire dans certains pays à revenu élevé.

Les résultats de la recherche liée à la santé ont sensiblement progressé ces dernières années, mais ils sont inégalement répartis et dépendent fortement de quelques pays. Parmi les principales catégories de recherche, on peut trouver, dans l'ordre, la recherche en santé publique, la recherche sociale/comportementale et la recherche clinique/expérimentale. Étant donné les interactions limitées entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques, il est rare que les connaissances produites donnent lieu à des politiques fondées sur des bases factuelles.

Situations d'urgence sanitaire

En 2018, sur les 131,7 millions de personnes ayant besoin d'aide au niveau mondial, 70,2 millions (53,3 %) vivaient dans la Région. Fin 2018, plus de 37 millions (46 %) des 80 millions de personnes touchées par des conflits, des guerres et des catastrophes naturelles étaient originaires de pays de la Région. Dix-neuf flambées majeures de maladies émergentes et de maladies à potentiel épidémique sont survenues ou ont persisté dans 12 pays de la Région en 2018, et neuf pays faisaient encore face à des situations d'urgence sanitaire classées.

Les évaluations externes conjointes (EEC) permettent aux pays d'évaluer leur capacité à prévenir, détecter et répondre rapidement aux menaces de santé publique. Dix-sept pays de la Région ont effectué des EEC en 2019. Le score général moyen des EEC pour les 19 domaines techniques était de 3, ce qui signifie que la Région dispose d'une « capacité développée ».

La préparation à la riposte aux flambées épidémiques a été renforcée par la mise en place du Réseau d'alerte précoce et de réponse dans sept pays aux prises avec des situations d'urgence prolongées. Le Réseau régional de laboratoires travaillant sur les agents pathogènes émergents et dangereux a été créé en 2017 afin de mettre en place des laboratoires de haute sécurité pour la détection, la prise en charge et l'endiguement en temps opportun des flambées. Des campagnes de vaccination de masse contre le choléra, la fièvre jaune et la diphtérie ont été menées dans les zones à haut risque pour prévenir les épidémies dans les pays vulnérables.

L'OMS continue de renforcer le système de gestion des incidents et le Centre d'opérations d'urgence régional afin de pouvoir intervenir en temps opportun dans les situations d'urgence humanitaire. Les partenariats opérationnels actifs dans la Région comprennent le groupe sectoriel mondial pour la santé, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et l'initiative des équipes médicales d'urgence. La fourniture de services de santé et de médicaments d'importance vitale reste une priorité absolue ; en 2018, près de 75 % des fournitures médicales de l'OMS au niveau mondial étaient destinées à la Région. Les capacités en matière de santé mentale et de services de soutien psychosocial sont renforcées afin de venir en aide au nombre croissant de personnes souffrant de troubles mentaux dus à des conflits. Les services de réadaptation doivent aussi être intégrés dans la planification des interventions ; les incapacités peuvent de fait augmenter durant les situations d'urgence en raison de blessures, de soins médicaux élémentaires de mauvaise qualité ou de systèmes de santé et de soutien défaillants.

Les pays en transition doivent se préparer à une baisse progressive de la contribution des donateurs. Ils devraient par ailleurs mettre l'accent sur les initiatives communautaires afin de fournir des services accessibles et abordables. En 2018, le Laboratoire Systèmes de santé dans les situations d'urgence a été créé dans la Région afin d'améliorer la résilience des systèmes de santé en intégrant leur renforcement à la préparation aux situations d'urgence, à la riposte et au relèvement. En outre, l'OMS a élaboré des orientations en vue de fournir un appui technique aux pays pendant la phase progressive de relèvement post-crise.

Promotion de la santé tout au long de la vie

Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et vieillissement

La Région a réalisé des progrès dans la mise en œuvre des cibles des ODD relatives à la santé maternelle et infantile, mais il existe d'importantes variations entre les pays. Le taux de fécondité total varie de 1,8 à 6,4 dans les pays, et la proportion de femmes dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits est comprise entre 33,3 et 81 %. Le taux de fécondité des adolescentes de la Région est de 44,5 pour 1000 filles (15 à 19 ans), ce qui est supérieur à la moyenne mondiale. Entre 1990 et 2017, le taux de mortalité maternelle (TMM) a diminué de 50 % dans la Région. Il s'est établi à 166 décès pour 100 000 naissances vivantes, contre 216 pour le taux mondial. Toutefois, dans certains pays à faible revenu, le TMM est nettement plus élevé ou a connu une hausse. Neuf pays sur 22 ne sont pas en voie d'atteindre la cible mondiale pour 2030.

On estime que 800 000 enfants de moins de 5 ans, dont plus de 54 % étaient des nouveau-nés, sont décédés dans la Région en 2017. Le taux de mortalité néonatale est plus élevé dans la Région qu'à l'échelle mondiale, ce qui indique une faible couverture des interventions essentielles comme la présence de personnel qualifié à l'accouchement. Malgré les taux élevés enregistrés dans certains pays, plus de 60 % des pays de la Région ont réussi à réduire la mortalité néonatale et la mortalité des moins de 5 ans, comme prévu dans la cible fixée pour les ODD à l'horizon 2030.

Le taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 9 ans a diminué, passant de 158 décès pour 100 000 enfants en 2000 à 96 décès pour 100 000 enfants en 2016. Il s'agit de la baisse la plus lente enregistrée pour ce groupe d'âge parmi les Régions de l'OMS. Les données disponibles sur l'état de santé des adolescents dans la Région révèlent des tendances inquiétantes : le taux de mortalité des jeunes adolescents (10-14 ans) est passé de 76 à 89 décès pour 100 000 habitants entre 2000 et 2016 et le taux de mortalité des adolescents plus âgés (15-19 ans), qui s'est établi à 134 décès pour 100 000 habitants en 2016, est le deuxième plus élevé au monde.

Conformément aux tendances mondiales, la part de la population régionale âgée de 60 ans et plus augmente ; elle représentait près de 7 % de la population totale en 2017. La plupart des personnes âgées sont soignées à domicile, ce qui fait peser sur les familles une charge mentale et économique considérable, en particulier du fait de l'augmentation de la prévalence de la démence et de l'absence d'établissements de soins spécialisés dans la Région.

Violence, traumatismes et incapacités

La Région enregistre la deuxième prévalence la plus élevée (37 %) de femmes en couple ayant subi des violences exercées par leur partenaire intime au cours de leur vie. Le taux de mortalité par homicide est de 6,8 pour 100 000 habitants dans la Région, contre une moyenne mondiale de 6,4. Le nombre de décès directs dus à des conflits majeurs est estimé à 24,1 pour 100 000 habitants, soit environ 10 fois le taux mondial (2,5) et significativement plus que dans d'autres Régions de l'OMS.

Près de 9 % des décès mondiaux causés par les accidents de la circulation ont lieu dans la Région. En 2016, le taux de décès dus aux accidents de la circulation était de 18 pour 100 000 habitants. Les victimes des accidents de la circulation sont principalement des hommes et 80 % des décès surviennent dans les pays à revenu intermédiaire. Une application plus stricte des lois sur la sécurité routière et une meilleure collecte de données sur le comportement des usagers de la route sont nécessaires pour faire face à ce problème de santé publique majeur, mais évitable.

La Région abrite environ 100 millions de personnes handicapées. La prévalence du handicap enregistrée dans les pays varie entre 0,4 et 4,9 %. Près de 4,9 millions de personnes sont atteintes de cécité ; 18,6 millions souffrent d'une faible vision ; 23,5 millions sont atteintes d'une déficience visuelle ; et au moins 10,7 millions de personnes présentent une perte auditive incapacitante. Seize pays ont élaboré des plans d'action quinquennaux sur la santé oculaire ou révisé des plans d'action existants. Une analyse de situation sur la santé auditive a été menée et quelques pays ont mis au point des plans nationaux sur les soins de l'oreille et de l'audition. Un appui est cependant nécessaire pour que les politiques puissent se traduire par des actions programmatiques.

Maladies non transmissibles et santé mentale

Les MNT sont la principale cause de mortalité dans tous les pays de la Région sauf un ; elles ont été responsables de 2,6 millions de décès en 2016. La probabilité de mourir entre exactement 30 et 70 ans des quatre principales MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques) est de 22 % dans la Région, ce qui la place au deuxième rang des Régions de l'OMS. Le cadre d'action régional sur les MNT offre une feuille de route pour réduire les décès prématurés dus aux MNT ; cependant, 60 % des pays ne satisfont qu'à un tiers des indicateurs de progrès établis dans ce document.

Les principaux facteurs de risque des MNT incluent le tabagisme, la sédentarité et l'usage nocif de l'alcool. Chez les personnes âgées de 15 ans et plus, la prévalence régionale du tabagisme standardisée en fonction de l'âge est de 19,3 %, ce qui est inférieur à la moyenne mondiale. À l'exception du Maroc et de la Somalie, tous les pays sont Parties à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac, et six pays sont Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Toutefois, très peu de pays de la Région ont pleinement mis en œuvre les principales mesures de lutte nécessaires pour réduire le tabagisme.

La prévalence de la sédentarité est de 44,5 % dans la Région ; conformément à la tendance mondiale, elle est plus élevée chez les femmes. Seuls 16 % des adolescents respectent la recommandation mondiale qui préconise la pratique d'au moins 60 minutes d'activité physique quotidienne cinq fois ou plus par semaine. La consommation d'alcool dans la population adulte est de 0,6 litre par habitant, soit seulement un dixième du taux mondial ; cependant, environ 71 % de la consommation d'alcool dans la Région n'est pas enregistrée. La plupart des pays ne disposent pas de services spécialisés dans les troubles liés à la consommation d'alcool et la dépendance à l'égard de l'alcool.

On estime que 54 % des décès dus aux MNT dans la Région sont dus aux maladies cardiovasculaires. En 2015, plus de 1,3 million de personnes sont décédées des suites d'une maladie cardio-vasculaire. Ce chiffre représente environ un tiers des décès enregistrés dans la Région. Environ 43 millions de personnes vivent avec le diabète et un adulte sur quatre souffre d'hypertension. Pour réduire les taux de mortalité due aux maladies cardiovasculaires, il faut absolument agir sur les facteurs de risque de ces maladies et mettre en œuvre l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires.

Le cancer tue près de 400 000 personnes chaque année dans la Région. Le cancer du sein est la première cause de mortalité par cancer (42 000 décès), suivi du cancer du poumon (29 000 décès). L'incidence de tous les types de cancer varie d'un pays à l'autre, comprise entre 76 et 243 cas pour 100 000 personnes. Les taux de survie au cancer sont relativement faibles dans la Région, car les patients consultent généralement à un stade avancé de la maladie. Des efforts doivent être déployés pour améliorer le diagnostic et le dépistage précoces, accroître l'accès au traitement, élaborer des lignes directrices pour la prise en charge du cancer et étendre les services de soins palliatifs.

Les données sur la situation de l'asthme et des maladies respiratoires chroniques dans la Région sont insuffisantes. Cependant, les estimations indiquent qu'environ 8 % de la population souffre d'asthme et que la prévalence augmente, en particulier dans les pays à revenu élevé. La bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) semble être plus prévalente dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Pour réduire et contrôler la prévalence de la BPCO, il faut agir sur les facteurs de risque tels que le tabagisme et l'exposition à la fumée à l'intérieur des habitations au moyen d'initiatives politiques et sociales et d'initiatives de santé publique.

En 2015, 10,7 millions d'années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) ont été perdues dans la Région en raison des troubles mentaux. Les troubles dépressifs et les troubles anxieux sont hautement prévalents, en particulier dans les pays touchés par des situations d'urgence. On estime que plus de 90 % des personnes souffrant de troubles mentaux dans la Région ne reçoivent pas le traitement dont elles ont besoin. Le taux de mortalité par suicide standardisé en fonction de l'âge était de 4,3 pour 100 000 habitants en 2016, soit un taux inférieur à ceux enregistrés dans les autres Régions de l'OMS. Comme c'est le cas ailleurs dans le monde, le taux de mortalité par suicide est environ 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

La Région fait face au double fardeau de la malnutrition, à savoir la présence simultanée de la dénutrition ainsi que du surpoids, de l'obésité ou d'autres MNT liées à l'alimentation. Environ 25 % des enfants souffrent de retard de croissance et 7,8 % d'émaciation, des taux supérieurs aux moyennes mondiales. Les données montrent une forte prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents. Dans la majorité des pays, quel que soit leur niveau de revenu, plus de la moitié des adultes sont en surpoids. En octobre 2019, le Comité régional a approuvé la *Stratégie sur la nutrition dans la Région de la Méditerranée orientale pour la période 2020-2030*. Ce document fournit un cadre aux efforts visant à atteindre les cibles des ODD portant sur la nutrition et sur les MNT liées à l'alimentation et guide la mise en œuvre dans la Région de la Décennie d'action des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) pour les années restantes.

Élimination et éradication des maladies transmissibles à fort impact

La Région a réalisé des progrès dans l'élimination des maladies évitables par la vaccination ; elle maintient une couverture vaccinale de 80 %. Quatorze pays ont atteint une couverture de 90 % pour la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC 3). On estime toutefois que 3,2 millions d'enfants de moins d'un an n'ont pas reçu le DTC 3 en 2017. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été réalisée dans tous les pays sauf cinq. Dans 12 pays, la couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole était de 95 % ou plus en 2018. Une deuxième dose systématique a été administrée dans 21 pays avec une couverture qui, à 69 %, est supérieure au taux mondial. Le taux d'incidence de la rougeole dépasse cependant les 100 cas pour un million d'habitants dans six pays de la Région. Plusieurs nouveaux vaccins ont été introduits, dont le vaccin contre *Haemophilus influenzae* type b et le vaccin antipoliomyélique inactivé (tous les pays), le vaccin antipneumococcique conjugué (17 pays) et le vaccin antirotavirus (14 pays).

La transmission du poliovirus sauvage n'a jamais été aussi faible dans la Région : elle se limite à quelques zones en Afghanistan et au Pakistan. La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) a permis d'identifier près de 23 000 cas en 2018, soit une augmentation de 43 % par rapport à 2016. Vingt pays ont atteint l'indicateur clé de surveillance concernant le taux de PFA non poliomyélique (2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans). Une surveillance environnementale est mise en place dans neuf pays afin de détecter précocement les poliovirus circulants dérivés d'une souche vaccinale, en particulier dans les zones touchées par des situations d'urgence et les zones difficiles d'accès. Des activités de vaccination supplémentaires sont en cours dans les deux pays d'endémie et dans six pays à risque. Quatre pays de la Région (Afghanistan, Pakistan, Somalie et Soudan) font partie des 16 pays qui ont été identifiés prioritaires à l'échelle mondiale pour la planification de la transition post-éradication. Quatre autres pays (Iraq, Libye, République arabe syrienne et Yémen) sont considérés comme des priorités par la Région pour l'élaboration d'un plan de transition.

D'importants progrès ont été réalisés sur la voie de l'élimination du paludisme, et 14 pays de la Région en sont désormais exempts. La population exposée au risque de paludisme s'élève à 295 millions de personnes ; environ les deux tiers d'entre

elles vivent au Pakistan. En 2018, la Région a fait état de plus de 5 millions de cas présumés et confirmés de paludisme, parmi lesquels près de 2,2 millions ont été confirmés. Le nombre estimé de décès liés au paludisme était de 8 300 en 2017, parmi lesquels 1627 étaient des cas confirmés déclarés (en hausse par rapport à 2015). Les efforts d'élimination sont entravés par les flambées d'autres maladies à transmission vectorielle, l'insuffisance des investissements dans les programmes de lutte, les changements dans l'éco-épidémiologie du paludisme et la résistance croissante aux insecticides. Les principaux documents qui orientent la lutte contre le paludisme comprennent le Plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020 et le Plan d'action régional 2019-2023 pour la mise en œuvre de l'*Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030* de l'OMS.

En 2017, le nombre de personnes ayant besoin d'interventions contre les maladies tropicales négligées dans la Région était d'environ 7,5 millions. La Région met l'accent sur l'éradication ou l'élimination de cinq maladies tropicales négligées : la dracunculose, l'onchocercose, la schistosomiase, la filariose lymphatique et le trachome. Quatre pays mettent en œuvre la stratégie CHANCE (chirurgie, antibiothérapie, nettoyage du visage et changements de l'environnement) pour lutter contre le trachome et l'éliminer. À l'exception du Soudan, tous les pays de la Région sont certifiés exempts de transmission de dracunculose et de filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. En 2018, la Région concentrait 70 % des cas de leishmaniose cutanée signalés dans le monde ; elle était aussi la plus fortement touchée par la leishmaniose viscérale.

En 2018, l'incidence de la tuberculose était de 115 pour 100 000 habitants dans la Région, ce qui est inférieur au taux mondial de 132. Au cours de l'année 2018, ce sont 537 761 cas de tuberculose qui ont été notifiés sur un total estimé à 810 000 cas, ce qui représente un taux de couverture thérapeutique de 65 %. Cinq pays supportent 91 % de la charge de morbidité tuberculeuse dans la Région, la majeure partie étant supportée par le Pakistan. En 2018, le nombre de cas de tuberculose multirésistante dans la Région a été estimé à environ 38 000, dont seulement 4566 (12 %) ont été mis sous traitement. Des taux de guérison de 92 % et de 62 % ont cependant été atteints respectivement pour les cas de tuberculose pharmacosensible et de tuberculose pharmacorésistante. Ce sont les taux les plus élevés enregistrés dans les Régions de l'OMS.

La prévalence du VIH est faible dans la Région, même si l'épidémie progresse plus rapidement que dans d'autres Régions de l'OMS. Le nombre de personnes vivant avec le VIH est de 400 000, avec 41 000 nouvelles infections par le VIH et 15 000 décès en 2018 (soit une augmentation de 32 % et 63 % respectivement depuis 2010). Plus de 95 % des nouvelles infections qui surviennent dans la Région touchent les principaux groupes de population à risque. Seules 32 % des personnes vivant avec le VIH ont reçu un diagnostic, ce qui témoigne d'un accès limité au dépistage. La couverture par le traitement antirétroviral dans la Région est faible (21 %). Elle est particulièrement faible dans les pays à plus forte charge de morbidité. Pour améliorer l'accès au traitement, la première et la plus importante des réponses consiste à élargir la couverture des services de dépistage du VIH ciblés.

En 2016, la prévalence globale de l'antigène de surface de l'hépatite B dans la Région était de 3,3 %, ce qui veut dire qu'environ 21 millions de personnes présentaient une infection chronique. La couverture régionale par la dose de vaccin anti-hépatite B administrée à la naissance est passée de 27 % en 2016 à 33 % en 2018, mais ce taux reste relativement faible. La Région enregistre la plus forte prévalence du virus de l'hépatite C dans le monde (2,3 %), ce qui représente environ 15 millions de personnes ayant une infection chronique. L'incidence de l'hépatite C est de 62,5 pour 100 000, soit presque le triple du taux mondial (23,7). Douze pays de la Région disposent de plans nationaux de prévention et de lutte contre l'hépatite virale.

Résistance aux antimicrobiens

La résistance aux antimicrobiens est un problème de santé publique majeur dans la Région. Cela est dû à l'inadéquation de la réglementation, à l'insuffisance des politiques, à la méconnaissance du public et à l'absence de systèmes nationaux de surveillance. La plupart des pays ont maintenant élaboré des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens qui sont alignés sur le plan mondial et intègrent une approche « Un monde, une santé ». Dix-huit pays sont inscrits sur la plateforme du système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) et 15 d'entre eux ont transmis des données sur ce phénomène en réponse à l'appel de données pour 2019. L'OMS aide quatre pays à mettre en place des systèmes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens, et des évaluations sur site de laboratoires nationaux de référence ont été effectuées dans sept pays. Des données sur l'état d'avancement des programmes nationaux de prévention et de contrôle des infections (CPI) ont été recueillies dans 19 pays à l'aide de l'outil-cadre OMS d'évaluation PCI.

Environnement, changement climatique et santé

Les facteurs de risque environnementaux tels que la pollution atmosphérique, la pollution de l'eau et du sol, les mauvaises conditions d'hygiène et le manque de services d'assainissement, l'exposition aux produits chimiques, les changements climatiques et les rayonnements contribuent à plus de 100 types de maladies et de traumatismes. La charge est particulièrement élevée chez les enfants : on estime que 26 % des décès d'enfants pourraient être évités par la réduction des facteurs de risque environnementaux. Plus de 98 % de la population urbaine de la Région vit dans des endroits où l'air est pollué, régulièrement exposée à un air contenant des quantités de polluants jusqu'à 12 fois supérieures aux niveaux recommandés par l'OMS. Les projections laissent penser que la Méditerranée orientale sera la deuxième Région la plus touchée par le changement climatique. On prévoit notamment une diminution de 50 % des ressources hydriques renouvelables d'ici à 2050. En 2017, le Comité régional a approuvé un cadre d'action sur le changement climatique et la santé dans la Région (2017-2021). À ce jour, huit pays ont élaboré des plans d'action nationaux en vue de sa mise en œuvre.

Autres domaines d'action prioritaires dans la Région

L'OMS élabore un cadre régional pour 2019-2023 visant à intégrer la santé des réfugiés et des migrants dans toutes les politiques. Certains pays de la Région ont déjà pris des mesures législatives et des mesures politiques de haut niveau pour promouvoir la santé et le bien-être des migrants et des réfugiés. D'autres renforcent leurs systèmes d'information afin de recueillir des données fiables sur la situation sanitaire et la prestation de services aux réfugiés. Des efforts ont été déployés dans sept pays pour garantir aux réfugiés et aux migrants un accès équitable aux services de santé, médicaments et vaccins essentiels, ainsi qu'une protection financière. On rapporte par ailleurs de nombreuses initiatives communautaires dans les domaines de la promotion de la continuité des soins et de la lutte contre les MNT et les problèmes de santé mentale au sein des communautés de migrants et de réfugiés.

En 2012, la Région a créé un réseau régional de villes-santé pour s'attaquer aux problèmes auxquels se heurtent les villes, notamment l'insuffisance de l'approvisionnement en eau et des services d'assainissement, la pollution, le surpeuplement, les modes de vie sédentaires, les maladies infectieuses, les MNT, le chômage et la violence. Ces dernières années, un nouvel élan a été insufflé au programme des villes et villages-santé, notamment dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe et en République islamique d'Iran.

Les organisations de la société civile, dont le rôle dans le contexte multiculturel de la Région est de plus en plus accepté, peuvent servir d'intermédiaires pour véhiculer des messages de promotion de la santé adaptés, et notamment des messages tenant compte des différences entre les sexes. Les organisations de la société civile s'efforcent de pallier la pénurie de personnels de santé et d'offrir aux populations déplacées des services de prévention et de prise en charge des MNT. Treize pays disposent déjà d'un programme concernant les agents de santé communautaires. L'OMS s'emploie par ailleurs à renforcer les interventions communautaires au moyen de lignes directrices et d'outils fondés sur des bases factuelles. Elle a notamment conçu un module de formation sur la promotion de la santé et du développement à domicile du nouveau-né, du nourrisson et de l'enfant à l'intention des agents de promotion de la santé au niveau communautaire.

Il existe des exemples d'initiatives réussies en faveur de l'adoption de la santé dans toutes les politiques dans la Région. Plusieurs pays ont par ailleurs tenu compte des déterminants sociaux de la santé au moment d'élaborer leurs programmes dans le domaine de la santé. Pour progresser à cet égard, l'OMS a créé, en 2019, une Commission régionale des déterminants sociaux de la santé ayant pour mandat de formuler des recommandations pragmatiques reposant sur des bases factuelles en vue de réduire les inégalités en santé. En agissant sur les déterminants sociaux de la santé au moyen de l'approche de la santé dans toutes les politiques, on pourra contribuer à la mise en œuvre de la *Vision 2023* et à l'accélération des progrès en vue de la réalisation des ODD.

1. Santé et objectifs de développement durable

1.1 Programme de développement durable à l'horizon 2030

Dans la Constitution de l'OMS, on définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social », en précisant qu'elle « ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». À l'échelle mondiale, on rapporte une amélioration significative de la santé et du bien-être depuis 1990, parallèlement au développement économique et social croissant et à la réduction de la pauvreté et des inégalités. Ces progrès se traduisent par une augmentation de l'espérance de vie dans de nombreux pays du monde. Cependant, des problèmes complexes tels que la pauvreté, les inégalités (sociales, politiques, économiques et entre les sexes), le changement climatique, les conflits sociaux et politiques et les guerres continuent de menacer sérieusement la santé et la sécurité de millions de personnes ainsi que leur environnement. Les maladies transmissibles restent un problème de santé publique majeur, notamment avec l'émergence de la résistance aux antimicrobiens ; parallèlement, la charge des MNT, y compris les troubles mentaux et les troubles liés à l'usage de substances psychoactives, est en hausse. Les complications pendant la grossesse et l'accouchement continuent de faire des victimes. Il est devenu plus compliqué de résoudre tous ces problèmes en raison du nombre croissant de migrants et de personnes déplacées.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté en 2015 par tous les États Membres des Nations Unies, invite tous les pays à prendre d'urgence des mesures visant à mettre fin à la pauvreté, promouvoir la paix mondiale, réduire les inégalités et stimuler la croissance économique, tout en s'attaquant au changement climatique et à d'autres risques pour l'environnement. Le Programme 2030 comprend 17 ODD et 169 cibles qui visent ultimement à garantir la paix, la prospérité et le bien-être pour tous (1). Le cadre mondial d'indicateurs relatifs aux ODD présente quant à lui 232 indicateurs permettant de suivre les progrès accomplis dans la réalisation des cibles. Ces indicateurs sont révisés chaque année par la Commission de statistique des Nations Unies (2).

La santé et le bien-être sont au cœur du programme des ODD. L'ODD 3 met plus particulièrement l'accent sur la santé. Il vise ainsi à « permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge », conformément à la définition de la santé énoncée dans la Constitution de l'OMS. L'ODD 3 comprend 13 cibles et 26 indicateurs de suivi des progrès (ou de l'absence de progrès) qui permettent aux pays d'intensifier leurs efforts ou de revoir leurs plans nationaux en l'absence de progrès. Les pays et les entités régionales doivent absolument aligner leurs stratégies et leurs objectifs sanitaires sur les ODD, car les programmes isolés sont contre-productifs et constituent un gaspillage de ressources.

L'ODD 3 est étroitement lié aux autres ODD concernant la pauvreté, la faim, l'éducation, l'égalité des sexes, l'eau et l'assainissement, la croissance économique, les inégalités, la sûreté des villes, les changements climatiques et les partenariats. La relation bidirectionnelle entre la santé et ces autres domaines rend les progrès réalisés dans chacun d'eux bénéfiques pour les autres. Les ODD définissent des questions transversales (la plus importante étant la couverture sanitaire universelle) et mettent l'accent sur la gouvernance de la santé et la santé dans la gouvernance. Par conséquent, le secteur de la santé doit non seulement renforcer son système de gouvernance, il doit aussi adopter une approche proactive pour plaider en faveur de l'inclusion de la santé dans toutes les sphères politiques, ce qui est l'essence même de l'approche de la santé dans toutes les politiques (3, 4).

1.2 Treizième programme général de travail de l'OMS

Le treizième programme général de travail de l'OMS (2019-2023) est fondé sur le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Il témoigne d'un engagement envers l'ODD 3 et tous les autres ODD relatifs à la santé (5). Le treizième PGT vise à aider tous les pays, quel que soit leur niveau de développement, à améliorer leur santé, agir sur les déterminants de la santé et répondre aux défis sanitaires. Il tient compte du fait que, selon leur niveau de développement, les pays ont besoin de différents types d'aides et d'interventions.

Dans le contexte des ODD, le treizième PGT présente la vision de l'OMS telle qu'elle ressort de l'article 1 de la Constitution de l'Organisation, à savoir : « un monde dans lequel tous les peuples atteignent le niveau de santé et de bien-être le plus élevé possible. » Il résume également la mission de l'OMS, qui consiste à promouvoir la santé, préserver la sécurité mondiale et servir les populations vulnérables. En fondant le treizième PGT sur les ODD, l'OMS s'est engagée à ne laisser personne de côté. Dans ce contexte, toutes les actions de l'OMS reposent sur la mise en œuvre d'approches de la santé fondées sur l'égalité des sexes, l'équité et les droits qui permettent de renforcer la participation et la résilience des communautés et de leur donner les moyens d'agir. L'OMS veillera à garantir le droit à la santé des personnes handicapées, des groupes marginalisés ou vulnérables (comme les migrants, les personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays et les réfugiés) et de toutes les personnes qui sont victimes de stigmatisation et de discrimination en raison de leur appartenance ethnique, de leur religion ou de tout autre statut social.

1.3 Objectifs du « triple milliard »

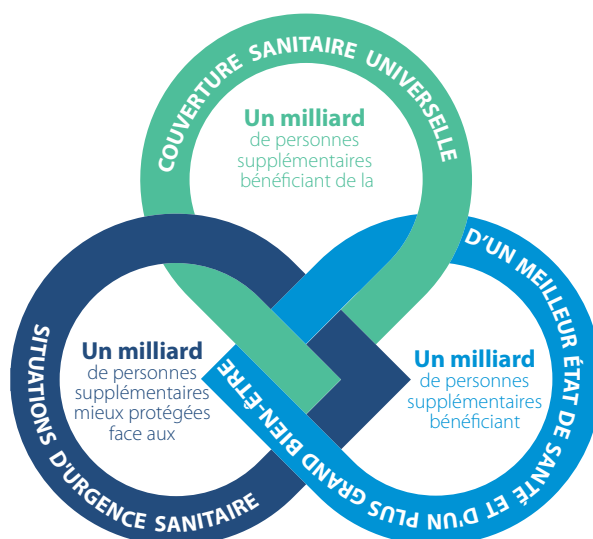
Le treizième PGT s'articule autour de trois priorités stratégiques interdépendantes (fig. 1) visant à garantir une vie saine et le bien-être de tous à tout âge.

1. Instauration de la CSU – 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la CSU. Cette priorité est alignée sur la cible 3.8 des ODD, qui met l'accent sur l'instauration de la CSU.

2. Interventions dans les situations d'urgence sanitaire – 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire. Cette priorité est basée sur l'indicateur 3.d.1 des ODD (capacités au titre du Règlement sanitaire international (RSI) et préparation aux situations d'urgence sanitaire).
3. Promotion de la santé des populations – 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être. Cette priorité se fonde sur une estimation composite dérivée de l'addition de plusieurs cibles des ODD.

Pour mettre en œuvre ces stratégies fondées sur les ODD, l'OMS jouera de manière proactive le rôle de chef de file qui lui incombe en tant qu'autorité sanitaire mondiale et collaborera avec les acteurs étatiques et non étatiques et les partenaires internationaux dans la mise en œuvre du programme mondial d'action sanitaire. L'OMS préconise une approche pangouvernementale, pansociétale et fidèle au principe de « la santé dans toutes les politiques » pour atteindre les objectifs du treizième PGT (5).

Fig. 1. Treizième PGT : un ensemble de priorités et d'objectifs stratégiques interdépendants pour garantir une vie en bonne santé et promouvoir le bien-être pour tous à tout âge



Source : OMS (2019) (5).

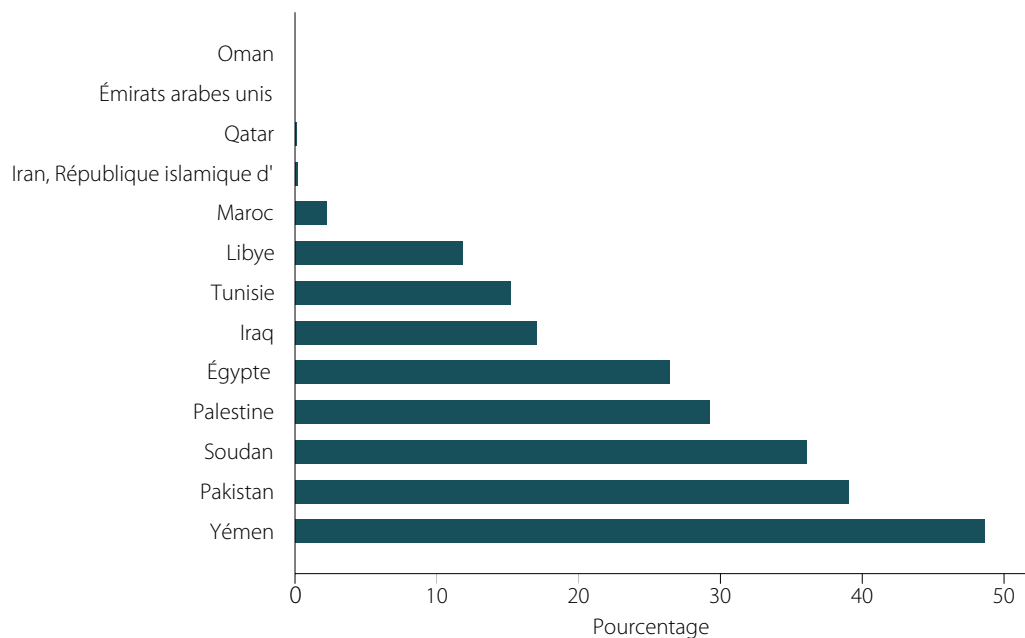
2. La Région de la Méditerranée orientale en bref

Les 22 pays de la Région OMS de la Méditerranée orientale sont les suivants : Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Djibouti, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Maroc, Oman, Pakistan, Palestine, Qatar, République arabe syrienne, Somalie, Soudan, Tunisie et Yémen. La Méditerranée orientale est la moins peuplée des Régions de l'OMS. On estime sa population à 676 millions d'habitants, soit près de 9 % de la population mondiale. En 2018, le pays le moins peuplé de la Région était Djibouti (moins d'un million d'habitants) et le plus peuplé était le Pakistan (environ 208 millions d'habitants). La même année, les taux de croissance démographique des pays de Région étaient compris entre 1,1 % (Maroc) et 10,8 % (Koweït).

La Région se caractérise notamment par son hétérogénéité en ce qui concerne le contexte historique, le contexte géopolitique et social, l'appartenance ethnique et les langues parlées, le produit intérieur brut (PIB), les profils sociodémographiques, les indicateurs de santé ainsi que les capacités et la couverture des systèmes de santé. Les guerres, les conflits et l'instabilité sociale ou politique ont entraîné le déplacement forcé et la migration de millions de personnes. Ils ont aussi affaibli les structures en place et perturbé le bon fonctionnement des systèmes de santé dans les zones touchées, ce qui a finalement ralenti les progrès en matière de promotion et de protection de la santé et même inversé les progrès qui avaient été réalisés dans certains domaines (6, 7). En outre, l'afflux rapide de réfugiés observé dans certains pays a mis à rude épreuve les ressources et les systèmes de santé existants. Par exemple, en 2018, 1 personne sur 6 au Liban (156 pour 1000) et 1 personne sur 14 en Jordanie (72 pour 1000) étaient des réfugiés (8).

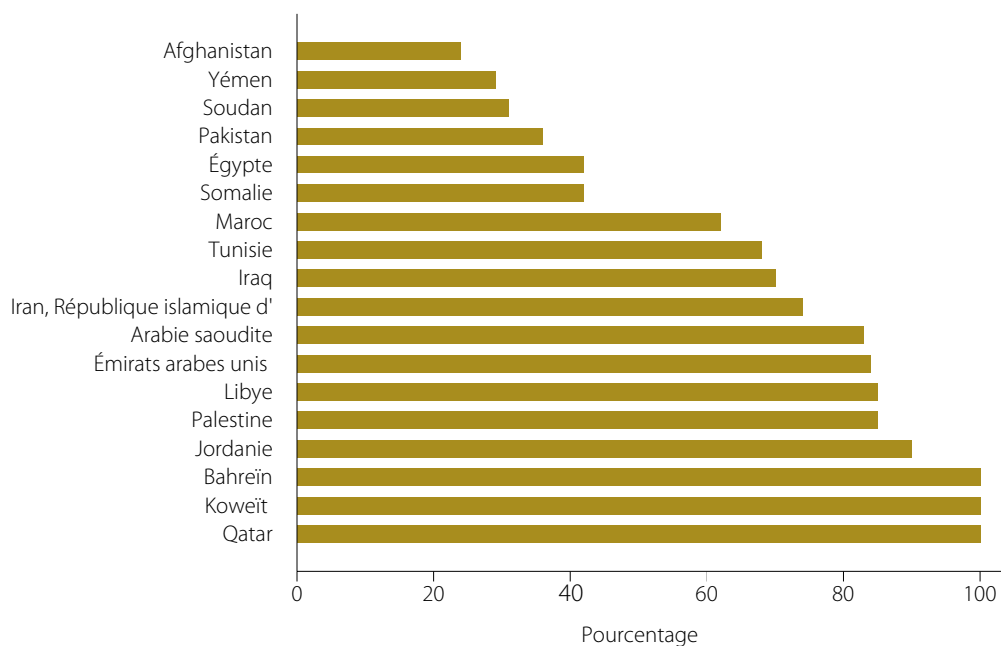
La proportion de personnes vivant en deçà du seuil international de pauvreté (c'est-à-dire avec moins de 1,90 dollars US par jour) dans les pays ayant notifié des données est supérieure à 25 % dans la Région. C'est au Yémen que la proportion est la plus élevée : près de la moitié de la population du pays vit en deçà du seuil de pauvreté (fig. 2). La majorité de la population de la Région vit en zones urbaines (7 personnes sur 10 vivant en ville) (fig. 3). Le niveau d'alphabétisation varie d'un pays de la Région à l'autre. Les données disponibles pour 12 pays montrent que les femmes sont moins instruites que les hommes en moyenne (62,5 % contre 82,5 %) et que, dans trois pays, plus de 40 % de la population est analphabète (fig. 4). Dans 12 pays de la Région, 90 à 100 % des enfants sont inscrits à l'école primaire ; toutefois, dans cinq pays, le taux de scolarisation est inférieur à 60 % et il est plus faible chez les filles que chez les garçons (fig. 5).

Fig. 2. Pourcentage de la population vivant en deçà du seuil international de pauvreté, 2014-2018



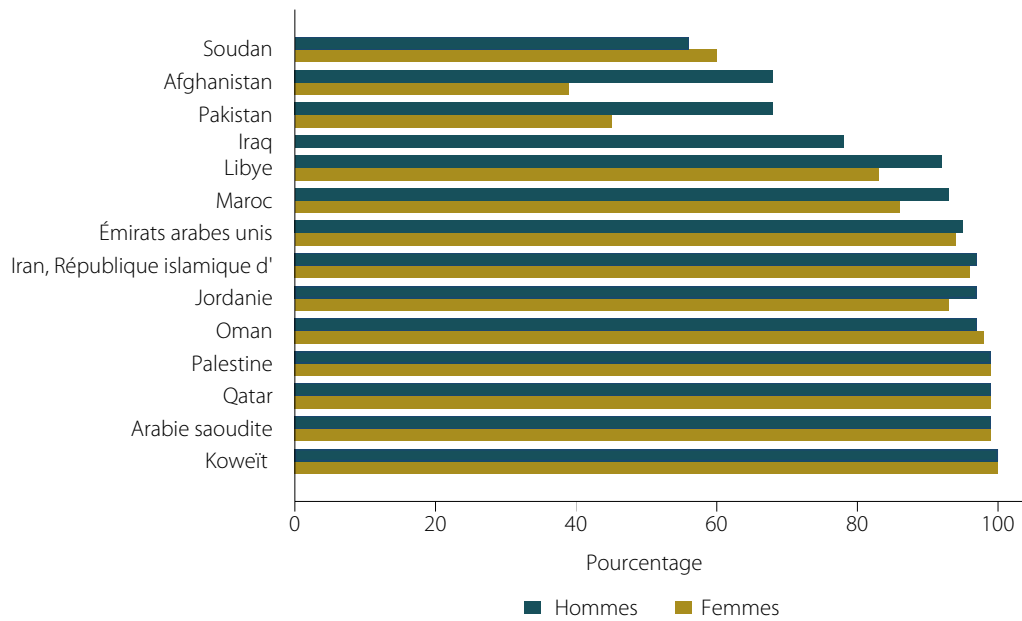
Source : OMS (2020) (9).

Fig. 3. Pourcentage de la population vivant en zone urbaine, 2014-2018



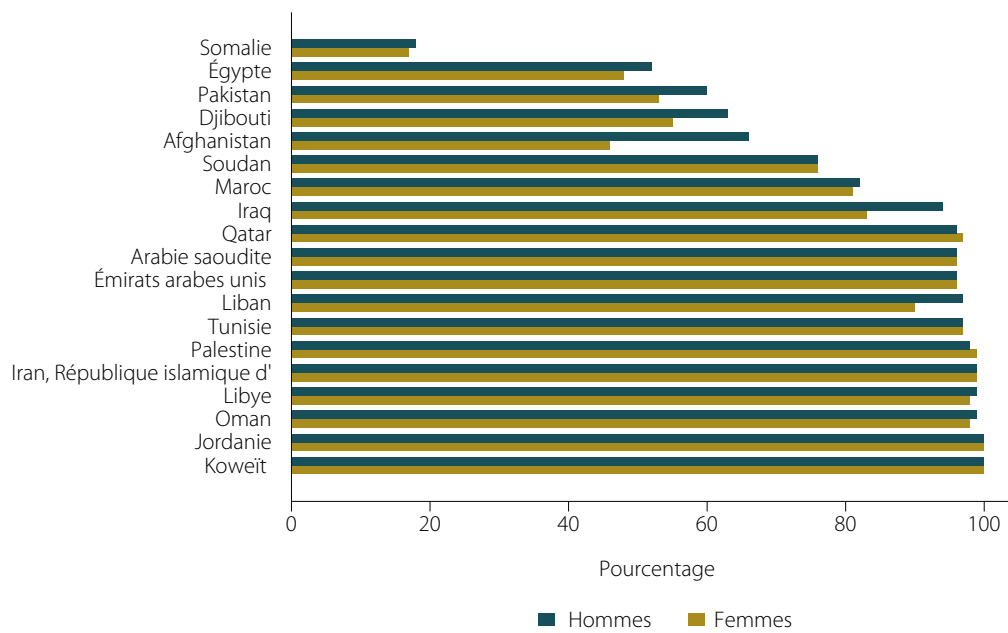
Source : OMS (2020) (9).

Fig. 4. Taux d'alphabétisation des 15-24 ans (%) par sexe, 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

Fig. 5. Taux brut de scolarisation en primaire (%) par sexe, 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

Le tableau 1 montre que l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé à la naissance sont plus faibles dans la Région que dans le reste du monde et que la Méditerranée orientale se classe à l'avant-dernier rang parmi les six Régions de l'OMS (10). Dans tous les pays à l'exception de la Somalie, les femmes vivent plus longtemps que les hommes ; en République arabe syrienne, l'écart est de près de 9 ans. Parmi tous les pays de la Région, seule la Somalie a une espérance de vie inférieure à 60 ans (55,4 ans). L'espérance de vie en bonne santé est cependant inférieure à 60 ans dans huit pays de la Région ; c'est en Somalie qu'elle serait la plus faible (50 ans) selon les estimations. Dans la plupart des pays, y compris les pays à revenu élevé, l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie en bonne santé est de 10 ans ou plus, ce qui laisse supposer que ceux qui vivent plus longtemps n'ont pas nécessairement une bonne qualité de vie.

Tableau 1. Estimations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie en bonne santé dans la Région et dans le monde, 2016

	Population totale	Espérance de vie à la naissance (en années)			Espérance de vie en bonne santé à la naissance (en années)		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
	2016	2016			2016		
Régional	679 377	67,7	70,7	69,1	59,1	60,4	59,7
Mondial	7 430 261	69,8	74,2	72,0	62,0	64,8	63,3

Source : OMS (2020) (9) et OMS (2019) (10).

De nombreux pays de la Région peinent à maintenir des systèmes de santé efficaces et performants et à fournir des services de qualité à toutes les populations, et ce, sans charge financière. Ils doivent notamment composer avec une gouvernance peu efficace et un leadership faible ; un financement insuffisant de la santé ; des pénuries de personnels de santé et des déséquilibres dans l'éventail des compétences et la répartition géographique ; une intégration insuffisante des services dans les soins de santé primaires ; et une qualité sous-optimale des soins. Les crises humanitaires prolongées qui sévissent dans des pays comme l'Afghanistan, la République arabe syrienne et le Yémen compliquent encore davantage la situation. La sûreté et la sécurité des prestataires de services de santé qui interviennent dans les zones de conflit constituent également une préoccupation majeure.

La Région de la Méditerranée orientale a aligné sa stratégie 2020-2023 sur les ODD et le treizième PGT en élaborant une nouvelle vision pour la Région. Le document, intitulé *Vision 2023*, invite à mettre en œuvre une action coordonnée en vue de réaliser « la santé pour tous et par tous ». Cette stratégie vise à transformer le modèle opérationnel du Bureau régional de l'OMS et à réorienter les systèmes de santé vers la CSU en fonction des charges de morbidité les plus élevées dans les pays de la Région. La stratégie énonce quatre priorités sanitaires communes qui s'appliquent à tous les pays, même s'ils ont des profils sanitaires différents ou qu'ils n'ont pas le même niveau de développement social et économique. Ces quatre priorités sont les suivantes : faire progresser la CSU ; intervenir dans les situations d'urgence sanitaire ; promouvoir la santé des populations ; et apporter des changements pour la transformation de l'OMS (11).

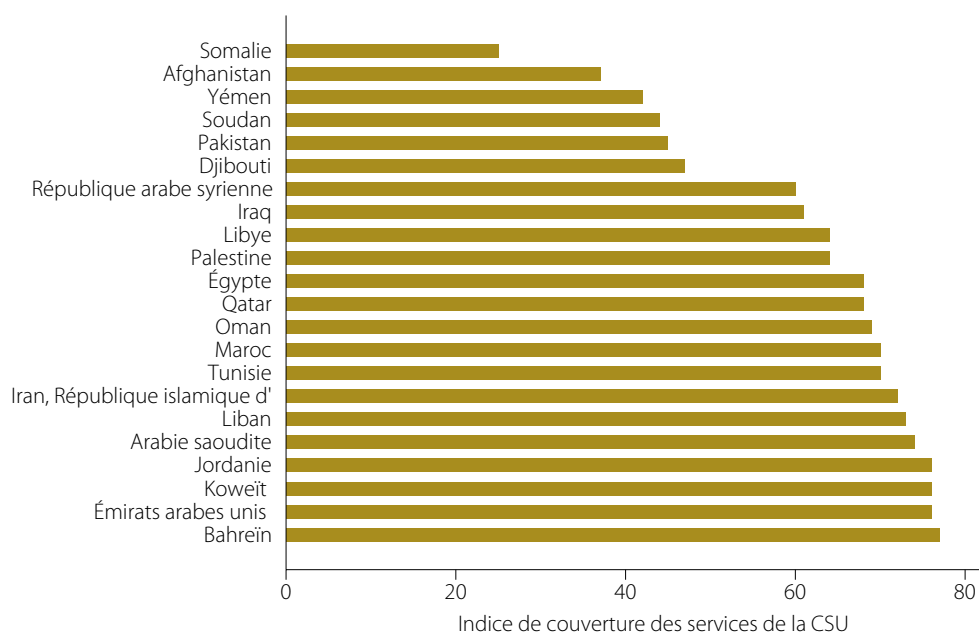
3. Instauration de la CSU

3.1 Indice de la couverture des services de la CSU

La CSU constitue une plateforme globale pour atteindre les ODD relatifs à la santé et l'un des objectifs clés du treizième PGT de l'OMS (2019-2023). Les ministres de la Santé de la Région ont signé collectivement le Pacte mondial CSU2030 à l'occasion d'une réunion ministérielle ouvrant la voie à la CSU qui s'est tenue à Salalah (Oman) en septembre 2018. Les ministres ont confirmé leur engagement à instaurer la CSU par le biais d'une approche pangouvernementale et pansociétale et approuvé la Déclaration de Salalah, reconnaissant de ce fait « le rôle clé de la couverture sanitaire universelle pour garantir le droit aux soins de santé et le droit à la santé de toutes les populations de la Région de la Méditerranée orientale » (12).

Seize marqueurs ont été sélectionnés pour mesurer la couverture des services de santé essentiels pour la CSU (cible 3.8 des ODD), notamment la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; les maladies infectieuses ; les maladies non transmissibles ; et la capacité d'accueil et l'accessibilité des services. L'indice de la couverture des services de la CSU combine les 16 marqueurs en une seule mesure synthétique. Selon l'indice de CSU, les services de santé essentiels sont moins largement accessibles dans la Région de la Méditerranée orientale que dans la plupart des régions du monde. D'après les données du Rapport mondial de suivi 2017, élaboré conjointement par l'OMS et la Banque mondiale, l'indice de la couverture des services de la CSU avait une valeur de 64 (sur 100) à l'échelle mondiale en 2015. Dix pays de la Région affichent un indice inférieur ou égal à 64, comme le montre la figure 6. Cela signifie qu'environ 347 millions de personnes, soit une moyenne pondérée de 53 % de la population de la Région, ont accès à des services de base de la CSU. On peut donc en déduire que près de la moitié de la population de la Région n'a pas accès à 16 services de santé essentiels (13,14).

Fig. 6. Indice de la couverture des services de la CSU, 2015



Source : OMS (2020) (9).

Le Rapport mondial de suivi 2019 montre qu'entre 2000 et 2017, l'indice de la CSU est passé, au niveau mondial, de 45 à 66 (sur 100) ; la valeur de l'indice est cependant restée inférieure à 60 pour la Région de la Méditerranée orientale (15).

3.2 Gouvernance

« La gouvernance en santé fait référence à un large éventail de fonctions de pilotage et d'élaboration de règles qui sont assumées par les gouvernements/décideurs dans la poursuite d'objectifs nationaux de santé favorables à la réalisation de la couverture sanitaire universelle » (16). Il faut impérativement une vision claire, des structures de gouvernance et des fonctions de santé publique solides ainsi que des partenariats efficaces pour améliorer la performance et la résilience des systèmes de santé et soutenir la riposte des programmes de santé prioritaires. Le treizième PGT énonce que : « La gouvernance doit être efficace pour que les pays progressent sur la voie de la CSU. Les gouvernements jouent un rôle fondamental en ce qui concerne les politiques et la planification, l'organisation du système de santé, la réglementation des services, le financement, les ressources humaines et les technologies. » Les ministères de la Santé ont également un rôle à jouer en tant que gestionnaires des systèmes de santé nationaux. Il est d'ailleurs nécessaire de renforcer la fonction de gestion des ministères de la Santé de la Région de la Méditerranée orientale. Au niveau régional, la gouvernance des systèmes de santé se heurte aux difficultés suivantes :

- les stratégies de transformation des systèmes de santé sont mal conçues ;
- les fonctions essentielles de santé publique ne sont pas bien définies ou bien réparties entre les différents acteurs du système de santé ;
- la configuration et l'architecture institutionnelles des systèmes de santé ne sont pas « adaptées au but » ;
- les législations/réglementations ne sont pas en adéquation avec les stratégies de transformation en faveur de la CSU ;
- les approches participatives de la prise de décisions en matière de santé ne sont pas correctement soutenues ;
- on rapporte un manque de coordination, d'intégration et de transparence dans la gestion et le partage des informations sanitaires.

Plusieurs pays de la Région ont développé une vision, une stratégie ou une législation nationale pour ouvrir la voie à la CSU, mais sa mise en œuvre se heurte à des défis opérationnels. L'Arabie saoudite, Oman et la République islamique d'Iran ont élaboré des visions à long terme pour la transformation des systèmes de santé en vue de la CSU. Bahreïn, l'Égypte et le Soudan ont adopté de nouvelles lois pour progresser sur la voie de la CSU ; la Jordanie, le Pakistan, le Soudan et la Tunisie ont quant à eux élaboré des stratégies sectorielles de santé en vue d'atteindre la CSU ; enfin, le Maroc et le Soudan ont émis des déclarations royale et présidentielle en faveur de la CSU (17). Cependant, plus de la moitié des pays de la Région n'ont pas encore pris de mesures pour se doter de politiques, de stratégies et de plans opérationnels permettant d'avancer sur la voie de la CSU. Les États Membres cherchent de plus en plus à renforcer leurs capacités institutionnelles

et managériales afin de soutenir la mise en œuvre opérationnelle des politiques, stratégies et plans relatifs à la CSU ainsi que des stratégies de transformation de la gouvernance des systèmes de santé.

3.2.1 Approches et partenariats multisectoriels

Le concept de multisectorialité a été évoqué à l'époque de la Déclaration d'Alma-Ata, en 1978. On parlait alors de la nécessité d'une « action coordonnée de tous les secteurs ». Le concept s'est élargi et inclut désormais l'approche de la santé dans toutes les politiques. Il est par ailleurs renforcé par le fait que de nombreux ODD relatifs à la santé influencent la santé et le bien-être. Certains pays de la Région de la Méditerranée orientale, dont la République islamique d'Iran et le Soudan, ont élaboré des stratégies relatives à l'approche de la santé dans toutes les politiques et rédigent actuellement des plans de transformation institutionnelle portant sur la gouvernance des systèmes de santé en vue de soutenir la mise en œuvre opérationnelle de ces politiques et de progresser sur la voie de la CSU.

Le Cadre de collaboration avec les acteurs non étatiques a été adopté en 2016 par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé. Il s'agit du premier cadre général de l'OMS qui s'applique à tous les genres de collaborations et tous les types d'acteurs non étatiques (organisations non gouvernementales, entités du secteur privé, fondations philanthropiques et établissements universitaires). Son objectif est de fournir un ensemble de réglementations visant à développer et à améliorer la collaboration de l'OMS avec les acteurs non étatiques, tout en faisant en sorte que la gestion des risques potentiels par l'OMS soit renforcée pour ce type de collaborations. Il est nécessaire de renforcer le dialogue entre les ministères de la Santé et les autres acteurs du système de santé (par exemple, la société civile, les médias et le secteur privé) dans les processus nationaux et infranationaux d'élaboration des politiques et de planification et de révision de programmes visant la réalisation de la CSU.

S'appuyant sur le treizième PGT et la *Vision 2023*, qui constitue un appel à la solidarité et à l'action en faveur de la « santé pour tous et par tous » ainsi que meilleure communication avec les parties prenantes de la santé en vue de faire des progrès en matière de santé et de bien-être, le Bureau régional s'est engagé à aider les parlementaires, la société civile, y compris les médias et le milieu universitaire, ainsi que le secteur privé à participer davantage aux décisions dans le secteur de la santé et au suivi des progrès accomplis aux niveaux régional et national. Cet engagement s'est concrétisé avec la création d'un partenariat entre le Bureau régional et le Forum parlementaire régional pour la santé et le bien-être, dont la première réunion a eu lieu en juin 2019 en Tunisie.

Le Partenariat H6 rassemble six institutions, organismes, organes et fonds et programmes des Nations Unies. Il vise à sauver la vie et à améliorer la santé des femmes, des enfants et des adolescents et a été créé pour appuyer la mise en œuvre de la *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. Les partenaires sont l'OMS, le Programme commun des Nations Unies sur le VIH/sida (ONUSIDA), le Fonds des Nations Unies pour la Population (UNFPA), le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF), l'Entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU-Femmes) et la Banque mondiale.

Le Partenariat pour la couverture sanitaire universelle (Partenariat CSU) s'est donné pour mission d'aider les pays à élaborer et à mettre en œuvre des stratégies visant à instaurer la CSU. Au moment de sa création, en 2011, le Partenariat CSU regroupait sept pays. Il en comptait 66 en 2018 (18) et 115 ou plus en juillet 2019 (19). Il est financé par la Commission européenne, la France, l'Irlande, le Japon, le Luxembourg et le Royaume-Uni de Grande-Bretagne et d'Irlande du Nord. Le Partenariat CSU a déjà soutenu plusieurs pays de la Région et, au cours des trois prochaines années, il apportera son appui à 14 pays (Afghanistan, Djibouti, Égypte, Jordanie, Liban, Iraq, Pakistan, Palestine, République islamique d'Iran, Somalie, Soudan, Maroc, Tunisie et Yémen).

3.2.2 Diplomatie sanitaire

La diplomatie sanitaire a un rôle essentiel à jouer dans la mise en œuvre de nombreux programmes de santé nationaux et régionaux dans la Région de la Méditerranée orientale. L'éradication de la poliomyélite, par exemple, ne peut être obtenue sans la mobilisation de nombreux acteurs internationaux visant à renforcer les programmes de lutte et à créer un environnement sûr pour les campagnes de vaccination. La diplomatie sanitaire est importante pour les pays de la Région, car ils sont aux prises avec de nombreux problèmes de développement directement liés à la santé. La Région est aussi touchée de manière disproportionnée par des crises sanitaires anthropiques et humanitaires dont la résolution exige des efforts de collaboration (20).

Ces dernières années, le Bureau régional a œuvré au renforcement des capacités des pays en matière de diplomatie sanitaire. Jusqu'à présent, l'OMS a organisé cinq séminaires annuels réunissant des acteurs clés des ministères de la Santé et des Affaires étrangères, des diplomates, des parlementaires et des experts afin de renforcer la relation entre la santé et la politique étrangère. Ces séminaires abordent des questions hautement prioritaires et importantes pour la Région et ont pour objet de mieux faire connaître la valeur de l'intégration des concepts de diplomatie sanitaire dans la politique étrangère. Les pays ont défini des mesures clés visant à renforcer les capacités nationales en matière de diplomatie sanitaire, notamment : la mise en place d'unités de diplomatie sanitaire au sein des ministères de la Santé ; la désignation de points focaux de haut niveau pour la diplomatie sanitaire ; et le renforcement de la présence internationale et de l'implication de ces points focaux dans les questions mondiales de santé, en particulier les MNT, les maladies émergentes et la santé des réfugiés (21). Le Bureau régional s'efforce également de promouvoir le rôle de chefs de file joué par les parlementaires dans la réalisation de la CSU dans le cadre de la *Vision 2030* : la santé pour tous et par tous (22).

En décembre 2017, l'Assemblée générale des Nations Unies a adopté une résolution intitulée « Santé mondiale et politique étrangère : s'occuper de la santé des plus vulnérables pour une société inclusive (23) ». En septembre 2019, la réunion de haut niveau sur la couverture sanitaire universelle, intitulée « Couverture sanitaire universelle : œuvrer ensemble pour un monde en meilleure santé », a réuni des chefs d'État, des dirigeants politiques et des dirigeants du secteur de la santé, des responsables de l'élaboration des politiques et des défenseurs de la CSU pour plaider

en faveur de la santé pour tous. De telles réunions internationales sont cruciales, car elles permettent d'adopter des résolutions qui contribuent à protéger le droit à la santé et d'améliorer la coordination entre les ministères de la Santé et les secteurs de la santé, d'une part, et les partenaires internationaux, d'autre part. À cet effet, et pour faciliter la concrétisation de ces engagements, le Bureau régional de la Méditerranée orientale collabore avec les ministères des Affaires étrangères et de la Santé ainsi qu'avec d'autres acteurs concernés pour veiller à l'application efficace et à l'imputabilité des politiques et des plans visant à réaliser la CSU. Cela permet en outre d'améliorer la coordination entre les pays de la Région et de faire valoir les besoins régionaux lors des réunions du Conseil exécutif de l'OMS et de l'Assemblée mondiale de la Santé.

3.2.3 Renforcement de la législation sanitaire visant à faire progresser la santé

Les cadres juridiques et les textes législatifs sont des outils essentiels pour mettre en œuvre les politiques et les stratégies nationales de santé ayant été identifiées comme prioritaires ainsi que pour appuyer les mécanismes et les structures de gouvernance afin d'améliorer la réactivité et la responsabilité des systèmes de santé. Les pays souhaitent de plus en plus renforcer les capacités des législateurs en matière de proposition, d'élaboration et d'application de lois relatives à la santé. Il est essentiel d'impliquer les parlementaires dans la réponse du secteur de la santé afin de coordonner l'action des branches législative et exécutive des gouvernements et de réaliser la CSU. L'OMS collabore avec le Forum parlementaire régional pour la santé et le bien-être pour améliorer le dialogue avec les parlementaires et les législateurs de la santé et ainsi renforcer leurs capacités.

L'utilisation efficace des lois et des réglementations est un élément clé de la mise en œuvre réussie des programmes nationaux, et notamment de ceux qui visent à lutter contre les MNT. La lutte contre les facteurs de risque des MNT doit absolument passer par l'application de la loi. En effet, les intérêts commerciaux des entreprises alimentaires et des fabricants d'alcool et de tabac sont rarement compatibles avec la mise en œuvre volontaire d'interventions de santé stratégiques en la matière. Dans ce contexte, l'OMS s'est associée au O'Neill Institute for National and Global Health Law de l'Université de Georgetown (Washington) pour soutenir la réforme juridique relative à la prise en charge des MNT dans la Région. Le partenariat établi entre le Bureau régional et l'O'Neill Institute a permis l'élaboration d'une liste détaillée de politiques juridiques et d'interventions réglementaires offrant un bon rapport coût/efficacité et reposant sur des bases factuelles en vue de réduire les MNT. La liste s'accompagne d'orientations de mise en œuvre et de propositions d'initiatives de renforcement des capacités. Les interventions proposées couvrent trois domaines prioritaires : 1) la gouvernance des MNT ; 2) l'adoption de lois antitabac conformes à la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac ; et 3) l'adoption de lois visant à promouvoir des régimes alimentaires plus sains (diminution de la consommation de sel et de sucre). L'OMS est résolue à aider les pays de la Région à mettre en œuvre ces interventions clés pour améliorer la santé de la population (24).

3.3 Prestation de services et qualité des services

3.3.1 Paniers de prestations prioritaires

Tous les pays de la Région de la Méditerranée orientale disposent de paniers de services de santé essentiels explicites ou implicites. Vu l'évolution de la charge de morbidité, toutefois, il devient de plus en plus nécessaire de réviser ces paniers pour mettre davantage l'accent sur les MNT et les troubles mentaux, qui représentent désormais plus de la moitié de la charge de morbidité dans la Région. L'amélioration de la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant et la lutte contre les maladies transmissibles restent néanmoins des priorités pour la Région.

Les pays doivent progresser dans au moins trois domaines pour parvenir à réaliser la CSU : 1) le développement des services ; 2) l'extension de la couverture de la population ; et 3) l'amélioration de la protection financière (25). Afin de développer les services, le Bureau régional a décidé d'élaborer et de mettre en œuvre des paniers de prestations prioritaires pour la CSU dans les pays de la Région (26). La première étape consiste à définir un ensemble de mesures souhaitables qui permettraient de réaliser la CSU et d'atteindre d'autres objectifs de développement durable relatifs à la santé. Comme il a été convenu lors de consultations, le panier de prestations prioritaires pour la CSU est un ensemble d'interventions prioritaires fondées sur des données factuelles ayant été définies au moyen d'un processus délibératif qui tient compte des réalités économiques et des préférences sociales. Il peut notamment s'agir de services et de programmes de santé, d'actions intersectorielles ou de politiques fiscales. Le panier de prestations prioritaires pour la CSU doit être accessible à tous et de bonne qualité. Il doit en outre être offert au niveau approprié de prestation de services et au moyen de la plateforme de prestation de services adéquate. Il doit enfin s'appuyer sur une approche intégrée centrée sur les personnes et être couvert par des dispositifs de protection financière adéquats.

La Déclaration de Salalah sur la CSU, adoptée en septembre 2018, invitait les responsables de l'élaboration des politiques de santé à définir un ensemble de services de santé essentiels adapté au contexte local et reconnaissait de ce fait la nécessité d'élaborer et de mettre en œuvre des paniers de prestations prioritaires pour la CSU(12). Vu son incidence potentielle, le panier de prestations prioritaires pour la CSU est présenté comme l'une des 10 initiatives clés de la *Vision 2023* (27). En 2019, l'OMS a dressé une liste régionale de services essentiels pour les paniers de prestations prioritaires pour la CSU et élaboré des orientations opérationnelles pour la mise au point d'un ensemble de services au niveau national. L'Afghanistan, la Jordanie, le Pakistan, la Somalie et le Soudan mettent au point des paniers nationaux de prestations prioritaires pour la CSU en collaboration avec l'OMS. En 2019, au moins 11 pays de la Région membres du Partenariat CSU travaillaient à l'élaboration et à la mise en œuvre de paniers de prestations prioritaires pour la CSU. En outre, d'autres pays, dont le Liban, la République arabe syrienne et le Yémen, ont prévu d'élaborer des paniers de prestations dans le cadre d'autres programmes.

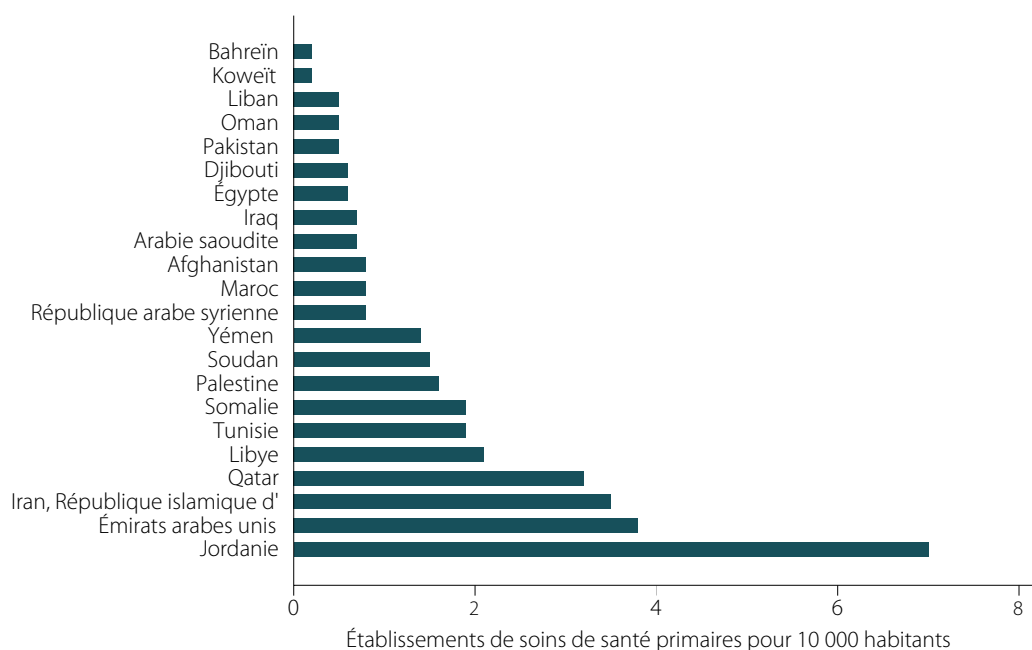
3.3.2 Soins de santé primaires et médecine familiale

La Région a toujours été attachée aux valeurs et principes fondamentaux des soins de santé primaires énoncés dans la Déclaration du Qatar sur les soins de santé primaires, qui a été signée en 2008 par les ministres de la Santé de tous les pays (28). La résolution EM/RC60/R.2 sur la CSU, adoptée par le Comité régional de la Méditerranée orientale lors de sa soixantième session, en 2013, exhortait les États Membres à étendre la prestation de services de santé intégrés fondée sur les soins de santé primaires (29). La Conférence mondiale sur les soins de santé primaires qui s'est tenue en 2018 à Astana (Kazakhstan) a mis l'accent sur l'importance de renforcer la prestation de services de santé dans le système de soins de santé primaires afin de réaliser la CSU.

Parmi les exemples des meilleures pratiques adoptées pour renforcer et élargir les soins de santé primaires dans la Région figurent le système de santé *wilayat* (district) à Oman ainsi que le *shabakeh behdashti* (réseau de soins de santé primaires) et le *behvarz* (agent de santé communautaire) en République islamique d'Iran. En 1994, le Pakistan a créé le programme des femmes agents de santé (Lady Health Workers), elles étaient plus de 100 000 dans le pays en 2019. L'Afghanistan a sous-traité des services de soins de santé primaires à des organisations non gouvernementales avec des résultats probants. Ces exemples de réussite peuvent inspirer d'autres pays de la Région et du monde à renforcer la prestation de services par le système de soins de santé primaires (30).

La couverture des services de santé essentiels est inférieure à 70 % dans de nombreux pays de la Région, y compris dans certains pays à revenu élevé ; un investissement dans la réorientation des services de santé vers les soins de santé primaires sera donc nécessaire pour réaliser la CSU. Comme le montre la figure 7, le nombre d'établissements de soins de santé primaires est insuffisant dans toute la Région, et ce, quel que soit le niveau de revenu des pays concernés. Douze pays de la Région, dont quatre à revenu élevé, comptent moins d'un établissement de soins de santé primaires pour 10 000 habitants.

Fig. 7. Densité des établissements de soins de santé primaires, 2013-2018.



Source : OMS (2020) (9).

Les systèmes de soins de santé primaires de la Région font face à plusieurs défis, notamment : l'expansion rapide du secteur privé de la santé et l'accroissement de ses partenariats avec les gouvernements ; l'évolution démographique et les problèmes de santé associés au vieillissement ; l'évolution des technologies de la santé ; la protection financière des ménages pour l'accès aux services de santé ; et les attentes croissantes d'une population mieux informée. En outre, les situations d'urgence humanitaire complexes et les conflits prolongés qui affectent la Région ont provoqué le déplacement forcé de plus de 30 millions de personnes, dont beaucoup appartiennent à des groupes vulnérables comme les femmes et les enfants (30).

En vue de traduire en actions les engagements de la Déclaration d'Astana (2018), le Directeur régional pour la Méditerranée orientale a annoncé le lancement de l'Initiative de mesure et d'amélioration des soins de santé primaires à l'occasion de la Journée mondiale de la Santé qui s'est tenue le 7 avril 2019. Celle-ci s'appuie sur l'Initiative pour la performance des soins de santé primaires, le cadre opérationnel des soins de santé primaires, les efforts régionaux préexistants concernant l'approche de la médecine familiale, les indicateurs de qualité des soins de santé primaires et les profils des systèmes de santé du Bureau régional. Elle permettra de renforcer les capacités nationales d'amélioration des soins de santé primaires, y compris l'approche de la médecine familiale, déjà bien établie, en s'appuyant sur des évaluations.

Le Rapport mondial de suivi 2019 de l'OMS, intitulé *Les soins de santé primaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle* révèle que près de 50 % de la population de la Région n'a pas accès à 16 services de santé essentiels (15). La conclusion de contrats avec les prestataires du secteur privé en vue de fournir des paniers de

services de santé essentiels en recourant à des options d'achats stratégiques et des dispositifs de protection financière aidera les pays à réaliser la CSU. En 2018, le Comité régional a adopté la résolution EM/RC65/R.3 sur l'engagement du secteur privé en faveur de la CSU, dans laquelle il prie le Directeur régional de « fournir un appui technique aux États Membres pour créer et renforcer une collaboration efficace avec le secteur privé pour la prestation de services ». À cette fin, le Bureau régional a aidé les États Membres à réaliser des évaluations approfondies de leur secteur privé de la santé en 2018-2019 afin de recenser les défis auxquels ils sont individuellement confrontés. En 2020, le Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale, le Bureau régional de l'UNICEF pour le Moyen-Orient et l'Afrique du Nord et le Bureau de l'Agence des États-Unis pour le développement international (USAID) pour le Moyen-Orient pilotaient ensemble la mise en œuvre de mesures et interventions dans certains pays (Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Libye, Maroc, Pakistan, Tunisie et Yémen).

La majorité (93 %) des établissements de soins de santé primaires sont gérés par des médecins généralistes qui ne disposent ni d'une formation professionnelle ni d'une expérience dans la création d'équipes de soins de santé centrées sur la pratique de la médecine familiale. Le document technique intitulé « Développer la médecine familiale : progrès sur la voie de la couverture sanitaire universelle » a été présenté lors de la soixante-troisième session du Comité régional, en 2016. Sa présentation a été suivie de l'adoption de la résolution EM/RC63/R.2 demandant aux États Membres de « créer des programmes-relais pour les médecins généralistes » (31, 32).

La médecine familiale peut être définie comme les services de soins de santé fournis par un médecin de famille et par son équipe multidisciplinaire, caractérisés par une approche complète, continue, coordonnée, collaborative, personnelle, familiale et axée sur la communauté. En 2014-2016, l'OMS a réalisé une évaluation de la médecine familiale dans les 22 pays de la Région. L'évaluation a révélé que 16 pays avaient inclus la médecine familiale dans leur politique nationale de santé. La mise en œuvre est cependant à la traîne dans certains pays et le programme est presque inexistant dans la plupart des pays à faible revenu de la Région. L'un des principaux obstacles au développement de la médecine familiale est la pénurie de ressources humaines formées due, principalement, à la rareté des programmes de formation et au manque de soutien accordé à cette spécialité par les responsables de l'élaboration des politiques. Pour atteindre l'objectif de trois médecins de famille pour 10 000 habitants d'ici à 2030, l'OMS, en collaboration avec l'UNICEF, Asia United Bank et l'Organisation mondiale des médecins de famille, a créé un diplôme professionnel régional en médecine familiale. Il s'agit d'un programme-relais qui peut être défini comme une période transitoire au cours de laquelle le médecin généraliste apprend le métier de médecin de famille et acquiert de meilleures connaissances et compétences en matière de prestation de services. Le programme en question a été présenté aux ministres de la Santé lors de la session du Comité régional qui s'est tenue en 2019. Les États Membres se sont félicités de la création du diplôme, qu'ils voient comme un programme-relais ainsi que comme un moyen de combler la grave pénurie de médecins de famille.

En 2018, le Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale et l'Organisation mondiale des médecins de famille ont publié conjointement un ouvrage intitulé *Family practice in the Eastern Mediterranean Region: universal health coverage and quality primary care* [La médecine familiale dans la Région de la Méditerranée orientale : couverture sanitaire universelle et soins primaires de qualité], qui présente une analyse approfondie du développement et de l'amélioration de la médecine familiale et des soins de santé primaires dans les pays de tous niveaux de revenu et dans les pays aux prises avec des situations d'urgence (33).

3.3.3 Gestion des soins hospitaliers

Dans la plupart des pays de la Région, les hôpitaux consomment énormément de ressources sanitaires, représentant 50 à 80 % des dépenses publiques de santé et deux tiers des personnels de santé. La plupart des pays de la Région disposent de systèmes de santé hospitalocentriques, dans lesquels 80 % des lits d'hôpitaux appartiennent au secteur public ; cependant, le secteur privé est en pleine croissance. Malgré l'importance cruciale des hôpitaux, les ministères de la Santé (qui sont les principaux responsables de la gouvernance des hôpitaux) ne jouent pas efficacement leur rôle, ce qui a une incidence négative sur la qualité des soins, la responsabilité des hôpitaux et la sécurité des patients. Dans la majorité des pays, les hôpitaux ne sont pas bien intégrés dans le système de soins de santé primaires et les réseaux d'orientation-recours entre les établissements de soins de santé primaires et les hôpitaux ne sont pas bien définis et ne fonctionnent pas correctement. Quinze pays se sont dotés de directives sur l'orientation-recours, mais seulement cinq d'entre eux les appliquent (34).

Les hôpitaux jouent un rôle essentiel dans les efforts visant à réaliser la CSU et à mettre en œuvre la vision pour les soins de santé primaires. Cependant, de nombreux pays de la Région ont du mal à améliorer la planification, la gestion et la performance des hôpitaux, tant au niveau du système (politique) qu'au niveau des établissements (hôpitaux). Cela est dû à l'évolution rapide de la demande des hôpitaux, à l'impact majeur des lacunes du secteur de la santé sur la capacité des hôpitaux à fournir systématiquement et efficacement des services de haute qualité centrés sur la personne ainsi qu'aux défaillances internes des hôpitaux. Il est indispensable d'accorder une attention nouvelle aux rôles, fonctions et activités des hôpitaux, sous l'angle de l'intégration et de la prise en compte de la personne (34).

L'OMS a mis au point un cadre d'action régional pour le secteur hospitalier qui a été approuvé en 2019 à l'occasion de la soixante-sixième session du Comité régional (34). Ce cadre aidera les États Membres à élaborer une feuille de route pour la transformation des hôpitaux et fournira des orientations pour la définition des priorités ainsi que pour la formulation et la mise en œuvre de plans stratégiques nationaux et locaux pour le secteur hospitalier (secteurs public et privé). Le cadre propose deux séries d'interventions interdépendantes au niveau du système (politiques) et au niveau des établissements (hôpitaux). Les États Membres peuvent y faire appel en fonction de leurs priorités nationales, de leurs ressources, de leurs capacités et de leurs contextes spécifiques. Il vise à aider les pays à revoir la position, le rôle et la fonction des hôpitaux dans le système de santé et dans

le cadre conceptuel des soins de santé primaires en ayant pour objectif ultime de réaliser la CSU. Le Soudan a déjà commencé à élaborer un plan stratégique national pour le secteur hospitalier en s'appuyant sur le cadre régional. D'autres pays de la Région (l'Égypte, le Pakistan et la République islamique d'Iran, par exemple) prévoient d'élaborer leur propre stratégie nationale pour le secteur hospitalier en 2020.

3.3.4 Qualité des soins de santé et sécurité des patients

À l'ère des ODD, l'OMS estime que la qualité et la sécurité des soins de santé sont des éléments fondamentaux pour assurer la santé et le bien-être de la population mondiale. La sécurité des patients est considérée comme une priorité sanitaire mondiale aux fins de la CSU. Son importance a été soulignée dans la résolution WHA72.6 sur l'action mondiale pour la sécurité des patients, adoptée en 2019 par l'Assemblée mondiale de la Santé (35). Au niveau régional, la sécurité des patients a été décrite comme un élément intrinsèque de la qualité des soins dans la *Vision 2023* pour la Région de la Méditerranée orientale.

En dépit de ces engagements, les soins de santé à risque demeurent l'une des 10 principales causes de décès et d'incapacité dans le monde. Des données probantes montrent qu'à l'échelle mondiale, environ deux tiers des événements indésirables et des années perdues en raison d'une incapacité ou d'une mort prématurée sont le résultat de pratiques de soins à risque. Selon les estimations, jusqu'à 40 % des patients subissent des préjudices lors des soins primaires et ambulatoires. Dans les pays à revenu faible et intermédiaire, on estime à environ 134 millions le nombre d'événements indésirables se produisant chaque année. Ces événements seraient à l'origine de près de 2,6 millions de décès (36).

Le manque de données sur la qualité et la sécurité des soins de santé dans la Région de la Méditerranée orientale continue de poser problème. Une étude a cependant montré que 8 à 18 % des hospitalisations survenant dans la Région sont associées à des événements indésirables, dont 80 % sont considérés comme évitables. Ces chiffres concordent avec d'autres estimations indiquant une conformité aux normes essentielles en matière de sécurité des patients inférieure à 50 % dans l'ensemble de la Région. La prévalence des infections associées aux soins de santé en tant qu'indicateur de la sécurité des patients et de la qualité des soins dans les hôpitaux varie entre 12 et 18 % dans les pays de la Région (34).

Pour remédier au problème, l'OMS s'emploie à résoudre les difficultés rencontrées et plaide pour que la qualité et la sécurité soient au cœur de systèmes de santé résilients dans les pays de la Région. L'Initiative pour la sécurité des patients à l'hôpital a été lancée en 2007 pour encourager l'adoption de pratiques de santé sans risque dans les hôpitaux de la Région. Elle vise en outre à intégrer dans les établissements de soins toutes les activités concernant la sécurité des patients et d'en faire ainsi des programmes horizontaux supervisés par l'Initiative. Elle est mise en œuvre conjointement par les établissements de soins participants, l'OMS et l'Alliance mondiale pour la sécurité des patients, qui est chargée de guider le processus et de délivrer une certification aux établissements qui respectent les normes établies en matière de sécurité des patients. Plus de 160 établissements de soins de la Région ont déjà mis en place l'Initiative pour la sécurité des patients à l'hôpital, et leur nombre ne cesse d'augmenter.

En outre, un cadre pour l'amélioration de la qualité des soins de santé primaires a été mis au point et les États Membres bénéficient d'un appui pour développer une approche fondée sur des indicateurs afin de recenser et de combler les lacunes en matière de qualité (37). Un appui technique est aussi proposé aux États Membres pour élaborer des stratégies et une politique de qualité afin de catalyser et de mieux soutenir les efforts déployés à l'échelle du système pour réaliser la CSU et mettre en œuvre les programmes d'action nationaux en faveur des ODD relatifs à la santé.

Le nombre important de pays de la Région qui font face à des situations d'urgence classées constitue un autre défi. Par exemple, en 2018, neuf pays sur 22 faisaient face à des situations d'urgence classées qui ont fragilisé leur système de santé et affaibli leur résilience. Des mesures s'imposent d'urgence pour rendre les données factuelles facilement accessibles et améliorer la qualité des soins de santé dans les situations d'extrême adversité. Le Bureau régional a ainsi dirigé les travaux visant à élaborer un cadre d'action pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les situations d'extrême adversité, ce qui sera bénéfique pour les pays de la Région et d'ailleurs.

3.3.5 Rôles et réglementation du secteur privé de la santé

Dans de nombreux pays de la Région de la Méditerranée orientale, le secteur privé de la santé (prestataires autorisés de services de santé, à but lucratif ou non) joue un rôle considérable dans la prestation de services de santé à différents niveaux, des soins de santé primaires aux services ambulatoires et hospitaliers. Le secteur privé est aussi largement impliqué dans le développement des infrastructures ainsi que dans la production de médicaments et de technologies de la santé et dans leur approvisionnement. Le rôle du secteur privé est particulièrement important dans les pays où les dépenses publiques consacrées à la santé sont faibles et dans les pays en situation d'urgence.

Dans certains pays à revenu faible et intermédiaire, le taux d'utilisation des services ambulatoires fournis par le secteur privé atteint 76 %. L'éventail des services fournis est variable, les normes sont discutables, la réglementation est insuffisante et on ne connaît pas avec précision la charge financière imposée aux utilisateurs. La double pratique, c'est-à-dire le fait d'exercer à la fois dans le secteur public et dans le secteur privé, constitue en outre un grave problème dans certains pays. Par exemple, une étude réalisée en Égypte a révélé que 89 % des médecins occupaient plusieurs emplois ; au Pakistan, la plupart des médecins qui exercent dans le secteur public travaillent aussi dans le secteur privé l'après-midi. Il est difficile de suivre et de communiquer avec précision les statistiques sur les personnels de santé lorsque la double pratique est prévalente. La plupart des pays de la Région ne tiennent pas compte du secteur privé dans la planification des systèmes de santé. Il existe donc peu de données fiables sur la composition et la répartition des personnels de santé du secteur privé, la qualité des services qu'ils offrent, la structure de leurs traitements ou les emplois multiples qu'ils occupent parfois. Les prestataires de soins privés sont aussi réticents à l'idée d'investir dans les soins préventifs ou dans les zones reculées et défavorisées (38).

Comme le reconnaissent de plus en plus l'OMS et les États Membres de la Région, il est essentiel de tirer parti des forces du secteur privé de la santé pour réaliser

la CSU. Le secteur privé peut jouer un rôle important dans les pays confrontés à des situations d'urgence, comme il a été démontré en Afghanistan, en Iraq, en Libye, en République arabe syrienne, en Somalie et au Yémen. Il peut adopter une approche dynamique pour répondre à l'évolution des besoins sanitaires d'une population lorsque les systèmes de santé publics sont affaiblis ou inexistants. Il peut aussi être la principale source de services de santé pour les réfugiés. En Égypte, par exemple, 64 % des réfugiés syriens enregistrés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés (HCR) ont recours à des soins médicaux du secteur privé ; d'après une enquête réalisée en Jordanie en 2015 par le HCR, 58 % des réfugiés syriens se tournent d'abord vers les établissements privés pour obtenir des soins (38).

La plupart des pays de la Région ne disposent pas d'informations sur les politiques concernant la collaboration entre le secteur public et le secteur privé et la réglementation du secteur privé de la santé. Dans les pays à faible revenu comme l'Afghanistan, la Somalie et le Yémen, les politiques et les mécanismes de réglementation concernant le secteur privé de la santé sont rares ou inexistants. Les pays possédant une plus grande expérience avec le secteur privé de la santé, tels que le Liban, la République islamique d'Iran et la Tunisie, disposent de politiques et de procédures mieux élaborées. Certains pays ont récemment mis au point des politiques réglementaires et commencé à confier au secteur privé la prestation de services de santé. Le Pakistan a créé le ministère des Services de santé nationaux, de la Réglementation et de la Coordination, qui a pour principal mandat d'améliorer la réglementation des services offerts dans le secteur de la santé. La République islamique d'Iran a mis en place un programme de soins de santé primaires urbain qui dépend fortement de la sous-traitance de services au secteur privé, y compris aux médecins généralistes. Même lorsque des mécanismes réglementaires sont en place, toutefois, le secteur privé ne s'y conforme pas toujours. Cela est dû à l'absence d'autorités juridiquement contraignantes, au manque de capacités et de ressources pour faire appliquer la réglementation et les lois ainsi qu'au puissant lobbying exercé par des groupes d'intérêt, qui sape le cadre réglementaire (30).

Les données sur la répartition des ressources de santé entre les secteurs public et privé dans la Région de la Méditerranée orientale sont limitées, en particulier en ce qui concerne le secteur privé. Les données disponibles montrent que la disponibilité des ressources de santé varie d'un pays à l'autre. Le gouvernement est le principal prestataire de services hospitaliers dans tous les pays à revenu élevé, mais la part que représente le secteur des hôpitaux privés est en pleine croissance. Environ 20 % des lits d'hôpitaux de la Région sont non-breaking (nombre total estimé à 740 000) se trouvent dans des hôpitaux privés. En moyenne, plus de 60 % des pharmacies de la Région relèvent du secteur privé de la santé, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire. Des études menées dans les pays à revenu faible et intermédiaire ont mis à jour un approvisionnement insuffisant en médicaments dans le secteur public ainsi que le fait que les patients achètent leurs médicaments dans les pharmacies relevant du secteur privé. Il existe peu d'informations sur la distribution des services de diagnostic et de laboratoire dans le secteur privé de la santé de la Région. En Arabie saoudite, au Pakistan, en République islamique d'Iran et au Soudan, plus de 50 % des services de diagnostic relèvent du secteur privé de la santé. Les informations sur la répartition des personnels de santé entre les secteurs public et

privé dans la Région sont également limitées. Les données des pays du Conseil de Coopération du Golfe (CCG) indiquent qu'une proportion plus élevée de médecins travaille dans le secteur public (60-90 %). Au Liban, à l'inverse, le secteur hospitalier privé est le principal employeur des personnels de santé. En Jordanie, près de la moitié des médecins et des personnels infirmiers travaillent dans le secteur privé de la santé (38).

La promotion, la publicité et la vente de médicaments par le secteur privé sont à peine réglementées ou contrôlées par les gouvernements de la Région, ce qui a entraîné des conséquences étendues telles que la vente sans ordonnance de médicaments délivrés uniquement sur ordonnance, y compris des antibiotiques, la promotion non éthique de médicaments et la demande en technologies de la santé et médicaments coûteux induite par les professionnels de la santé. En plus d'entraîner des paiements directs élevés, ces pratiques inacceptables contribuent à l'accroissement des cas de mauvaise utilisation des technologies de la santé et d'erreur médicale associée à ces technologies ainsi qu'à une résistance accrue aux antimicrobiens dans la Région. Parmi les autres problèmes, on peut citer l'inefficacité de certains traitements, les réactions indésirables aux médicaments, la pharmacodépendance et la charge économique pour les patients et la société (38).

3.4 Financement de la santé et protection financière

3.4.1 Financement de la santé

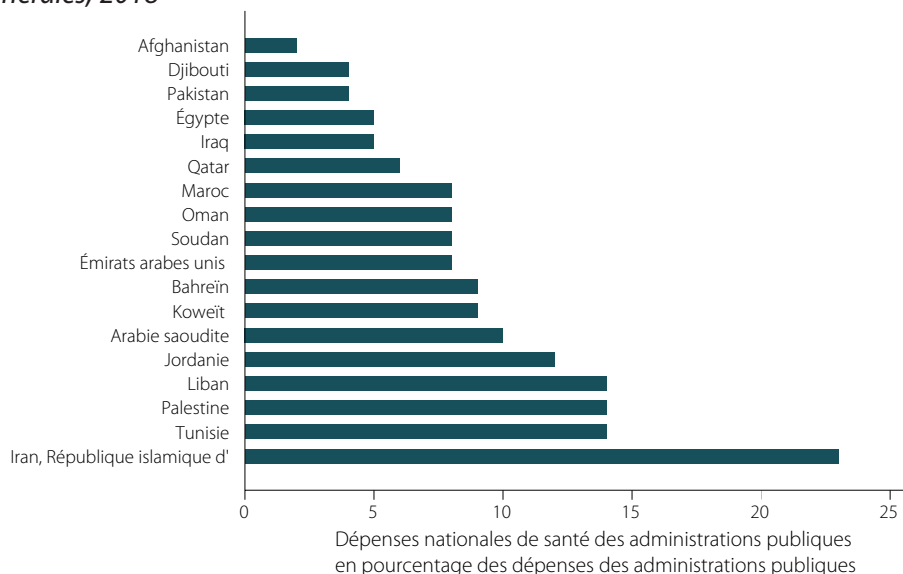
Le financement de la santé est une fonction essentielle des systèmes de santé qui peut permettre d'accélérer la réalisation de la CSU en améliorant la couverture et l'efficacité des services et la protection financière. Des millions de personnes dans le monde n'ont pas accès aux services de santé en raison d'obstacles financiers. De nombreuses autres reçoivent des services de mauvaise qualité, même lorsqu'elles les payent directement de leur poche. La mise en œuvre de politiques soigneusement conçues en faveur du financement de la santé peut contribuer à résoudre ces problèmes. On peut par exemple favoriser la coordination des soins et en améliorer la qualité en prévoyant des arrangements contractuels et des modalités de paiement. Une répartition suffisante et en temps voulu des fonds aux prestataires peut en outre contribuer à assurer une dotation adéquate en personnel et l'achat des médicaments nécessaires pour traiter les patients (39).

La Région de la Méditerranée orientale investit peu dans la santé ; alors qu'elle abritait près de 9 % de la population mondiale en 2015, elle représentait moins de 2 % des dépenses de santé mondiales. Cet investissement insuffisant, qui est aussi observé dans les pays à revenu élevé de la Région, est principalement dû à la faible priorité accordée à la santé dans les programmes nationaux des gouvernements. Cela met une fois de plus en évidence le rôle crucial de la gouvernance et la nécessité d'une planification stratégique fondée sur des données probantes (40).

En 2017, la part moyenne des dépenses de santé dans les dépenses publiques totales était de 8,7 %, un taux inférieur à la moyenne mondiale (10,6 %) et le

troisième plus faible des six Régions de l'OMS. Il existe d'énormes disparités entre les pays de la Région : la part des dépenses de santé publique dans les dépenses totales varie entre 2,3 % en Afghanistan et 22,9 % en République islamique d'Iran. Comme le montre la figure 8, la part des dépenses de santé n'est pas nécessairement liée au niveau de revenu du pays. En effet, dans nombre de pays à revenu élevé, la part des dépenses de santé est plus faible que dans certains pays à revenu intermédiaire.

Fig. 8. Dépenses publiques de santé générales en pourcentage des dépenses publiques générales, 2018



Source : OMS (2020) (9).

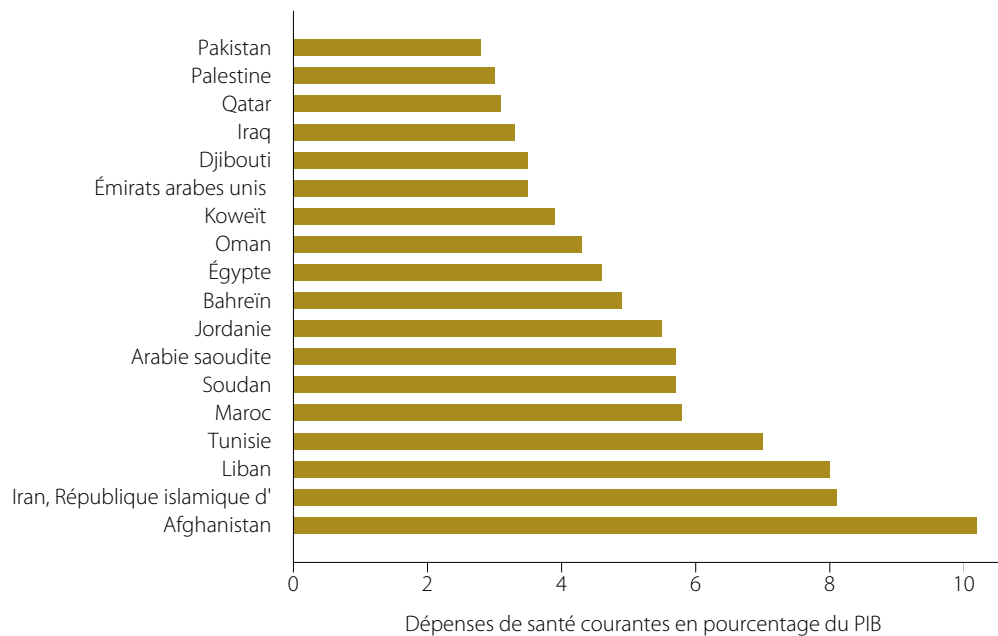
En 2016, les dépenses totales de santé par habitant dans la Région s'élevaient en moyenne à 556 dollars US, ce qui est inférieur à la moyenne mondiale (1001 dollars des États-Unis d'Amérique). La somme était la troisième plus faible des Régions de l'OMS. Les dépenses de santé courantes en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) dans la Région sont inférieures au taux mondial et inférieures à celles des autres Régions de l'OMS, à l'exception de la Région de l'Asie du Sud-Est (tableau 2). La figure 9 montre que les dépenses de santé courantes en pourcentage du PIB sont faibles dans plusieurs pays à revenu élevé. En moyenne, les dépenses de santé courantes par habitant sont inférieures à 100 dollars US en Afghanistan, à Djibouti et au Pakistan, et supérieures à 1000 dollars US dans la plupart des pays du CCG (fig. 10).

Tableau 2. Dépenses moyennes en santé des administrations publiques régionales et mondiales, 2015-2016

	Dépenses de santé courantes par habitant (en dollars US)	Dépenses de santé courantes en pourcentage du PIB (%)	Dépenses publiques de santé générales en pourcentage des dépenses publiques générales (%)
	2015	2016	2015
Régional	556	5,3	8,5
Mondial	1001	6,3	10,6

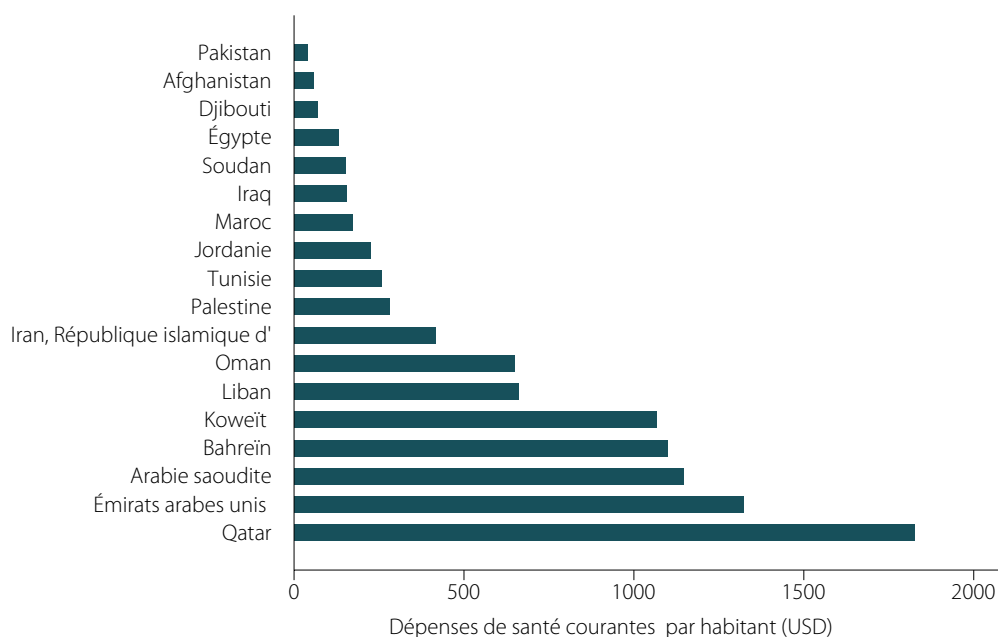
Source : OMS (2019) (10).

Fig. 9. Dépenses de santé courantes en pourcentage du PIB, 2016



Source : OMS (2019) (10).

Fig. 10. Dépenses de santé courantes par habitant, 2017



Source : OMS (2019) (10).

3.4.2 Protection financière

La CSU telle que définie dans l'ODD 3 ne peut être réalisée sans la fourniture d'une protection visant à prévenir les difficultés financières pour les personnes qui ont recours à des services de santé. La protection financière est étroitement liée aux dépenses de santé publique. Les difficultés financières dues aux dépenses de santé ont augmenté dans le monde entre 2000 et 2015, mais cette augmentation a été plus importante dans la Région de la Méditerranée orientale que dans toute autre Région de l'OMS. En 2015, 11,7 % de la population de la Région était confrontée à des dépenses de santé catastrophiques (définies comme des dépenses supérieures à 10 % de leur revenu pour les soins de santé) ; elles étaient de 8 % en 2000 (15). La part des dépenses publiques de santé dans les dépenses de santé courantes était d'environ 50 % entre 2000 et 2015 dans la Région. Vu le faible investissement public dans la santé, la part des dépenses privées de santé est particulièrement élevée ; les paiements directs en sont d'ailleurs un indicateur indirect (40). Les paiements directs représentent en moyenne environ 40 % des dépenses de santé courantes dans la Région depuis 2000. Un examen plus approfondi des dépenses de santé réalisé en 2017 montre que, dans les pays à faible revenu, 36 à 80 % des dépenses de santé étaient financées par des fonds privés (principalement les paiements directs des ménages) ; ce taux était de 30 à 60 % dans les pays à revenu intermédiaire et de 7 à 31 % dans les pays à revenu élevé. Les paiements directs doivent être inférieurs ou égaux à 20 % pour que leur niveau suffise à réduire le risque de dépenses de santé catastrophiques.

L'OMS et la Banque mondiale ont proposé deux mesures pour suivre les progrès réalisés en matière de protection contre les risques financiers dans le cadre de la CSU : les dépenses de santé catastrophiques et les dépenses de santé appauvrissantes. La part des ménages qui consacrent plus de 10 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé est plus faible dans la Région que dans le reste du monde et dans les autres Régions de l'OMS, à l'exception de la Région européenne. La part des ménages qui consacrent plus de 25 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé est plus faible dans la Région que dans le reste du monde (tableau 3) et dans les autres Régions de l'OMS, à l'exception de la Région européenne. On estime que les paiements directs élevés, effectués pour des services de santé en 2015 ont causé des difficultés financières à quelque 55,5 millions de personnes dans la Région et que les dépenses catastrophiques ont plongé quelque 7,7 millions de personnes dans la pauvreté. D'après les données de l'édition 2019 des Statistiques sanitaires mondiales, l'incidence des dépenses de santé catastrophiques dans la Région est inférieure à la moyenne mondiale. Il faut cependant interpréter ces chiffres avec prudence : dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire de la Région, les services de santé sont inaccessibles ou inabordable et les habitants ne cherchent donc pas à s'en prévaloir (41).

Tableau 3. Dépenses moyennes régionales et mondiales des ménages en santé en pourcentage des dépenses ou du revenu, 2007-2015

	Cible 3.8 des ODD	
	Part des ménages qui consacrent plus de 10 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé (%)	Part des ménages qui consacrent plus de 25 % de leurs dépenses ou de leur revenu aux dépenses de santé (%)
	2007-2015	2007-2015
Régional	9,5	1,4
Mondial	11,7	2,6

Source : OMS (2019) (10).

Les pays de la Région ont adopté plusieurs approches pour mieux protéger leurs citoyens contre les risques financiers, notamment l'utilisation de fonds publics et la mise au point de mécanismes de prépaiement. Les trois groupes de revenu de la Région utilisent des systèmes différents pour mobiliser et mettre en commun des fonds destinés à la santé. Les pays à revenu élevé utilisent des recettes publiques provenant essentiellement de l'exploitation des ressources naturelles (principalement le pétrole) pour fournir des services gratuits à tous les citoyens. Cependant, les nombreux expatriés présents dans ces pays ne bénéficient pas des mêmes avantages que les citoyens : ils sont couverts par une assurance-maladie privée ou ont accès à un forfait limité contre un montant nominal. Dans de nombreux cas, ils ne sont pas couverts du tout. La plupart des pays à revenu intermédiaire imposent quant à eux des cotisations à l'assurance-maladie qui permettent d'élargir la couverture aux plus démunis. La part des dépenses directes reste cependant élevée dans nombre de ces pays vu le nombre relativement limité de services offerts, le montant élevé des tickets modérateurs et la couverture insuffisante des groupes de population

vulnérables. Dans les pays à faible revenu, le financement de la santé est insuffisant ; de larges segments de la population ont des difficultés pour payer les services de santé et la part des dépenses directes est très élevée dans certains pays (60 % et plus). Le Soudan, qui en fait partie, a réussi à fournir une couverture partielle aux personnes démunies et issues du secteur informel en utilisant des subventions gouvernementales et des fonds provenant de la *Zakat* (aumône) (42).

3.5 Données sanitaires et systèmes d'information sanitaire

Il est largement admis que les systèmes d'information sanitaire, y compris les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, jouent un rôle clé dans la production de données pour le suivi des programmes et de la performance, l'évaluation de la qualité des soins ainsi que la planification et l'élaboration des politiques. Le treizième PGT de l'OMS insiste clairement sur le rôle essentiel des données dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques de santé visant la réalisation des objectifs du « triple milliard ». Les pays – et l'OMS – doivent consolider les systèmes d'information sanitaire et les systèmes de recherche en santé s'ils souhaitent pouvoir collecter des données fiables et générer des données factuelles valides leur permettant d'exploiter le cadre d'impact du treizième PGT pour suivre les progrès accomplis, y compris dans la mise en œuvre des ODD. L'OMS et la Banque mondiale ont élaboré conjointement un cadre pour faciliter le suivi de la CSU, conformément aux ODD. Le cadre comporte deux composantes principales : 1) la couverture de services de santé essentiels de qualité ; 2) la couverture de la protection financière (15).

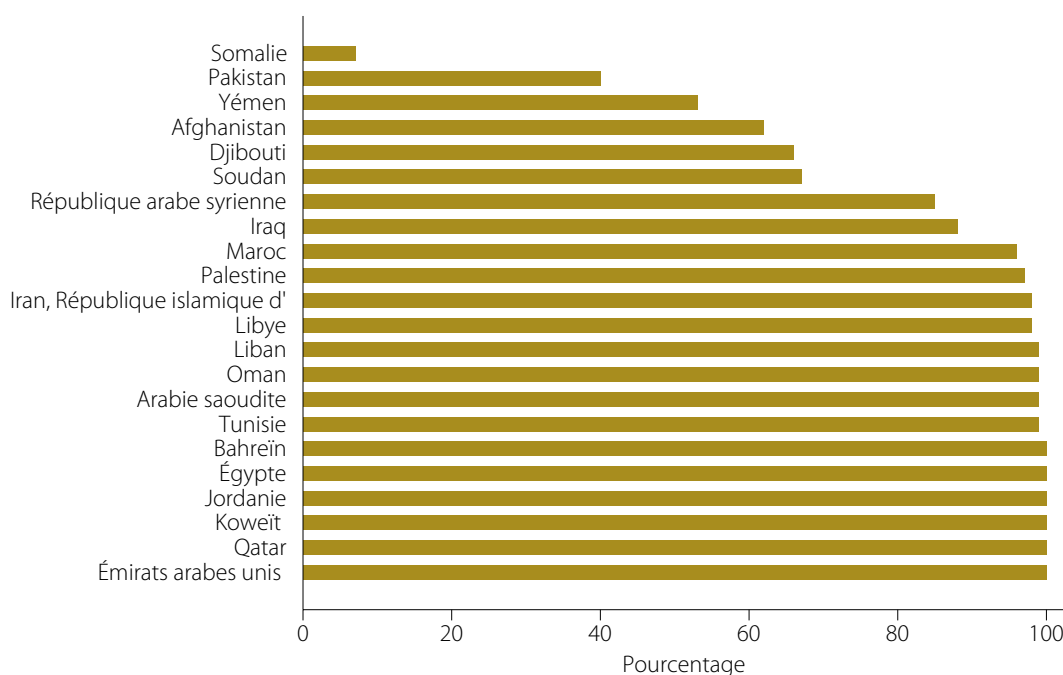
3.5.1 Amélioration de l'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 encourage les pays à générer des données fiables pour suivre les progrès accomplis et éclairer la prise de décisions. En 2012, le Comité régional de la Méditerranée orientale a adopté la résolution EM/RC59/R.3, qui porte sur le renforcement des systèmes de santé. On y demandait aux États Membres de renforcer les systèmes nationaux d'information sanitaire par une meilleure notification des naissances, des décès et de la cause des décès, en améliorant le suivi des expositions aux facteurs de risque et des déterminants sociaux de la santé, de la morbidité, de la mortalité et de la performance du système de santé et en institutionnalisant les études réalisées au sein de la population (43). La résolution EM/RC60/R.7, adoptée par le Comité régional en 2013, invitait également les États Membres à accorder la priorité au renforcement de leurs systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil (44). Ces résolutions ont amené l'OMS et les États Membres à élaborer une série de mesures concrètes visant à améliorer les données nationales sur la santé. Les efforts déployés concernaient essentiellement l'amélioration des données sur les naissances et les décès et l'amélioration des systèmes d'information sanitaire nationaux et des indicateurs de base. Dans le cadre du programme d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil, une stratégie régionale a été élaborée et mise en œuvre pendant la période 2014-2019 (45,46). Des évaluations des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ont été réalisées dans tous

les pays de la Région. Des feuilles de route et des plans d'amélioration ont ensuite été élaborés pour tous les pays. Ces efforts se sont traduits par des améliorations notables dans l'enregistrement des naissances et des décès ainsi que dans la qualité des données notifiées concernant les causes de décès. En 2013, l'exhaustivité de l'enregistrement des naissances se situait entre 0 et 100 % dans les différents pays de la Région, avec une moyenne régionale pondérée de 62 %. Le taux d'enregistrement des décès se situait également entre 0 et 100 %, avec une moyenne régionale pondérée de 23 %. En 2018, les taux d'enregistrement en temps opportun des naissances et des décès dans la Région avaient respectivement atteint 70 % et 54 % (46).

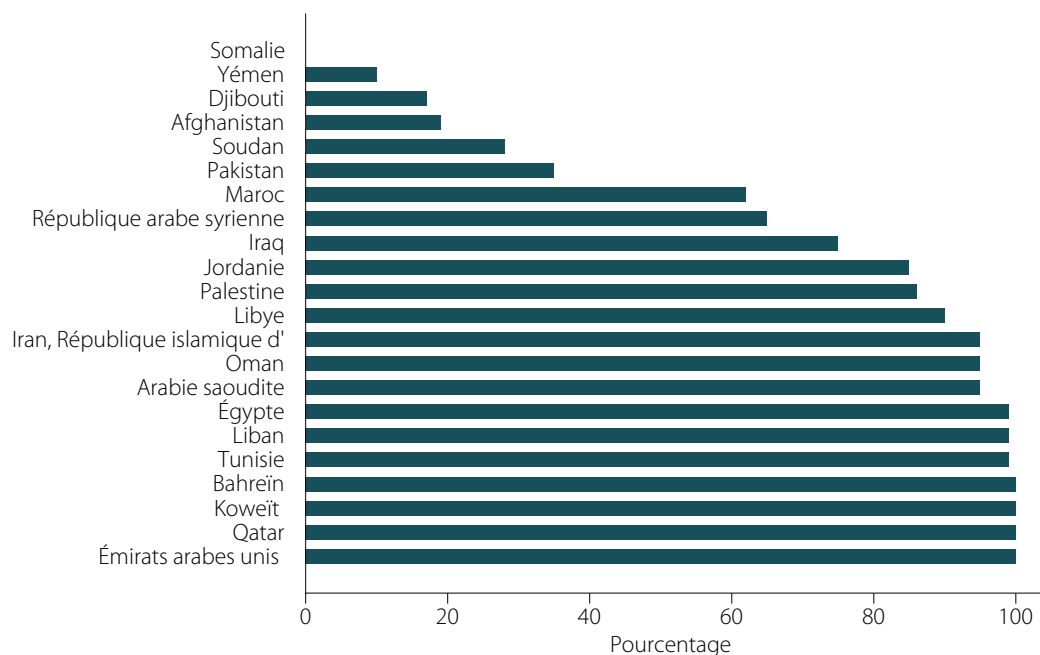
L'une des étapes clés du renforcement des systèmes d'information sanitaire dans la Région consiste à améliorer la capacité des pays à enregistrer avec exactitude les statistiques importantes, notamment les statistiques d'état civil et la mortalité par cause. Tous les pays de la Région disposent de systèmes d'enregistrement des naissances, mais le niveau de couverture varie d'un pays à l'autre. La couverture de l'enregistrement des naissances est supérieure à 90 % dans 14 pays de la Région et inférieure à 70 % dans six pays à faible revenu (fig. 11). À l'exception de la Somalie, tous les pays de la Région enregistrent les décès, mais le niveau de couverture varie. Dans la moitié des pays, la couverture de l'enregistrement des décès est égale ou supérieur à 90 % (fig. 12). En 2018, 14 pays ont notifié des données sur la mortalité ventilées par cause de décès en s'appuyant sur la CIM-10, l'exhaustivité des données dépassant 60 % dans six pays (22). L'exhaustivité moyenne des données concernant les causes de décès dans la Région est de 32 %, ce qui est inférieur au taux mondial (49 %). Parmi les Régions de l'OMS, seules la Région africaine et la Région de l'Asie du Sud-Est affichent un pourcentage inférieur (fig. 13).

Fig. 11. Couverture de l'enregistrement des naissances (%), 2015



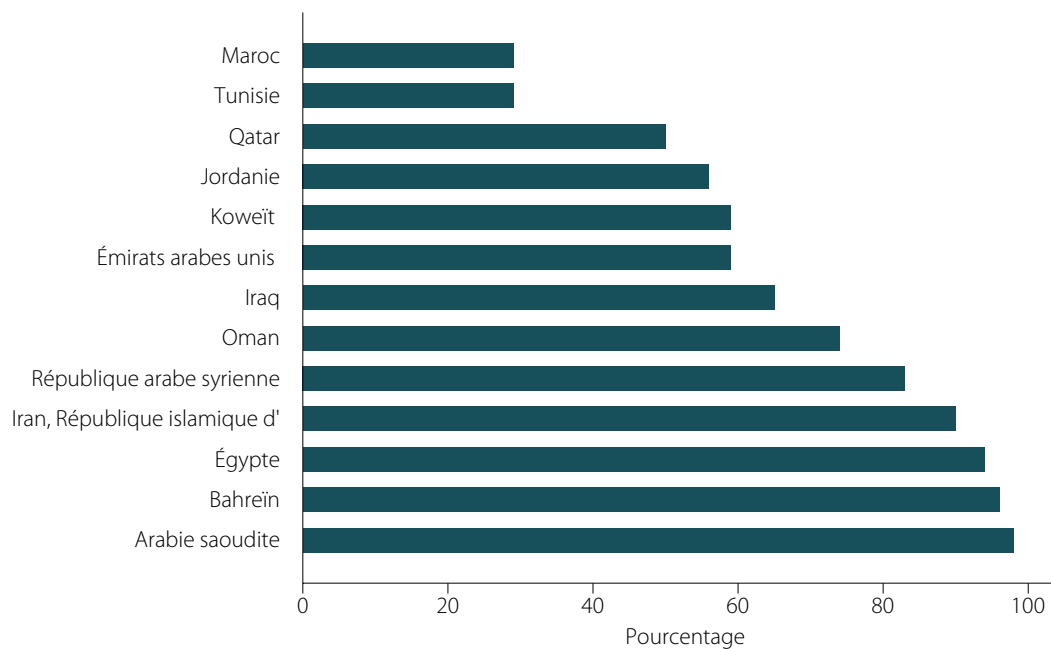
Source : OMS (2020) (9).

Fig. 12. Couverture de l'enregistrement des décès (%), 2015



Source : OMS (2020) (9).

Fig. 13. Exhaustivité de l'enregistrement des causes de décès (%), 2009-2017



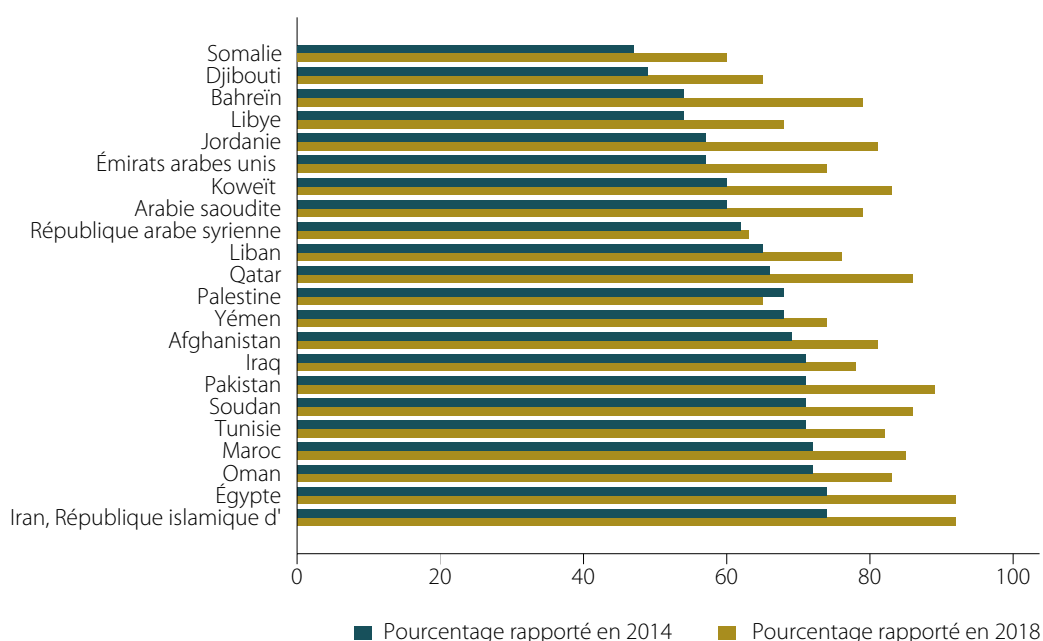
Source : OMS (2020) (9).

3.5.2. Indicateurs sanitaires de base et indicateurs des ODD

Une liste d'indicateurs régionaux de base a été approuvée par le Comité régional en 2014 (résolution EM/RC61/R.1) en vue de renforcer les systèmes d'information sanitaire de la Région. Les indicateurs de base se concentrent sur trois composantes principales : 1) la surveillance des déterminants de la santé et des risques ; 2) l'évaluation de la situation sanitaire, y compris la morbidité et la mortalité par cause spécifique ; et 3) l'évaluation de la réponse du système de santé (47). En 2016, la liste des indicateurs de base a été élargie en consultation avec les pays. Un ensemble d'indicateurs associés aux ODD relatifs à la santé ont été ajoutés, portant ainsi à 75 le nombre total d'indicateurs de base. La liste devrait encore être élargie conformément au cadre d'impact du treizième PGT. La liste des indicateurs de base sera mise à jour en fonction des avancées régionales et mondiales en matière de santé.

On constate une nette amélioration dans toute la Région en ce qui concerne la notification sur les indicateurs de base. On rapporte en effet une augmentation moyenne de 15 % au niveau régional sur la période 2014-2018 (fig. 14). Les données disponibles indiquent que la notification sur les indicateurs de base est comprise entre 76 et 95 % dans 17 pays, et entre 62 et 75 % dans les cinq autres pays (22). Le programme des indicateurs de base a mis en évidence les limites des systèmes nationaux d'information de certains pays. Des programmes d'appui visant à améliorer les systèmes d'information sanitaire courants et les données issues d'enquêtes et de recensement ont donc été mis en place pour le compléter. Depuis 2016, sept pays (Afghanistan, Iraq, Jordanie, Libye, Liban, Oman et Pakistan) ont procédé à une évaluation complète de leur système d'information sanitaire. Trois pays leur ont emboîté le pas en 2019. Les évaluations réalisées ont permis l'élaboration de stratégies d'action nationales. Si un certain nombre de pays progressent, les évaluations révèlent cependant des problèmes dans les systèmes d'information sanitaire eux-mêmes et dans les contextes plus larges dans lesquels ces systèmes fonctionnent. Ces problèmes concernent la gestion des données et les normes ; les cadres juridiques ; l'infrastructure et les capacités d'information sanitaire ; la gouvernance, la coordination et l'organisation des systèmes d'information sanitaire, y compris les systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil ; l'assurance de la qualité ; la certification des décès et les pratiques de codage ; et la diffusion et l'utilisation des données. Un nouveau cadre stratégique allant au-delà des précédents cadres approuvés par le Comité régional et reflétant les nouvelles initiatives régionales et mondiales doit être mis en œuvre pour surmonter ces difficultés. Un nouveau plan stratégique régional (2020-2024) visant à aider les pays à relever ces défis sera finalisé en 2020. L'OMS travaille également en étroite collaboration avec les pays pour mettre en œuvre des enquêtes nationales auprès des ménages, rationaliser les processus et veiller à ce que les informations clés soient mises à la disposition des pays en temps opportun. Des plans d'enquêtes nationales ont été élaborés au Qatar, en République islamique d'Iran et au Soudan.

Fig. 14. Notification sur les indicateurs régionaux de base et les indicateurs des ODD, 2014-2018



Source : OMS (2020) (9).

3.5.3. Amélioration de la surveillance systématique et des systèmes d'information des établissements

Des initiatives sont actuellement prises dans la Région pour améliorer la confidentialité et la précision dans la collecte et le traitement des données, notamment par la mise en place dans les pays de systèmes d'information électronique. Depuis 2015, la Jordanie met en œuvre, avec l'appui de l'OMS, un système interactif de notification électronique innovant. Le programme comprend des modules sur les maladies transmissibles, les MNT, la santé mentale, la préparation en cas de grippe pandémique et la surveillance basée sur les événements. Le système couvre également les réfugiés résidant en Jordanie ; il inclut un module spécifique sur le dépistage de la tuberculose, du VIH et de l'hépatite B chez les réfugiés. Depuis 2017, l'OMS appuie la mise au point et l'extension d'une plateforme informatique (DHIS2) au Liban (48). La plateforme permet de gérer les sites de surveillance existants dans tous les établissements de soins de santé primaires appartenant au réseau du ministère de la Santé publique, ainsi que dans les laboratoires, les hôpitaux, les cliniques privées et les écoles, et d'appuyer la création de nouveaux sites de surveillance (49).

Lors de sa soixante-cinquième session, en 2018, le Comité régional a adopté les résolutions EM/RC65/R.2 et EM/RC65/R.3, qui invitent les États Membres à renforcer les systèmes d'information sanitaire, tant dans le secteur privé que dans le secteur public (50, 51). La résolution EM/RC66/R.5, adoptée en 2019, exhorte quant à elle les pays à garantir l'utilisation systématique des données dans la prise de décisions en matière de santé (52). Récemment, les efforts déployés pour renforcer les systèmes

d'information sanitaire ont été étoffés avec l'adoption de l'Initiative de mesure et d'amélioration des soins de santé primaires et le développement d'une approche similaire à l'appui des systèmes d'information hospitaliers. À la suite de la publication de la onzième révision de la Classification internationale des Maladies (CIM-11), des efforts ont été entrepris pour appuyer son adoption dans les pays en tant que norme de base pour la notification de données sur la mortalité et la morbidité. De nouveaux efforts sont par ailleurs déployés pour englober la Classification internationale des interventions sanitaires, qui doit paraître en 2020. Un appui technique est fourni pour veiller à ce que tous les systèmes de données sanitaires soient fondés sur ces approches mondiales et sur les normes relatives aux données sanitaires approuvées par l'OMS (53).

L'OMS poursuivra ses efforts pour aider les pays de la Région à renforcer leurs systèmes d'information sanitaire. Cela comprend les évaluations complètes des systèmes d'information sanitaire, l'élaboration de stratégies nationales relatives au système d'information sanitaire, le renforcement des capacités nationales en matière de certification et d'analyse des décès et de codage de la CIM, l'amélioration de la notification des données courantes aux niveaux des hôpitaux et des soins primaires et le renforcement de la surveillance des maladies. L'OMS a également accru ses efforts en vue d'améliorer les systèmes d'information des établissements au niveau des soins de santé primaires, ainsi que les systèmes d'information hospitaliers (54). Ces programmes sont essentiels, car ils permettent de garantir que les pays ont accès aux informations nécessaires à la prise de décisions aux niveaux local et national.

3.6 Personnels de santé

La disponibilité et l'accessibilité d'un ensemble équilibré de personnels de santé qualifiés et équitablement répartis sont des éléments clés qui permettent d'avancer sur la voie de la CSU (55). Un seuil minimum de densité de 44,5 médecins, personnels infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants est nécessaire pour faire progresser la CSU. À l'heure actuelle, toutefois, plus de la moitié des pays de la Région de la Méditerranée orientale n'atteignent pas ce seuil (56). En outre, sept pays (Afghanistan, Djibouti, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) se situent en dessous du seuil minimum de densité nécessaire pour assurer les interventions sanitaires de base (23 médecins, personnels infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants). La densité de médecins pour 10 000 habitants dans la Région est inférieure à la moyenne mondiale. Elle est la troisième plus faible des Régions de l'OMS. La densité des personnels infirmiers et des sages-femmes (pour 10 000 habitants) dans la Région est elle aussi inférieure à la moyenne mondiale. Elle est la deuxième plus faible des Régions de l'OMS (tableau 4). La densité des personnels de santé varie énormément selon les pays de la Région, comme le montrent les figures 15 et 16.

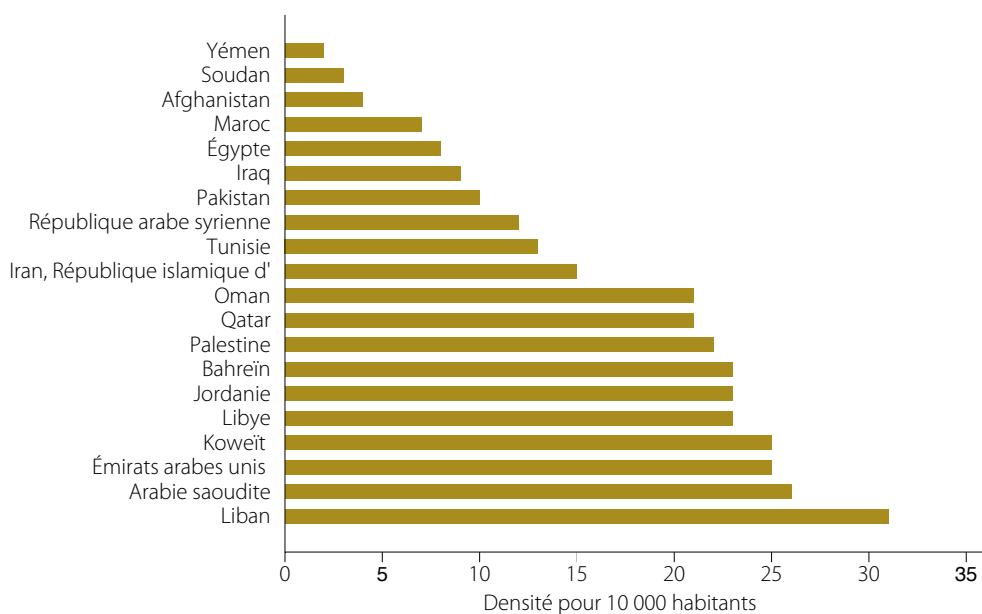
Tableau 4. Densité de médecins, de personnels infirmiers et de sages-femmes dans la Région et dans le monde, 2009-2018*

	Densité (pour 10 000 habitants)	
	Médecins	Personnels infirmiers et sages-femmes
Régional	9,9	15,2
Mondial	15,1	34,8

*La moyenne régionale est calculée à partir de données recueillies sur plusieurs années.

Source : OMS (2020) (9) et OMS (2019) (10).

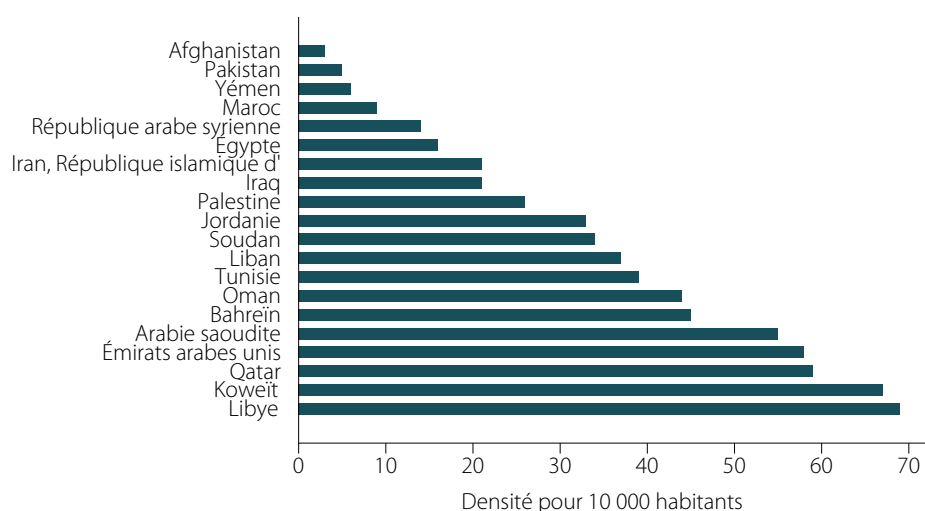
Fig. 15. Densité des médecins, 2009-2018*



*La moyenne régionale est calculée à partir de données recueillies sur plusieurs années.

Source : OMS (2020) (9).

Fig. 16. Densité des personnels infirmiers et des sages-femmes, 2009-2018*



*La moyenne régionale est calculée à partir de données recueillies sur plusieurs années.

Source : OMS (2020) (9).

La pénurie de personnel dans la Région concerne surtout les personnels infirmiers et les sages-femmes, qui représentent plus de 50 % des ressources humaines pour la santé. Contrairement à la tendance mondiale, la pénurie de personnels infirmiers et de sages-femmes devrait augmenter dans la Région d'ici à 2030 si des interventions efficaces ne sont pas mises en œuvre. Pendant la période 2007-2017, la densité de personnels infirmiers et de sages-femmes n'a pas augmenté dans la plupart des pays de la Région, et 11 pays ont même enregistré une baisse. Le rapport entre le nombre de sages-femmes et d'infirmières et le nombre de médecins, qui peut être considéré comme un indicateur indirect de l'éventail des compétences, a également diminué entre 2007 et 2017 dans neuf pays de la Région. Les données disponibles indiquent que le nombre de diplômés en médecine était supérieur au nombre de diplômés en soins infirmiers et obstétricaux dans certains pays de la Région en 2016 (56).

En plus de la pénurie générale de personnels de santé (production et disponibilité), particulièrement sévère dans les pays à faible revenu, la Région doit faire face à d'autres défis, notamment :

- les déséquilibres dans la répartition géographique et l'éventail des compétences des personnels de santé ainsi que dans la représentation des sexes (surtout dans les pays à revenu intermédiaire) ;
- l'accroissement de la mobilité à l'intérieur et à l'extérieur de la Région et la dépendance excessive à l'égard du personnel de santé expatrié (surtout dans les pays du CCG) ou l'exode du personnel de santé qui en résultent ;
- la charge de travail élevée dans le secteur public liée à la pénurie de personnel de santé, la double pratique ou la concurrence du secteur privé ;
- la faible qualité, efficacité et productivité des agents de santé ;

- les situations d'urgence et les conflits prolongés qui entraînent l'exode des personnels de santé et mettent en péril la sûreté et la sécurité des personnels de santé ;
- la forte préférence des personnels de santé pour les grands centres urbains offrant de meilleures perspectives d'emploi au détriment des établissements de soins de santé primaires et des zones rurales (56, 57).

3.6.1 Politiques et cadres réglementaires sur les personnels de santé

Selon les projections de la Commission de haut niveau sur l'emploi dans le secteur de la santé et la croissance économique, il manquera 18 millions d'agents de santé en 2030. En 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la *Stratégie mondiale sur les ressources humaines pour la santé à l'horizon 2030*, qui souligne la nécessité d'augmenter les investissements pour développer, chez les personnels de santé, un éventail durable de compétences qui leur permet de répondre aux besoins de la population, d'atteindre l'ODD 3 et de réaliser la CSU (58). La Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires adoptée en 2018 a également insufflé une dynamique et encouragé les États Membres à améliorer leurs systèmes de soins de santé primaires en mettant l'accent sur la médecine familiale et la constitution d'équipes multidisciplinaires d'agents de santé. Des équipes interdisciplinaires ont notamment été créées au Liban, où le personnel infirmier est utilisé pour prendre en charge les maladies chroniques et la santé mentale, ainsi qu'à Oman, qui a adopté un programme de soins infirmiers communautaires (56).

Les politiques et stratégies visant le développement des personnels de santé sont généralement insuffisantes dans les pays de la Région. Sept pays seulement (Afghanistan, République islamique d'Iran, Jordanie, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) ont élaboré des plans stratégiques complets sur les ressources humaines pour la santé. Les capacités de gouvernance des personnels de santé sont également limitées par le faible pouvoir des départements/directions au sein des ministères de la Santé, le manque de gestionnaires de personnels de santé qualifiés et la collaboration multisectorielle sous-optimale (59). Afin de répondre aux défis liés à la disponibilité et à la compétence des personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale, le Comité régional a approuvé, en 2017, le *cadre d'action pour le développement des personnels de santé 2017-2030*. Ce dispositif invite les pays à élaborer des plans stratégiques complets sur les personnels de santé, à renforcer les capacités en matière de gouvernance et de réglementation et à améliorer l'information et les données factuelles relatives aux personnels de santé. Il suggère que la première étape consiste à utiliser plus efficacement la main-d'œuvre existante en offrant des formations et un perfectionnement en continu, ainsi qu'en procédant à une redistribution et à un redéploiement des personnels de santé disponibles. Parmi les autres engagements régionaux pris en faveur du développement des personnels de santé figurent le cadre d'action régional pour le renforcement des soins infirmiers et obstétricaux (2016-2025), qui a été suivi, en octobre 2019, d'un appel à l'action du Comité régional en vue d'accélérer le renforcement des personnels infirmiers et obstétricaux, et le cadre d'action régional sur l'enseignement médical, qui a été approuvé par le Comité régional en 2015.

3.6.2 Information sur les personnels de santé

Des informations et des données factuelles fiables et actualisées sont cruciales pour la planification, le recrutement, le déploiement et la rétention des personnels de santé. Il existe de graves lacunes en matière d'information sur les personnels de santé dans la Région de la Méditerranée orientale, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Ces lacunes peuvent avoir une incidence sur la gestion des ressources humaines (60).

L'OMS s'emploie à renforcer les systèmes d'information sur les personnels de santé en mettant en place des observatoires des personnels de santé et en fixant des indicateurs pour mesurer la performance, tout en prenant en compte la participation accrue du secteur privé à la formation et à l'emploi des ressources humaines pour la santé. On rapporte quelques améliorations notables dans la collecte de données sur les personnels de santé, notamment : la création d'observatoires des personnels de santé en Jordanie, en Libye, au Maroc, en Palestine et au Soudan ; l'élaboration d'une politique visant à améliorer la rétention des personnels de santé dans les milieux ruraux en Afghanistan ; et la création d'une banque de données et d'un centre de ressources humaines pour la recherche en santé au sein du ministère de la Santé et de l'Enseignement médical de la République islamique d'Iran.

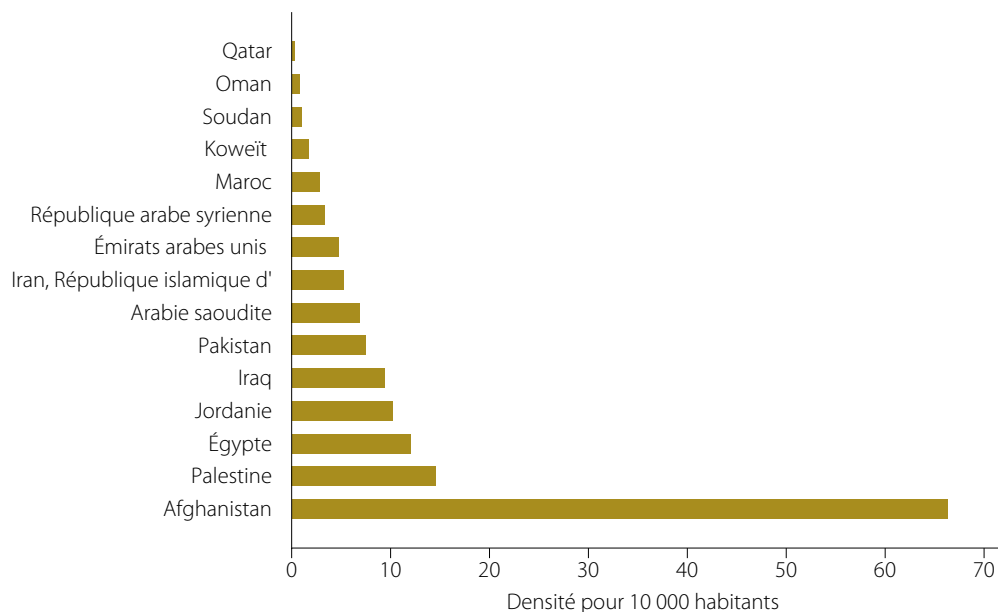
Les comptes nationaux des personnels de santé ont été créés par l'OMS pour faciliter la standardisation des systèmes d'information sur les personnels de santé afin de garantir l'interopérabilité et de produire des données comparables aux niveaux infranational, national, régional et international, ainsi que pour contribuer au suivi de la performance des personnels de santé et des politiques adoptées en la matière. Des outils ont été mis au point pour aider les pays à identifier les indicateurs appropriés et réalisables pour le suivi de leurs personnels de santé, à savoir un manuel comprenant 10 modules et détaillant 78 indicateurs, un guide de mise en œuvre et une plateforme en ligne (61). En 2017, le Bureau régional de la Méditerranée orientale a organisé une réunion pour présenter les comptes nationaux des personnels de santé et aider les pays à prendre des mesures pour créer, conformément aux cadres internationaux en vigueur et en tenant compte du contexte local, des observatoires nationaux des personnels de santé ou renforcer les dispositifs existants (62).

3.6.3 Qualité de la formation des personnels de santé et rôle des universités

En 2015, l'OMS a réalisé une évaluation de la situation de l'enseignement médical dans la Région. Celle-ci a révélé que 30 à 40 % des établissements participants n'avaient pas de système d'accréditation et que les programmes de perfectionnement du corps enseignant étaient peu développés, voire inexistants. Les difficultés rencontrées par les facultés de médecine dans l'évaluation des étudiants, l'évaluation des programmes et les méthodes de formation ont une incidence sur la qualité globale du personnel de santé. Dans la majorité des facultés de médecine, les méthodes de formation sont centrées sur les enseignants et ne mettent pas l'accent sur la résolution de problèmes et les stratégies communautaires. Les systèmes de formation continue des professionnels de la santé ne sont pas très développés dans la plupart des pays de la Région, et ils sont absents dans plus de la moitié des pays. Malgré la forte augmentation du nombre de médecins formés observée depuis le début des années 2000, la qualité de l'enseignement médical reste une

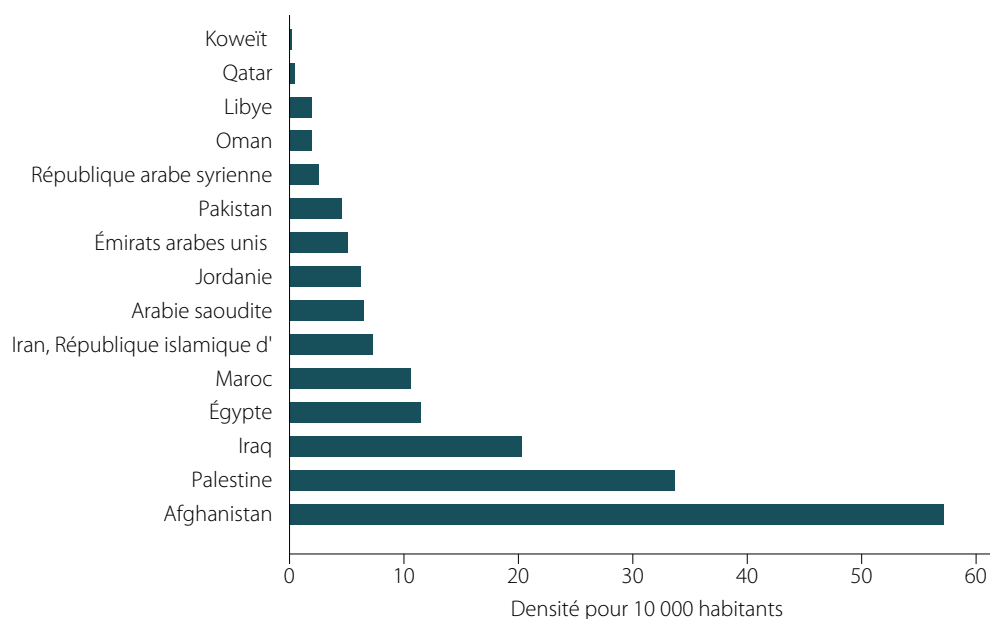
préoccupation majeure dans la Région (63). Les données sur la densité de jeunes diplômés (fig. 17 et 18) montrent que, même s'ils affichent la plus forte densité de personnels de santé, les pays à revenu élevé contribuent peu à la production de personnels de santé. La qualité des personnels dépend donc de la qualité de l'enseignement médical dans les pays exportateurs.

Fig. 17. Densité de médecins récemment diplômés, 2014-2018*



*La moyenne régionale est calculée à partir de données recueillies sur plusieurs années.
Source : OMS (2020) (9).

Fig. 18. Densité de personnels infirmiers et de sages-femmes récemment diplômés, 2017



Source : OMS (2020) (9).

Plusieurs initiatives ont été prises pour améliorer la qualité de la formation des personnels de santé dans la Région, notamment : l'élaboration d'un programme type de formation en soins infirmiers qui a été utilisé pour orienter l'évaluation de ces programmes dans de nombreux pays de la Région ; l'élaboration et la mise à l'essai d'un programme de renforcement des capacités des infirmières généralistes pour la fourniture de soins de santé mentale ; l'intégration du programme multiprofessionnel énoncé dans le Guide pédagogique de l'OMS sur la sécurité des patients dans 21 établissements universitaires offrant des programmes de formation en santé à Oman ; la révision et la mise à jour du programme de formation du personnel des laboratoires médicaux au Soudan ; et la création d'un programme de licence en soins infirmiers au Yémen (22).

3.6.4 Protection des personnels de santé dans les situations d'urgence

En 2018, 725 attaques ont été perpétrées contre des agents de santé dans la Région de la Méditerranée orientale, faisant 137 morts (22). Sur les 244 attaques contre des établissements de soins enregistrées par l'OMS dans le monde pendant le premier trimestre de 2018, 76 % se sont produites dans la Région de la Méditerranée orientale. De telles attaques menacent la survie des programmes de santé et la prestation sanitaire dans les zones touchées. Les personnels de santé de la Région ont eux-mêmes été victimes d'attaques à de nombreuses occasions lors de conflits et de situations d'urgence. En 2018 seulement, huit agents de santé ont été tués ou blessés et 74 attaques contre des établissements de santé ont été confirmées en République arabe syrienne (64).

Des mesures spécifiques doivent être prises pour protéger les établissements et le personnel et ainsi assurer la sûreté et la sécurité des agents de santé. Il faut notamment obtenir la collaboration et la confiance des populations en encourageant la participation de la communauté ; utiliser une signalisation simple et visible pour indiquer la tenue d'activités de prestation de soins de santé ; sensibiliser les agents de santé au droit international humanitaire, aux droits de l'homme et à l'éthique afin qu'ils comprennent leurs droits et leurs responsabilités dans les conflits armés et les autres situations d'urgence ; et communiquer avec les acteurs de la société civile, notamment les chefs religieux et communautaires, afin de renforcer le dialogue sur la protection des services de santé et des agents de santé (65). Le *Plan d'action mondial de l'OMS pour la santé des travailleurs 2008-2017 : base de référence pour la mise en œuvre* est en cours d'évaluation. Le plan révisé devrait refléter les besoins et les priorités de la Région de la Méditerranée orientale (66).

3.7 Accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits sanitaires

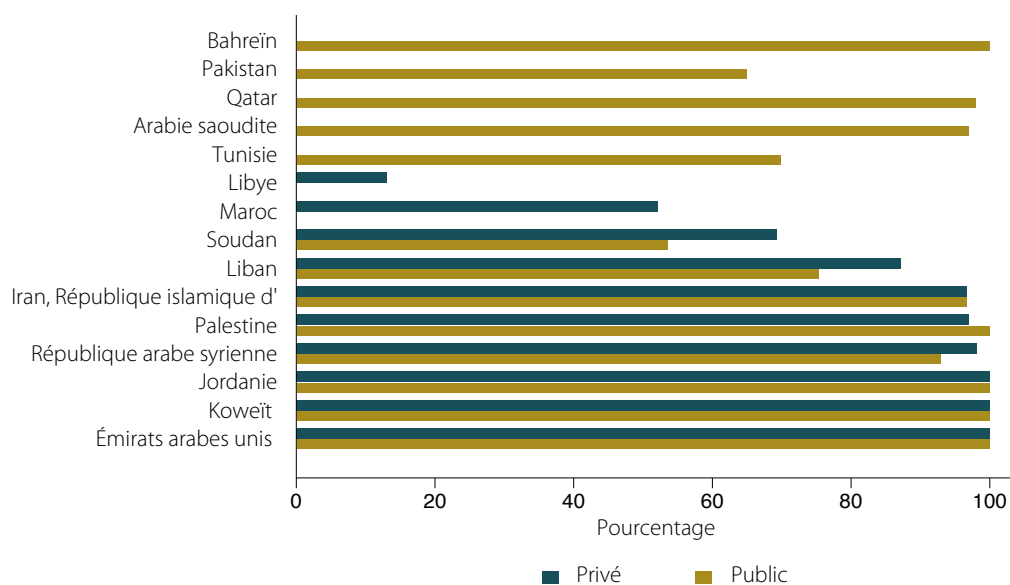
3.7.1 Accès aux médicaments essentiels

Un tiers de la population mondiale ne bénéficie pas d'un accès fiable et durable aux médicaments essentiels ou à des médicaments dont l'innocuité, la qualité et l'efficacité sont garanties. Selon l'OMS, on pourrait sauver environ 10 millions de vies chaque année en améliorant l'accès aux médicaments et vaccins essentiels. D'après l'Organisation, les médicaments essentiels sont « ceux qui satisfont aux besoins prioritaires de la population en matière de soins de santé ». La classification d'un médicament comme « essentiel » est une responsabilité nationale. Les

médicaments essentiels doivent être mis à la disposition de tous, sans discrimination et à un prix abordable, dans le cadre d'un système de santé opérationnel qui en garantit la qualité (67). Dans la Région de la Méditerranée orientale, 12 pays sur 22 ont mis en place une politique pharmaceutique officielle, quatre ont élaboré un projet de politique pharmaceutique et six n'ont fait aucune démarche en ce sens. La moitié des pays de la Région tiennent une liste des médicaments essentiels.

Les informations sur le niveau d'accès aux médicaments essentiels dans la Région sont limitées. Environ 50 % des pays publient des chiffres sur la disponibilité d'une sélection de médicaments essentiels dans les établissements de santé publique et seulement huit pays (35 %) publient des chiffres sur la disponibilité de ces médicaments dans les établissements de santé privés (fig. 19). La disponibilité des médicaments essentiels est généralement plus importante dans le secteur privé que dans le secteur public, et la plupart des pays à revenu faible ou intermédiaire de la Région souffrent de graves pénuries de médicaments essentiels, tant dans le secteur public que privé.

Fig. 19. Disponibilité des médicaments essentiels (%) dans les établissements de santé publics et privés de certains pays, 2018



Source : OMS (2020) (9).

Les pays de la Région doivent revoir leurs politiques et réglementations nationales afin d'améliorer la bonne gouvernance dans les pratiques pharmaceutiques. Des efforts ont été déployés dans plusieurs pays : des enquêtes sur les politiques et réglementations nationales relatives à la médecine traditionnelle et complémentaire ont été menées dans huit pays (Afghanistan, Jordanie, Liban, Maroc, Oman, République arabe syrienne, Somalie et Tunisie) et des évaluations des capacités nationales en matière de réglementation des médicaments et des vaccins ont été réalisées dans huit pays (Arabie saoudite, Égypte, République islamique d'Iran, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan et Tunisie). Celles-ci ont débouché sur la formulation de plans de développement institutionnel pour les autorités nationales de réglementation.

En 2018, une enquête sur les capacités des fabricants pharmaceutiques de la Région a révélé un faible niveau de conformité aux exigences des bonnes pratiques de fabrication et une capacité limitée à atteindre l'autosuffisance. La plupart des compagnies pharmaceutiques de la Région fabriquent des produits finis, et moins de 20 % d'entre elles produisent des principes actifs. Elles sont encore moins nombreuses à faire de la recherche-développement. D'après les données d'une enquête sur les systèmes de pharmacovigilance dans la Région, 13 pays sont membres de plein droit du Programme OMS de pharmacovigilance internationale et six en pays sont membres associés. Quatorze pays se sont dotés de dispositions juridiques sur les fonctions de pharmacovigilance ainsi que d'une structure définie, avec des responsabilités claires, pour mener à bien les activités de vigilance. L'insuffisance des ressources financières et humaines est l'un des obstacles que les États Membres doivent surmonter pour mener des activités de vigilance.

D'après une enquête régionale menée en 2018, 60 % des pays ont établi des directives spécifiques pour réglementer les produits biotérapeutiques courants et les produits biotérapeutiques similaires. Le Bureau régional de l'OMS participe aussi activement à l'Initiative d'harmonisation de la réglementation des médicaments en Afrique afin de promouvoir l'incorporation de la Loi type de l'Union africaine sur la réglementation des médicaments dans les pays africains (22).

3.7.2 Technologies d'assistance

Les données disponibles suggèrent une hausse des besoins en matière de technologies d'assistance dans la Région de la Méditerranée orientale. Plusieurs facteurs peuvent être en cause, notamment l'augmentation progressive de la proportion de personnes âgées (qui devrait atteindre près de 15 % en 2050), l'augmentation des MNT et le nombre croissant d'incapacités dues à des traumatismes liés aux accidents de la circulation non mortels et aux situations d'urgence.

En 2017, une enquête d'évaluation rapide sur la situation des technologies d'assistance a été menée dans 17 pays de la Région. Les résultats ont montré que la prestation de services et les mécanismes réglementaires pour les technologies d'assistance sont inadaptés ou inexistant dans de nombreux pays. Au niveau des politiques, les États Membres ont réagi à cette question cruciale de santé publique en adoptant, en 2016, la résolution EM/RC63/R.3. Celle-ci vise à améliorer l'accès aux aides techniques et leur intégration dans les systèmes de santé en tant que composante essentielle de la CSU. Au niveau mondial, et grâce aux efforts de leadership du Gouvernement du Pakistan, la Soixante et Onzième Assemblée mondiale, qui a eu lieu en 2018, a adopté la résolution WHA71.8 sur l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance (68). Un cadre d'action stratégique pour l'amélioration de l'accès aux technologies d'assistance a été élaboré en étroite consultation avec les États Membres. Il est en cours de mise en œuvre à Bahreïn et en Iraq.

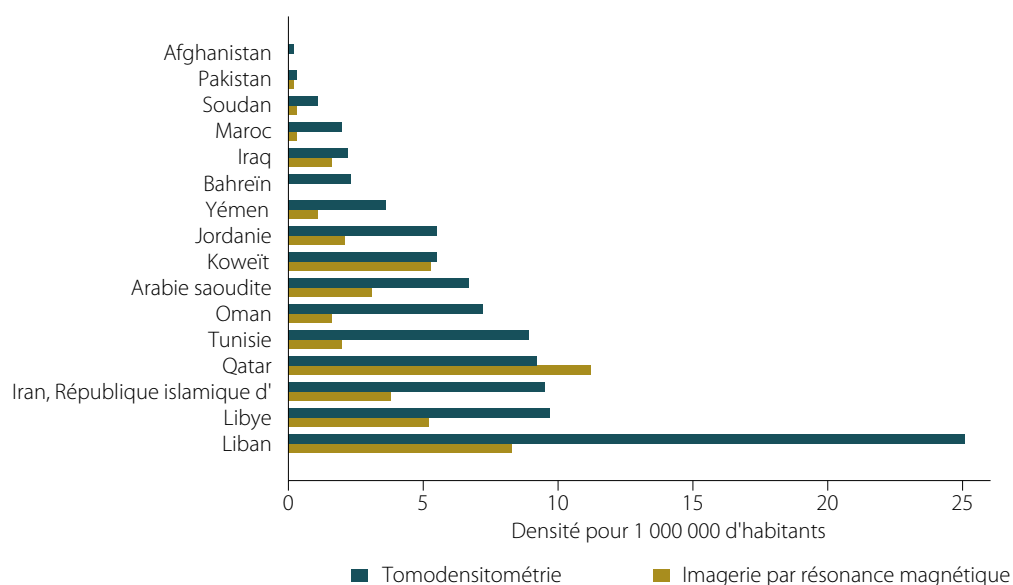
Les efforts régionaux sont fortement liés à l'initiative de coopération mondiale relative aux technologies d'assistance (initiative GATE). Les pays peuvent tirer parti de cette initiative pour couvrir les éléments essentiels à la bonne réalisation d'une

stratégie pour les technologies d'assistance (politiques et financement, produits, personnels et prestation de services). En vue de soutenir les pays dans la mise en œuvre de leur engagement à améliorer l'accès aux aides techniques, l'initiative GATE a tout d'abord procédé à l'élaboration d'une liste des aides techniques prioritaires.

3.7.3 Dispositifs médicaux sélectionnés

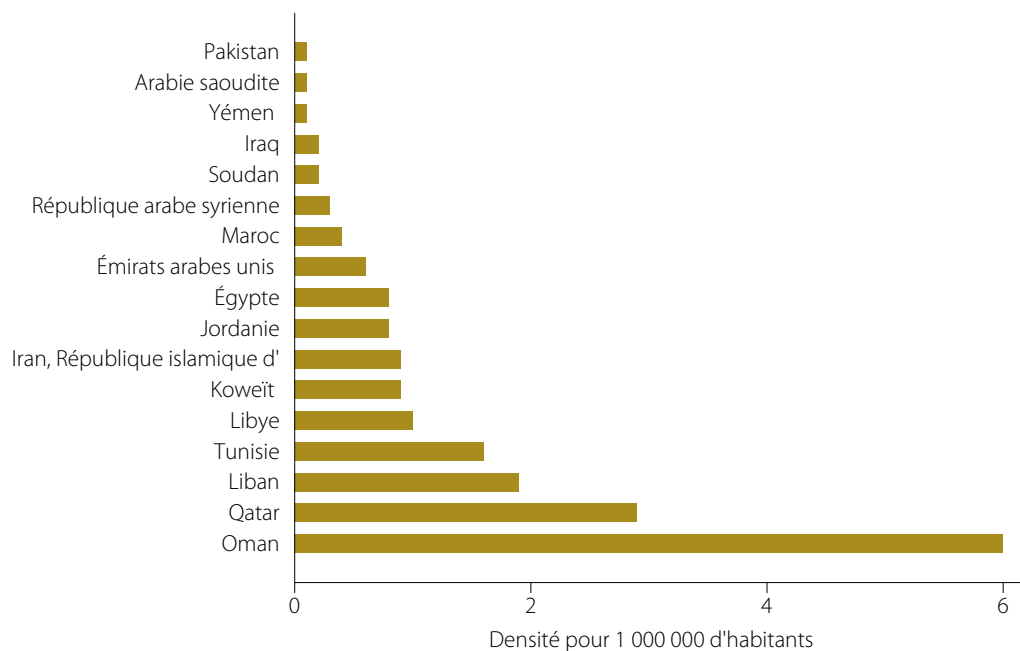
Dans la Région de la Méditerranée orientale, la disponibilité des dispositifs médicaux (tomodensitométrie, imagerie par résonance magnétique, mammographie, radiothérapie) varie considérablement d'un pays à l'autre. La densité de dispositifs médicaux (pour 1 million d'habitants) dans les établissements publics et privés est extrêmement faible dans de nombreux pays à revenu faible ou intermédiaire, et même dans certains pays à revenu élevé (fig. 20-22). Cela a une incidence sur la capacité du personnel médical à diagnostiquer, prévenir, surveiller et/ou traiter les maladies et les blessures (69).

Fig. 20. Densité des tomodensitomètres et des équipements d'imagerie par résonance magnétique dans les établissements de santé publics et privés, 2013-2018



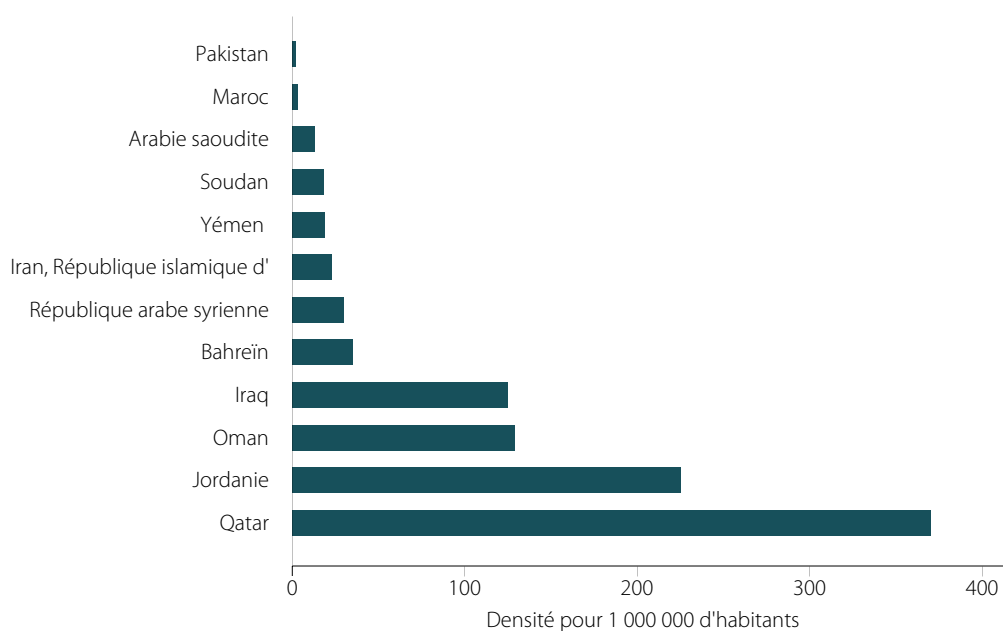
Source : OMS (2020) (9).

Fig. 21. Densité des équipements de radiothérapie dans les établissements de santé publics et privés, 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

Fig. 22. Densité des équipements de mammographie dans les établissements de santé publics et privés, 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

3.7.4 Disponibilité de produits essentiels ou de produits d'importance vitale

La Commission des Nations Unies sur les produits d'importance vitale pour les femmes et les enfants a dressé et approuvé une liste préliminaire de 13 produits d'importance vitale qui, s'ils étaient plus largement accessibles et adéquatement utilisés, pourraient sauver la vie de plus de 6 millions de femmes et d'enfants. La liste comprend les préservatifs féminins, l'ocytocine, les antibiotiques injectables, l'amoxicilline, les implants contraceptifs, le misoprostol, les corticostéroïdes prénatals, les sels de réhydratation orale, la contraception d'urgence, la chlorhexidine, le sulfate de magnésium, le zinc et les appareils de réanimation. L'élargissement de l'accès à ces produits dans la Région est l'un des moyens les plus efficaces de tirer le meilleur parti des investissements en santé et d'éviter des millions de décès de mères et d'enfants (70).

3.8 Capacité de recherche et utilisation de données factuelles

3.8.1 Capacité et résultats de la recherche

La recherche en santé est cruciale pour renforcer les systèmes de santé, comprendre les causes de la mauvaise santé et prévoir et atténuer les effets de différents facteurs sur la santé. Les ressources limitées allouées à la recherche en santé doivent être utilisées efficacement pour répondre aux attentes croissantes en ce qui concerne l'amélioration de l'espérance de vie et de la santé dans la Région de la Méditerranée orientale. Il convient de promouvoir une culture de la recherche, de renforcer les capacités en la matière et de témoigner d'une réelle volonté si l'on souhaite planifier, concevoir et mener des travaux de recherche de qualité, en diffuser les résultats et veiller à ce qu'ils servent à l'élaboration des politiques et des interventions en matière de santé (71).

La Région n'a pas les capacités suffisantes pour produire et utiliser tous les types de recherches (y compris les analyses systématiques) permettant de répondre aux priorités sanitaires (72). Une analyse de situation réalisée en 2014 a révélé que seules 19,1 % des analyses recensées correspondaient aux besoins prioritaires exprimés par les responsables de l'élaboration des politiques et les décideurs et qu'aucune analyse systématique ne ciblait la Région de la Méditerranée orientale. De plus, seulement 1,5 % des analyses systématiques recensées avaient été rédigées par au moins un auteur vivant dans la Région. Ces résultats témoignent de l'existence de lacunes en matière de gouvernance et de financement de la recherche sur les systèmes de santé. Il faut en outre améliorer la présentation des résultats des travaux de recherche et en faciliter l'accès aux responsables de l'élaboration des politiques afin qu'ils puissent être pris en compte dans les décisions fondées sur des données factuelles (73, 74). Cochrane ne dispose que d'un centre géographique actif dans la Région (République islamique d'Iran) et la Région ne compte que deux registres agréés par l'OMS pour les essais contrôlés randomisés (Liban et République islamique d'Iran) (75, 76, 77). Le nombre d'institutions de recherche de la Région désignées comme centres collaborateurs de l'OMS a été plus faible que prévu (78).

Les résultats de la recherche en santé ont été multipliés par cinq dans la Région sur une période de 10 ans (2004-2013), ce qui a également conduit à une augmentation de la part de la Région dans la production mondiale de recherche, qui est passée de 0,9 à 2,4 %. La production de recherche en santé par habitant était la plus élevée au Qatar, suivie par la République islamique d'Iran, la Tunisie, le Koweït et le Liban (77, 79). Toutefois, la part de la Région dans la production mondiale de recherche est encore très faible et les progrès ne sont pas répartis uniformément, quelques pays représentant une proportion importante des publications. De 2004 à 2013, la République islamique d'Iran a été à l'origine de la part la plus importante de publications (39,3 % de tous les articles associés indexés sur PubMed), suivie par l'Égypte (14,1 %), l'Arabie saoudite (10,6 %), la Tunisie (8,1 %) et le Pakistan (7,8 %). Les 17 autres pays de la Région ont chacun une contribution inférieure à 4 % ; ils représentent, ensemble, environ 20 % de la production régionale de recherche (79, 80).

3.8.2 Priorités de la recherche, gouvernance et soutien à la recherche en santé

Même lorsque des fonds sont alloués à la recherche-développement, ils ne correspondent pas bien aux besoins mondiaux en matière de santé publique. Des données de 2016 de l'Organisation de coopération et de développement économiques indiquent que seuls 18 des 139 pays (12,9 %) ayant bénéficié d'une aide publique au développement ont réussi à atteindre les cibles envisagées pour la recherche médicale et les soins de santé de base (10).

Dans le cadre d'un exercice de cartographie des instituts de recherche de la Région, la majorité (plus de 75 %) des établissements participants ont déclaré mener des travaux de recherche en santé publique. Les autres domaines de recherche les plus populaires étaient la recherche sociale/comportementale et la recherche clinique/expérimentale. Les institutions de la Région mènent très peu de recherches sur les politiques et les systèmes de santé. La plupart, en particulier les institutions du secteur public et les organisations non gouvernementales, ont déclaré s'être dotées d'un conseil consultatif (65 %). Près de 75 % des institutions, principalement celles situées dans les pays à revenu élevé, ont déclaré s'être dotées d'un comité d'éthique. La moitié seulement des institutions ont déclaré disposer de politiques visant à assurer le respect par les chercheurs des règles énoncées par le Comité d'éthique de la recherche (81).

La plupart des pays de la Région n'ont pas de programme national sur les priorités de la recherche en santé. Même lorsque des priorités sont fixées, rien ne garantit qu'elles sont respectées. La définition et la mise en œuvre de priorités de recherche au niveau national et même institutionnel comporte des défis (82). Citons notamment l'insuffisance des ressources nationales, régionales et internationales allouées au financement des institutions de recherche en santé ; le manque de stratégies et de politiques nationales régissant la recherche en santé ; le sous-développement des capacités humaines en matière de recherche ; l'absence de dialogue constructif entre les responsables de l'élaboration des politiques et les chercheurs en santé pour améliorer la planification et la conduite des recherches

sur les politiques et les systèmes de santé ; et l'utilisation limitée des résultats des travaux de recherche pour l'élaboration des politiques de santé publique et le développement des systèmes de santé (81).

La « fuite des cerveaux » est un autre défi majeur auquel doivent faire face les pays de la Région. D'après un classement du Forum économique mondial, l'Égypte, le Liban et la République islamique d'Iran se classent parmi les 40 pays du monde les plus vulnérables à la fuite des cerveaux. Cependant, les pays du CCG, en particulier l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis, Oman et le Qatar, obtiennent de bons résultats au classement. Compte tenu des ressources limitées allouées à la recherche dans la Région, les systèmes de santé doivent se doter d'une structure solide, assortie de normes bien définies, qui leur permette de fixer leurs priorités et de privilégier des travaux de recherche de qualité répondant aux difficultés et aux besoins existants. Les capacités stratégiques et institutionnelles limitées compliquent la définition de priorités et la coordination et la supervision des initiatives de recherche en santé qui sont nécessaires pour résoudre les problèmes de santé dans la Région (83).

Des initiatives ont cependant été prises pour résoudre ces problèmes et améliorer la situation de la recherche dans la Région. De nombreux pays du CCG tentent de faire revenir des chercheurs dans la Région en leur offrant de généreuses bourses de recherche dans les établissements nationaux ainsi qu'un soutien comparable à celui offert par les grandes institutions de recherche internationales. La promotion de la recherche collaborative pourrait être une autre solution pour faire face aux défis auxquels fait face la Région dans le domaine de la recherche en santé (81). L'OMS octroie deux subventions de recherche coordonnées selon un cycle biennal afin d'améliorer les capacités de recherche dans les États Membres de la Région et de fournir des données factuelles permettant d'agir sur des questions de santé cruciales. L'allocation spéciale pour la recherche dans des domaines prioritaires en santé publique bénéficie du soutien sans faille du Bureau régional. Quant au programme de petites subventions, il est mis en œuvre conjointement par le Bureau régional et le Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), le programme mondial TDR assurant le financement. Depuis l'exercice de définition de priorités de recherche explicites mené par l'OMS en 2016, ces deux subventions font l'objet d'une annonce. Il convient de noter que les deux subventions sont modestes et qu'elles permettent d'accompagner chacune seulement 10 à 15 projets par an.

L'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé a été créée en 1999. Il s'agit d'un partenariat hébergé par l'OMS qui vise à accroître les capacités institutionnelles pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et à renforcer les systèmes de santé dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'Alliance a appuyé la création dans certaines régions, dont la Méditerranée orientale, de centres d'analyse systématique en charge de la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Le centre situé au Liban a participé au renforcement des capacités de recherche sur les politiques et les systèmes de santé et collaboré avec plusieurs établissements universitaires/institutions de recherche basés dans trois pays de la Région (Bahreïn, Jordanie et Tunisie) (84, 85). L'Alliance a également aidé des équipes de recherche d'autres pays à réaliser des études prioritaires aux niveaux

mondial et régional. Le Bureau régional a en outre créé, en coordination avec l'Alliance, une subvention à la recherche visant l'amélioration de la mise en œuvre des programmes par l'intégration de la recherche (iPIER). Des fonds de recherche sont également proposés ponctuellement par de grandes institutions mondiales de financement de la recherche comme les Instituts nationaux de la Santé des États-Unis, le Wellcome Trust et le Conseil britannique de la recherche médicale. Toutefois, la Région n'absorbe toujours qu'une faible part du financement externe des recherches en santé.

3.8.3. Utilisation de données de recherche pour l'élaboration de politiques

La disponibilité des données de la recherche pour l'élaboration des politiques reste problématique dans la Région de la Méditerranée orientale. Cela est notamment dû à l'opacité ou à l'insuffisance des études menées dans les pays de la Région, ainsi qu'à la capacité limitée des décideurs à évaluer et à utiliser les meilleures données probantes disponibles. L'Index Medicus de la Région de la Méditerranée orientale donne accès à des travaux de recherche publiés dans les langues nationales ou dans des revues scientifiques qui ne sont pas répertoriées dans les principales bases de données internationales de littérature spécialisée (86). Il comprend actuellement plus de 200 000 références bibliographiques issues d'environ 700 revues de santé et de biomédecine évaluées par des pairs et publiées dans 20 pays de la Région. La principale limite réside dans la disponibilité et l'utilisation des sources de données consolidées, y compris les analyses systématiques de la littérature publiée (87).

Les résultats des enquêtes sur les institutions de recherche et les ministères de la Santé menées dans l'ensemble de la Région suggèrent que l'importance de l'utilisation de données probantes dans les politiques de santé est reconnue, mais que l'application des connaissances est entravée par l'interaction limitée entre les chercheurs et les décideurs au cours du processus d'élaboration des politiques ; le manque d'incitations institutionnelles et financières visant à soutenir l'application des connaissances ; la sensibilité politique de certains résultats de recherche ; les obstacles concrets qui entravent leur mise en œuvre ; et les environnements politiques non réceptifs. En 2018-2019, une évaluation des capacités institutionnelles en matière d'élaboration de politiques reposant sur des bases factuelles a été réalisée auprès de 68 hauts responsables de l'élaboration des politiques (dont d'anciens ministres de la Santé) et hauts responsables de la formulation de politiques appartenant aux ministères de la Santé et au milieu universitaire des 22 pays de la Région. Le tableau 5 résume les principales conclusions de l'enquête en ce qui concerne la compréhension et la perception de la prise de décisions éclairée par des données factuelles ; la disponibilité des ressources et les capacités nécessaires à la prise de décisions éclairées par des données factuelles ; et les opinions sur le rôle de l'OMS dans l'appui à la prise de décisions éclairées par des données factuelles.

Tableau 5. Situation de l'élaboration des politiques sur la base de données factuelles dans les pays de la Région (77)

a) Constatation principale 1 : L'élaboration de politiques basées sur des données factuelles est bien comprise et perçue favorablement dans la Région

- 90 % estiment que leurs organisations soutiennent l'utilisation des données de la recherche dans le processus de décision
- 69 % considèrent que leurs organisations appuient la formation professionnelle d'analystes politiques
- 74 % ont déclaré avoir participé régulièrement à des réunions sur l'élaboration des politiques

b) Constatation principale 2 : La disponibilité des ressources et les capacités nécessaires pour l'élaboration des politiques reposant sur des bases factuelles constituent des défis importants

- 51 % estiment que leurs organisations fournissent un soutien adapté à l'élaboration de ces politiques
- Seulement 13 % ont déclaré qu'une politique existante exigeait l'utilisation de données de la recherche dans l'élaboration des politiques
- Seulement 21 % des organisations avaient mené plus de cinq projets de recherche répondant aux besoins nationaux pour soutenir l'élaboration de politiques de santé
- Environ 10 % des services comptaient plus de cinq analystes politiques

c) Opinion des personnes interrogées sur la manière dont l'OMS peut aider les pays à élaborer des politiques basées sur des données factuelles

En renforçant les capacités nationales :^a

- Renforcement des capacités des chercheurs, des responsables de l'élaboration des politiques et des analystes politiques (83 %)
- Recommandation de cadres institutionnels et de guides d'action pour l'utilisation de données factuelles dans l'élaboration de politiques (73 %)
- Fourniture de programmes de mentorat et de conseils techniques, y compris le recours à des experts et à des outils (72 %)

En établissant des mécanismes régionaux :^a

- Élaboration de notes d'orientation fondées sur le contexte propre à la Région ou au pays (75 %)
- Facilitation de la communication entre les chercheurs et les responsables de l'élaboration des politiques (73 %)
- Accroissement de l'accessibilité aux sources de données probantes (60 %)
- Mise à disposition d'une plateforme accessible sur les meilleures pratiques (58 %)
- Élaboration de lignes directrices de pratique clinique ou de santé publique (57 %)
- Mise en place d'une ou de plusieurs équipes d'intervention rapide chargées d'examiner et de synthétiser les bases factuelles sensibles au contexte pour les situations d'urgence (48 %)

^a Le pourcentage entre parenthèses correspond au pourcentage de répondants favorables à la mesure.

Malgré les appels mondiaux à l'action, l'application des connaissances et l'utilisation de la recherche dans l'élaboration des politiques restent limités dans la Région. Environ la moitié seulement des responsables de l'élaboration des politiques collaborent avec des chercheurs. Ils sont nombreux à croire que les données de la recherche ne sont pas fournies au bon moment ou qu'elles ne contiennent pas de messages exploitables (77, 88). Seule une petite proportion de chercheurs et de décideurs de la Région affirment que des produits (comme des notes d'orientation) sont élaborés à l'aide des données générées et qu'ils sont utilisés systématiquement pour définir les priorités nationales (77, 89, 90).

Il est nécessaire de développer les capacités institutionnelles pour favoriser le recours à la recherche dans l'élaboration des politiques, tant celles des établissements universitaires (réalisation en temps voulu de travaux de recherche pertinents et de qualité) que celles des ministères de la Santé (recherche, recensement et utilisation des résultats de recherche les plus pertinents pour l'élaboration des politiques). L'OMS a proposé un plan d'action sur le renforcement des capacités institutionnelles pour l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles dans les pays de la Région. Le plan a été approuvé par le Comité régional en octobre 2019, et la résolution EM/RC66/R.5 devrait ouvrir la voie à une action intégrée aux niveaux régional et national en 2020-2024 (52).

4. Situations d'urgence sanitaire

4.1 Situation régionale

Sur un total de 131,7 millions de personnes ayant besoin d'aide au niveau mondial en 2018, 70,2 millions (53,3 %) vivaient dans la Région de la Méditerranée orientale (22). À la fin de 2018, environ 80 millions de personnes étaient touchées par des conflits, des guerres et des catastrophes naturelles dans le monde. Plus de 37 millions d'entre elles (46 %) étaient originaires de pays de la Région et près de 31 millions (39 %) y résidaient toujours. Plus des deux tiers (67 %) de tous les réfugiés dans le monde viennent (Afghanistan, République arabe syrienne et Somalie). La Région accueille plus de 10 millions de réfugiés ; de plus, deux des cinq principaux pays d'accueil des réfugiés, le Pakistan et le Soudan, se trouvent dans la Région. Le Liban et la Jordanie accueillent le plus grand nombre de réfugiés par rapport à leur population nationale. Dans ces pays, 1 personne sur 6 (156 pour 1000) et 1 personne sur 14 (72 pour 1000) respectivement étaient des réfugiés en 2018. Parmi les 10 pays ayant enregistré le plus grand nombre de retours de réfugiés en 2018, cinq se trouvaient dans la Région ; avec près d'un million de retours, l'Iraq est en tête du classement. Le grand nombre de personnes déplacées ainsi que leur répartition très inégale dans un nombre limité de pays et le volume important de retours enregistrés dans d'autres peuvent peser sur des systèmes de santé qui sont déjà aux prises avec des situations d'urgence parfois prolongées (8).

En 2018, neuf situations d'urgence ont été classées dans la Région : trois situations d'urgence de niveau 3 en Somalie, en République arabe syrienne et au Yémen ; quatre situations d'urgence de niveau 2 en Iraq, en Libye, en Palestine et au Soudan ; et deux situations d'urgence de niveau 1 en Afghanistan et au Pakistan. Depuis 2012, l'Arabie saoudite est classée au niveau 2 pour le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient. Sept autres pays sont directement ou indirectement touchés par des situations d'urgence, à savoir Djibouti, l'Égypte, les Émirats arabes unis, la Jordanie, le Koweït, le Liban et Oman (22).

En 2018, 12 pays de la Région ont connu 19 flambées épidémiques majeures pour 10 maladies émergentes et à potentiel épidémique. Les flambées concernaient les maladies suivantes : varicelle au Pakistan ; chikungunya au Soudan ; choléra en Somalie et au Yémen ; fièvre hémorragique de Crimée-Congo en Afghanistan, en Iraq et au Pakistan ; dengue à Oman, au Pakistan, au Soudan et au Yémen ; diphtérie au Yémen ; fièvre typhoïde ultrarésistante au Pakistan ; coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient en Arabie saoudite, aux Émirats arabes unis, au Koweït et à Oman ; légionellose associée aux voyages aux Émirats arabes unis ; et fièvre à virus West Nile en Tunisie (22).

4.1.1 Capacité des pays à répondre aux situations d'urgence

Au titre du Règlement sanitaire international (RSI) (2005), tous les États Parties doivent disposer des principales capacités minimales requises pour s'acquitter de leurs activités de surveillance et de notification et pour intervenir dans les situations d'urgence sanitaire susceptibles d'avoir une portée internationale. Cette capacité est évaluée au moyen de rapports d'auto-évaluation soumis annuellement par les États Membres et d'évaluations externes conjointes (EEC) volontaires. Selon des données disponibles en 2018, les pays de la Région sont généralement plus performants dans la notification et la détection des situations d'urgence (par exemple, la surveillance et les tests de laboratoire, avec un score global moyen d'environ 70 %) que dans la riposte à ces mêmes situations (par exemple, la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte, avec un score global moyen de 59 %) (9).

Dix-sept pays de la Région ont effectué des EEC. Le score général moyen pour les 19 domaines techniques était de 3, ce qui signifie que la Région dispose d'une « capacité développée ». Un plan régional a été élaboré en s'appuyant sur les résultats des EEC afin de renforcer l'approche « Un monde, une santé » dans les pays. Un profil régional visant à identifier les risques potentiels a été mis au point en 2018 ainsi que des plans d'urgence pour certains risques spécifiques. L'objectif est de faciliter l'appui fourni aux pays aux prises avec des urgences de santé publique. La Déclaration de Khartoum sur le Soudan et les pays voisins : sécurité sanitaire transfrontalière, signée en 2018 par l'Égypte, l'Éthiopie, la Libye, le Soudan, le Soudan du Sud et le Tchad, est une autre initiative régionale visant à poursuivre l'application du RSI (2005) et à assurer la sécurité sanitaire mondiale. Les pays signataires se sont engagés à renforcer leurs capacités de préparation et de riposte aux urgences de santé publique transfrontalières (22).

4.1.2 Initiative pour la sécurité des hôpitaux

L'OMS a collaboré avec les pays pour déterminer le niveau de préparation aux situations d'urgence et les capacités de gestion des risques dans la Région, et a élaboré un cadre stratégique permettant aux pays d'œuvrer à la protection des hôpitaux et des établissements de santé contre les catastrophes. Le cadre vise à garantir que tous les nouveaux hôpitaux sont suffisamment résilients pour rester fonctionnels en situation de catastrophe et à promouvoir des mesures d'atténuation des risques en vue de renforcer les établissements de santé existants, en particulier ceux qui fournissent des services de soins de santé primaires (91).

4.2 Préparation à la riposte aux flambées

La probabilité de l'émergence et de la transmission rapide d'agents pathogènes à haut risque a augmenté dans la Région. Plusieurs facteurs sont en cause : les situations d'urgence humanitaire aiguës ou prolongées qui touchent certains pays ; les lacunes dans les connaissances sur les facteurs de risque de transmission et l'épidémiologie ; l'absence de stratégies axées sur les pays ; l'urbanisation rapide ; les changements climatiques ; la faiblesse de la surveillance ; les capacités limitées en matière de diagnostic en laboratoire ; et l'interaction accrue entre

l'homme et l'animal (92). On observe des lacunes d'organisation et de mise en œuvre critiques dans le système de soins d'urgence, la préparation aux situations d'urgence et l'organisation de la riposte dans les hôpitaux de la Région. Pour pallier ces lacunes, l'OMS a élaboré en 2012 une stratégie régionale portant sur la surveillance, la riposte aux flambées, la mobilisation sociale et la lutte antivectorielle. Plusieurs initiatives ont également été prises pour lutter contre les flambées épidémiques, notamment la déclaration faite par l'OMS en 2016 selon laquelle un groupe de cas de microcéphalie et de troubles neurologiques potentiellement associé au virus Zika constituait une urgence de santé publique de portée internationale ; la riposte au coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient visant à améliorer la préparation de la santé publique ; et la riposte à la fièvre hémorragique de Crimée-Congo à la suite de son expansion dans la Région.

En réaction à la fréquence accrue, à l'augmentation de la durée et à l'ampleur croissante des flambées de maladies, un réseau régional d'experts et d'institutions techniques s'est mis en place pour faciliter le soutien à la riposte internationale aux flambées épidémiques (92). L'OMS a élaboré un cadre stratégique pour guider les pays dans la préparation et la riposte en cas d'épidémie de choléra. Des systèmes de surveillance et des centres nationaux de lutte contre la grippe ont été mis en place dans 16 pays afin de renforcer les capacités en matière de détection précoce et de riposte en cas de survenue dans la Région de flambées de syndromes de type grippal et d'infections aiguës des voies respiratoires. Sept pays (Afghanistan, Égypte, Jordanie, Liban, Maroc, Soudan et Yémen) ont bénéficié du Cadre de préparation en cas de grippe pandémique (Cadre PIP). Il s'agit d'une initiative unique de partenariat public-privé qui a été créée pour améliorer la détection et la riposte au virus grippal potentiellement pandémique et élargir l'accès aux vaccins et à d'autres fournitures liées aux pandémies (93, 94).

L'OMS a mis sur pied le réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) afin de détecter rapidement les flambées et d'organiser la riposte en situation de crise humanitaire, quand la surveillance systématique n'est pas fonctionnelle (95). L'OMS, les partenaires de santé et les ministères de la Santé mettent actuellement en place des systèmes EWARN dans sept pays de la Région qui sont aux prises avec des situations d'urgence prolongées, à savoir l'Afghanistan, l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne, la Somalie, le Soudan et le Yémen (96).

Afin d'appliquer le schéma directeur en matière de recherche-développement, l'OMS a mis au point un outil spécialisé pour déterminer quelles maladies et quels agents pathogènes doivent être considérés comme prioritaires aux fins de la recherche-développement dans le contexte des urgences de santé publique. L'objectif est d'identifier les maladies qui présentent un risque pour la santé publique en raison de leur potentiel épidémique et pour lesquelles il n'existe pas ou peu de contre-mesures. La liste des maladies identifiées par ce processus a été revue en 2018 (97).

Le Réseau régional de laboratoires travaillant sur les agents pathogènes émergents et dangereux a été créé en 2017 afin de mettre en place des laboratoires de haute sécurité pour la détection, la prise en charge et l'endiguement en temps opportun des flambées et ainsi assurer la riposte contre les maladies infectieuses émergentes. Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN)

apporte en outre une aide à la riposte opérationnelle en situation d'épidémie. Des flambées de maladies infectieuses émergentes ont été maîtrisées avec succès au Pakistan (dengue), en Somalie (choléra), au Soudan (diarrhée aqueuse aiguë) et aux Émirats arabes unis (légiellose associée aux voyages) grâce à des enquêtes rapides sur le terrain et au déploiement de personnel de renfort du Bureau régional, à la participation des partenaires du GOARN et à la mise en œuvre de mesures rapides d'endiguement en santé publique dans les pays touchés (98).

La surveillance informelle ou « non traditionnelle » de la santé publique est une autre innovation qui pourrait permettre de détecter plus rapidement les flambées épidémiques survenant dans la Région. Pour concrétiser cette idée, le Réseau des programmes de formation en épidémiologie et aux interventions de santé publique, qui regroupe 71 programmes de formations à l'épidémiologie de terrain, a développé le système de vérification EpiCore dans le cadre d'une coentreprise avec des partenaires. Le système vise à compléter les méthodes de surveillance existantes et à accélérer le processus de détection, de notification et de vérification des événements de santé publique (99).

4.2.1 Campagnes de prévention épidémique

En 2015, le Bureau régional a lancé la première campagne de vaccination de masse en réponse à une flambée épidémique de choléra. Le vaccin anticholérique oral utilisé provenait du stock mondial (100). En mai 2017, la toute première campagne de vaccination anticholérique orale a été lancée au Yémen pour prévenir la résurgence de la plus grande flambée de choléra au monde. Plus d'un million de cas suspects avaient en effet été rapportés depuis le début de la flambée, en avril 2017. Cette campagne a été mise en œuvre par les autorités sanitaires nationales avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF et en partenariat avec la Banque mondiale et Gavi, l'Alliance du vaccin. Le Soudan a lancé ses toutes premières campagnes de vaccination préventive massive contre la fièvre jaune en 2014, vaccinant près de 7,5 millions de personnes âgées de neuf mois à 60 ans dans sept États à haut risque identifiés par une évaluation des risques menée en 2012-2013. Les zones de circulation active du virus de la fièvre jaune ont été ciblées pour y mener des campagnes de vaccination préventive.

En 2018, l'OMS et ses partenaires ont mené une campagne de vaccination à grande échelle pour enrayer la propagation de la diphtérie dans les zones à haut risque au Yémen. La campagne ciblait près de 2,7 millions d'enfants âgés de 6 semaines à 15 ans dans 11 gouvernorats. En Somalie, les autorités sanitaires nationales et locales ont mené, en 2017, une campagne de vaccination à l'échelle du pays avec le soutien de l'OMS et de l'UNICEF. L'objectif était d'immuniser contre la rougeole plus de 4,7 millions d'enfants âgés de 6 mois à 10 ans (101).

4.3 Préparation à la riposte aux urgences humanitaires

L'un des trois piliers du treizième PGT de l'OMS est « 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire » d'ici

à 2030. La *Vision régionale 2023*, qui prône la santé pour tous et par tous, est en adéquation avec la CSU. Elle vise à ne laisser personne de côté, y compris dans les situations d'urgence liées aux conflits, aux catastrophes naturelles ou aux flambées épidémiques, ainsi que dans les situations d'urgence sanitaire survenant pendant les rassemblements internationaux de masse. Selon une étude de la Banque mondiale, le nombre moyen de catastrophes naturelles a presque triplé en trois décennies (années 1980 à 2011) dans la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Quant au nombre de catastrophes naturelles dans le monde, il a presque doublé. Les gouvernements des pays de la Région cherchent de plus en plus à recourir à des services complets de gestion des risques de catastrophe. Depuis 2007, le Dispositif mondial de réduction des effets des catastrophes et de relèvement a appuyé des programmes nationaux visant à accroître la résilience face aux catastrophes à Djibouti, au Maroc et au Yémen (102).

L'OMS continue de renforcer sa gestion des situations d'urgence grâce à l'application du système de gestion des incidents, une meilleure pratique internationale adoptée par de nombreux organismes de santé publique dans le monde. Le Centre d'opérations d'urgence régional continue de coordonner la riposte organisationnelle pour les situations d'urgence classées. L'initiative des équipes médicales d'urgence a été lancée afin d'apporter une réponse durable aux situations d'urgence en mettant en place un groupe d'équipes médicales nationales formées de personnels qualifiés dans plusieurs disciplines pour dispenser les premiers secours lors de la survenue de situations d'urgence (22).

4.3.1 Disponibilité des services de santé d'importance vitale

La prestation de services de santé d'importance vitale est une priorité absolue pour répondre aux situations d'urgence, notamment dans les pays touchés par des situations d'urgence prolongées comme l'Afghanistan, la Libye, la République arabe syrienne et le Yémen. Les services de santé d'importance vitale comprennent la fourniture de médicaments et de produits essentiels tels que les kits de chirurgie, les médicaments pour les MNT, y compris l'hypertension et l'insuffisance rénale, ainsi que les kits de traitement de la pneumonie et de la diarrhée (103).

Le centre de logistique de l'OMS à Dubaï a coordonné les efforts humanitaires considérables déployés en continu par l'OMS et ses partenaires pour sauver des vies dans les zones où les besoins sont les plus grands. Des médicaments et des fournitures médicales ont été livrés dans la Région et au-delà, atteignant plus de 23,5 millions de bénéficiaires en Iraq, en République arabe syrienne, en Somalie et au Yémen en 2017(101). En 2018, près de 75 % des fournitures médicales de l'OMS au niveau mondial étaient destinées à des pays de la Région (22).

4.3.2 Santé mentale et soutien psychologique

Les conflits prédisposent la population au développement de troubles mentaux. Les facteurs de stress comprennent les pertes (humaines ou matérielles) et le deuil, les préoccupations relatives à la sécurité, la rupture du tissu social, la perte d'identité et la discrimination potentielle. Le déplacement augmente la vulnérabilité des populations exposées à différentes maladies mentales, notamment la dépression, l'anxiété et l'état de stress post-traumatique. Selon des estimations récentes de

L'OMS, une personne sur cinq (22 %) vivant dans une zone touchée par un conflit présente une forme de trouble mental, ce qui est plus du double du taux observé dans la population générale. Les taux de dépression et d'anxiété dans les pays de la Région sont parmi les plus élevés au monde, ce qui est entièrement imputable aux situations d'urgence qui ont cours dans la Région (104). La Palestine est l'un des pays les plus touchés par les troubles mentaux chez les adolescents : environ 54 % des garçons et 47 % des filles de 6 à 12 ans seraient atteints de troubles émotionnels et/ou comportementaux. On estime que la charge de morbidité globale due aux maladies mentales en Palestine représente environ 3 % des DALY (105). Les estimations montrent par ailleurs que plus de 50 % de la population de la République arabe syrienne, en particulier les femmes et les enfants, avaient besoin de services de santé mentale et de soutien psychosocial à la fin de 2016 (106).

L'OMS s'efforce de répondre aux besoins en santé mentale dans les pays et les territoires abritant des populations touchées par des situations d'urgence de grande ampleur, notamment l'Afghanistan, la Cisjordanie et la Bande de Gaza, l'Iraq, la Jordanie, le Liban, la Libye, le Pakistan, la République arabe syrienne, la Somalie, le Soudan et le Yémen. Elle évalue d'abord les besoins des populations touchées et les ressources disponibles, notamment les capacités et les connaissances des différents services publics, des organisations non gouvernementales locales et des partenaires internationaux en matière de gestion des problèmes de santé mentale. Elle appuie ensuite le renforcement des capacités en matière de services de santé mentale et de soutien psychosocial, y compris la participation communautaire, en coordination avec les partenaires et les prestataires locaux. Au cours de la dernière décennie, l'OMS a mis au point, en collaboration avec des partenaires, une série de guides pratiques pour aider à la création et au développement de services de santé mentale et de soutien psychosocial dans les situations d'urgence. Citons notamment les orientations en matière de conseils pour les premiers secours psychologiques et le guide d'intervention humanitaire du Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale, qui vise à former les agents de santé généraux à reconnaître les troubles mentaux courants et à offrir un appui de première ligne (107, 108).

Dans certains pays, les situations d'urgence ont joué un rôle de catalyseur dans la mise en place de services de santé mentale de qualité. En République arabe syrienne, par exemple, seuls les hôpitaux psychiatriques d'Alep et de Damas offraient des soins de santé mentale avant le conflit. Les besoins étant de plus en plus reconnus, des services de santé mentale et de soutien psychosocial ont été introduits dans les établissements de soins de santé primaires et secondaires, dans les centres communautaires et les centres pour femmes ainsi que dans les programmes scolaires. Au Liban, le gouvernement a saisi l'occasion pour renforcer les services de santé mentale de façon à ce qu'ils bénéficient non seulement aux nouveaux arrivants, mais aussi à la population locale. Ces exemples ainsi que les efforts déployés en Afghanistan montrent que les interventions en matière de santé mentale et de soutien psychosocial aident non seulement les gens à survivre à la détresse et à des conditions extrêmement difficiles, mais qu'elles contribuent aussi à la paix, au développement et au relèvement. Il existe cependant de sérieux obstacles à la prestation de services de santé mentale aux immigrants originaires des pays de la Région : ils ont souvent une connaissance limitée de la culture et de la langue du pays hôte et beaucoup sont analphabètes ou ont un faible niveau d'éducation.

4.3.3 Services de réadaptation

Selon les estimations de l'OMS, la Région abrite près de 100 millions de personnes handicapées ; la prévalence du handicap enregistrée dans les pays se situe entre 0,4 et 4,9 %. Environ 80 % de la population mondiale de personnes handicapées vit dans les pays en développement (109). Les situations d'urgence, les guerres et les conflits violents, prolongés et généralisés qui sévissent dans la Région peuvent contribuer à accroître le nombre d'incapacités. Les services de réadaptation doivent être intégrés à la planification des interventions d'urgence pour deux raisons principales : premièrement, les personnes handicapées font partie des groupes les plus vulnérables dans les situations d'urgence ; et, deuxièmement, les incapacités peuvent augmenter dans les situations d'urgence en raison de blessures, de soins chirurgicaux et médicaux élémentaires de mauvaise qualité, de problèmes psychologiques et de santé mentale induits par la situation d'urgence ou de systèmes de santé et de soutien défaillants (110). Les services de réadaptation devraient être intégrés à tous les niveaux des secours d'urgence ; toutefois, ces services ne sont pas suffisamment pris en compte dans les politiques ni dans la planification et la prestation de services dans les situations d'urgence qui touchent la Région.

4.4 Coordination et collaboration entre les organismes des Nations Unies et d'autres partenaires

L'OMS a trois principaux partenariats opérationnels dans le monde, qui sont tous actifs dans la Région : le groupe sectoriel mondial pour la santé, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et l'initiative des équipes médicales d'urgence. Le groupe sectoriel mondial pour la santé est le partenaire le plus opérationnel dans les crises humanitaires. Il compte 29 groupes actifs aux niveaux national et régional qui opèrent à partir de huit sites nationaux et 42 sites infranationaux ayant pour mission d'aider les quelque 65 millions de personnes ayant besoin de services de santé dans le monde. Le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie représente un réseau d'institutions de santé publique qui déploie des experts techniques pour riposter aux épidémies et aux problèmes de santé publique partout dans le monde. Le Bureau régional de la Méditerranée orientale accueille 12 partenaires du Réseau (22).

L'activation de groupes de responsabilité sectorielle Santé, coordonnée par l'OMS et soutenue par des partenaires du domaine de la santé, a permis de répondre rapidement à des situations d'urgence sanitaire dans huit pays de la Région. L'OMS et des partenaires du domaine de la santé ont appuyé diverses interventions. Ils ont notamment évité la fermeture d'hôpitaux dans la Bande de Gaza en fournissant le carburant pour les générateurs ; ils ont vacciné 99 % des enfants ciblés dans les zones nouvellement accessibles en Iraq ; ils ont fourni des services de santé vitaux à 6 millions de personnes au Yémen ; ils ont soutenu la transition consistant à passer d'une situation d'urgence à une situation de développement dans les zones tribales sous administration fédérale au Pakistan ; ils ont soutenu 14,4 millions d'interventions médicales et ont dispensé 8,6 millions de traitements en République arabe syrienne.

Les Régions de l'OMS pour l'Europe et pour la Méditerranée orientale ont commencé à cartographier et à définir les domaines ouverts à une collaboration future et à identifier des synergies entre les deux régions. La collaboration a débuté dans plusieurs domaines, notamment : la préparation de la transition vers un financement national des programmes de lutte contre la tuberculose, le VIH et le paludisme ; la lutte contre la leishmaniose dans les pays d'endémie voisins dans les Régions de l'Afrique, de l'Europe et de la Méditerranée orientale ; la documentation et l'estimation de la charge de morbidité de la tuberculose dans certaines régions du nord-est de la République arabe syrienne ; et la collaboration en matière de cadres réglementaires applicables aux laboratoires, de personnels et d'évaluation externe de la qualité (22).

4.5 Reconstruction des systèmes de santé dans les pays touchés par des situations d'urgence

Les systèmes de santé des pays touchés par les guerres et les conflits sont souvent confrontés à des problèmes tels que la destruction des infrastructures, l'insuffisance des ressources humaines, la mauvaise gestion et la multiplicité des organisations non gouvernementales. Pour reconstruire les systèmes de santé dans les pays touchés par des situations d'urgence, il convient de donner la priorité aux stratégies bénéficiant au plus grand nombre, notamment aux femmes et aux enfants. En Afghanistan, par exemple, un ensemble de services de santé de base pour les soins de santé primaires a été conçu pour répondre aux besoins sanitaires les plus urgents tout en renforçant d'autres éléments du système de santé. L'appui technique et la coordination avec les donateurs internationaux qu'offre l'OMS revêtent une importance cruciale dans les pays qui traversent cette période de transition. Les pays doivent se préparer à une baisse progressive de la contribution des donateurs. Ils doivent se concentrer sur les initiatives communautaires afin de pouvoir fournir à leur population les services les plus accessibles et les plus abordables possible (111).

Compte tenu des situations d'urgence prolongées et du nombre croissant de catastrophes naturelles et de flambées épidémiques qui sévissent dans la Région, il convient de porter une attention particulière à la résilience au moment de reconstruire les systèmes de santé. La résilience se définit comme la capacité des systèmes de santé à absorber les chocs auxquels ils sont exposés, comme une pandémie, une catastrophe naturelle ou un conflit armé, et à s'adapter et à se transformer. Un système de santé résilient est capable de protéger sa structure de base et de continuer de s'acquitter de ses fonctions principales quand une crise survient (112). Le Laboratoire des systèmes de santé dans les situations d'urgence a été créé en 2018 à l'initiative du Bureau régional afin d'expérimenter de nouvelles façons d'améliorer la résilience des systèmes de santé en intégrant leur renforcement à la préparation aux situations d'urgence, à la riposte et au relèvement (22).

En 2019, l'OMS a insisté sur l'importance de la « phase de relèvement ». Elle fournira un soutien technique aux pays pendant la phase de relèvement post-crise grâce à l'élaboration d'orientations pour le relèvement des systèmes de santé dans les situations d'urgence qui touchent la Région. Elle veillera ainsi surtout à transformer les défis en opportunités (113).

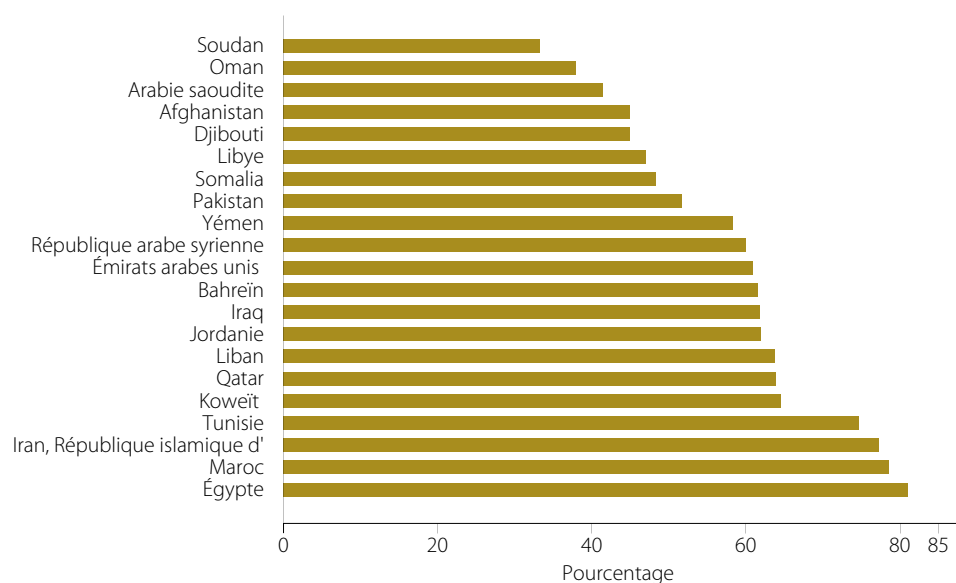
5. Promotion de la santé tout au long de la vie

5.1 Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et vieillissement

5.1.1 Santé reproductive et maternelle

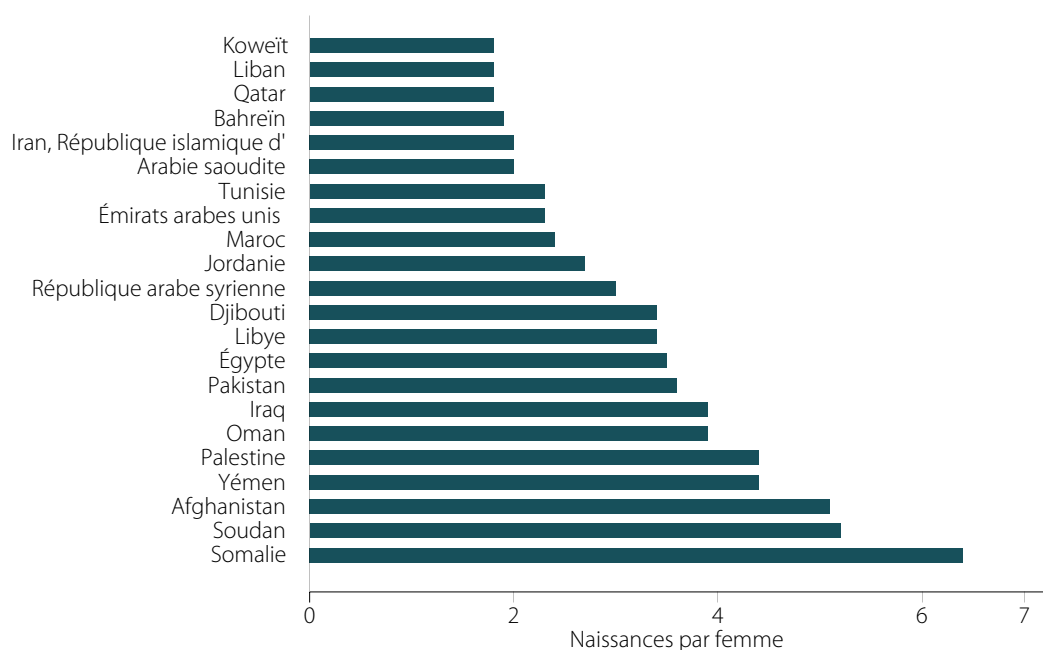
La planification familiale, la grossesse et l'accouchement sans risque et la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, dont le VIH/sida, font partie des droits essentiels en matière de santé sexuelle et reproductive. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la proportion de femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes est comprise entre 33,3 % au Soudan et 81 % en Égypte (fig. 23). Le taux moyen régional pour cet indicateur est inférieur à la moyenne mondiale. Il est le deuxième plus faible des Régions de l'OMS. Le taux de fécondité par femme varie de 1,8 à 2,0 dans six pays (Arabie saoudite, Bahreïn, République islamique d'Iran, Koweït, Liban et Qatar) ; la Somalie (6,4) affiche le taux le plus élevé (fig. 24). Le taux de fécondité des adolescentes (nombre de naissances pour 1000 jeunes filles âgées de 15 à 19 ans) varie de 0 au Koweït à 87 au Soudan (fig. 25). Le taux moyen de fécondité des adolescentes de la Région est de 44,5. Ce taux, supérieur à la moyenne mondiale, est le troisième plus élevé parmi les Régions de l'OMS.

Fig. 23. Pourcentage des femmes en âge de procréer (15-49 ans) dont les besoins en matière de planification familiale sont satisfaits par des méthodes modernes, 2017



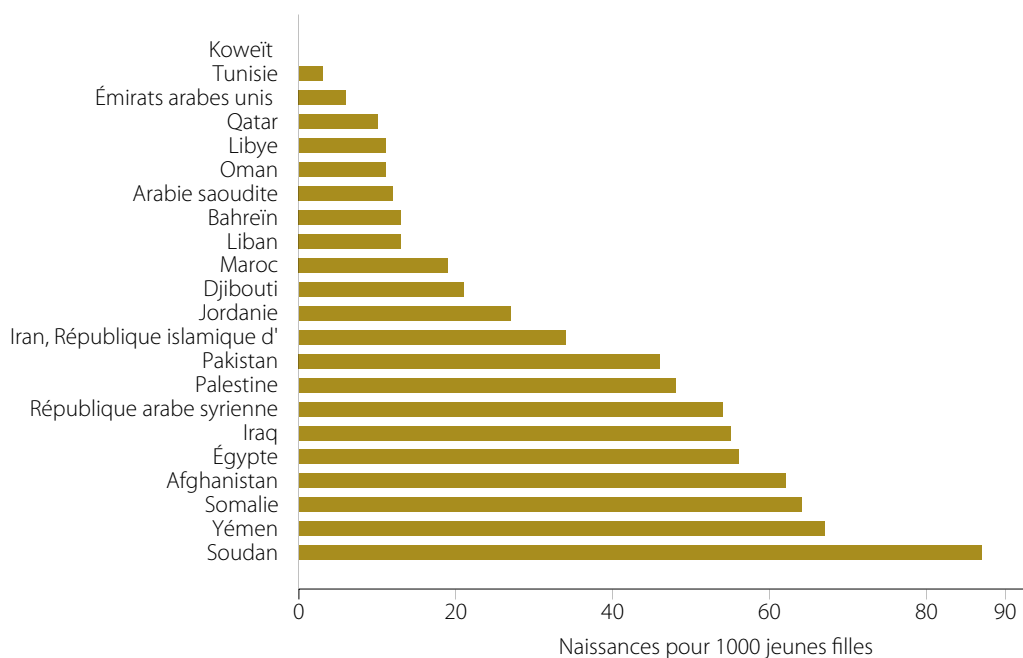
Source : OMS (2020) (9).

Fig. 24. Taux de fécondité totale par femme, 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

Fig. 25. Taux de fécondité des adolescentes (pour 1000 filles âgées de 15 à 19 ans), 2013-2018

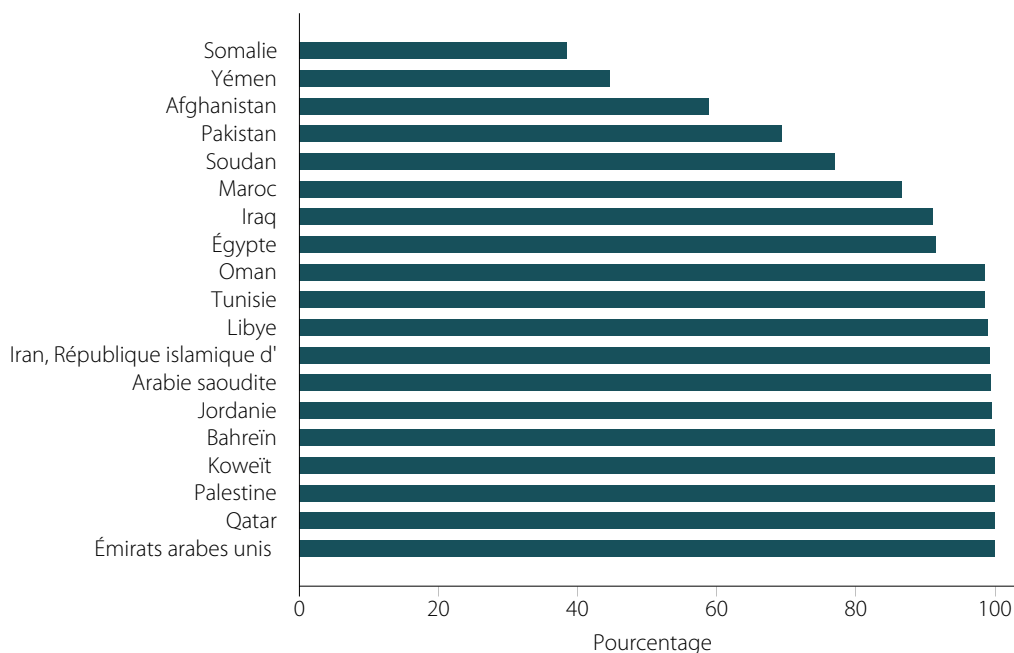


Source : OMS (2020) (9).

Dans la Région, la couverture des naissances assistées par du personnel de santé qualifié sur la période 2013-2018 est supérieure à 90 % dans 13 pays, mais inférieure à 50 % dans deux pays (Somalie et Yémen) (fig. 26). Le taux moyen de naissances assistées par du personnel qualifié dans la Région est supérieur au taux mondial. La Méditerranée orientale se classe à l'avant-dernier rang parmi les Régions de l'OMS. Les données disponibles pour la période 2013-2017 indiquent que la couverture d'au

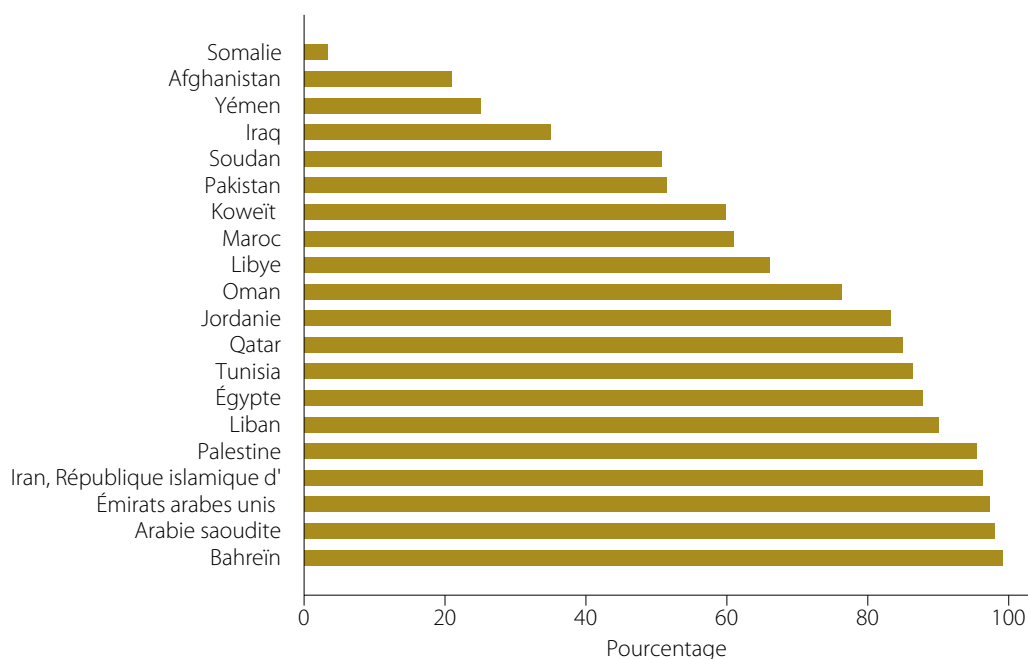
moins une consultation prénatale est égale ou supérieure à 80 % dans la plupart des pays. Néanmoins, la couverture d'au moins quatre consultations prénatales est inférieure à 80 % dans 10 pays et ne dépasse pas 3,3 % en Somalie (fig. 27). Ces données indiquent que les soins prénatals sont insuffisants dans la Région.

Fig. 26. Pourcentage des naissances assistées par du personnel de santé qualifié, 2014-2018



Source : OMS (2020) (9).

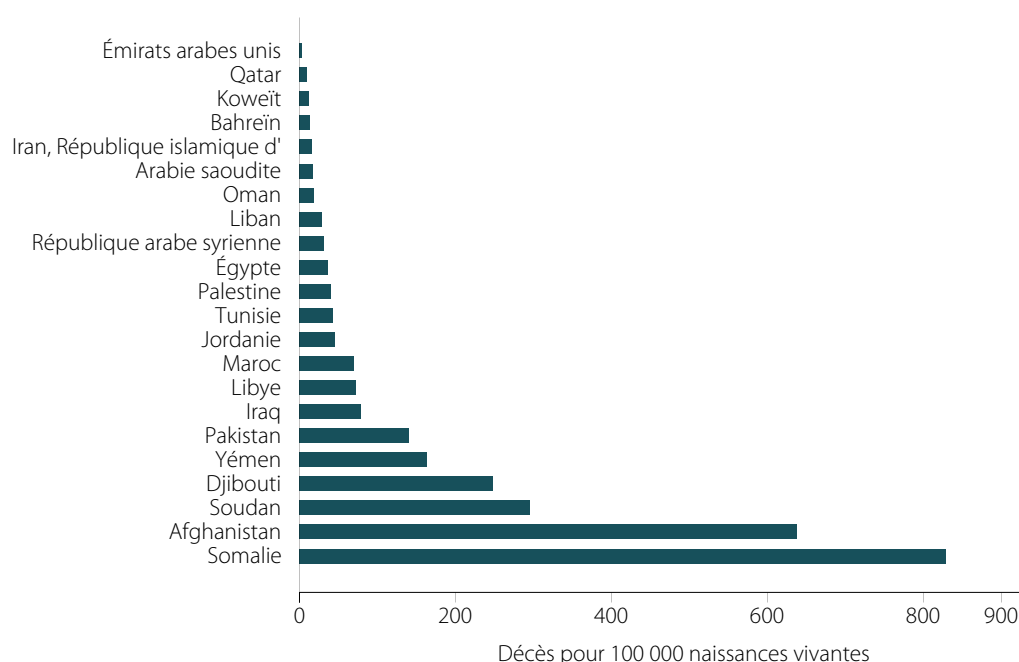
Fig. 27. Couverture par les soins prénatals - au moins quatre consultations (%), 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

Le taux de mortalité maternelle (TMM) dans la Région est de 166 décès pour 100 000 naissances vivantes. Ce taux est inférieur au taux mondial de 216, mais il est le deuxième plus élevé de toutes les Régions de l'OMS. La Somalie et l'Afghanistan affichent les TMM les plus élevés de la Région (829 et 638, respectivement). Le TMM est inférieur à 20 dans tous les pays du CCG et en République islamique d'Iran (fig. 28). Depuis 1990, l'hémorragie maternelle est la principale cause de mortalité maternelle dans la Région et dans le monde.

Fig. 28. TMM, 2017



Source : OMS (2019) (10).

Entre 1990 et 2017, le TMM a diminué de 50 % dans la Région et les progrès enregistrés dans certains pays ont été remarquables. Le Maroc est l'un des 10 seuls pays au monde à avoir satisfait à l'exigence énoncée dans l'objectif du Millénaire pour le développement n° 5, à savoir une diminution annuelle du TMM de plus de 5,5 % entre 1990 et 2015. Le pays a ainsi réussi à réduire le TMM de plus de 75 % par rapport aux niveaux de 1990. En 2017, le Maroc affichait un TMM de 70 décès pour 100 000 naissances vivantes, ce qui correspond tout juste à la cible 3.1 de l'ODD sur la réduction du TMM. Cependant, à la fin de 2017, neuf des 22 pays de la Région affichaient un TMM supérieur à la cible mondiale fixée pour 2030. La mise en œuvre d'interventions spécifiques de santé reproductive et prénatale, comme les accouchements dans les établissements de santé, les naissances assistées par du personnel de santé qualifié, les services de planification familiale, les soins obstétricaux d'urgence et les soins postnatals, a contribué à réduire les issues défavorables de la grossesse dans ces pays. Ce sont cependant les pays à faible revenu qui ont présenté les améliorations les plus faibles. Certains n'ont connu aucune amélioration. Par exemple, le TMM a augmenté en Afghanistan et à Djibouti entre 1990 et 2015 (114).

En 1985, la communauté sanitaire internationale a estimé que le taux optimal de césariennes se situait entre 10 et 15 %. Le taux moyen de césariennes dans la Région est de 21 %. L'Égypte affiche l'un des taux les plus élevés au monde (52 %), tandis que la Somalie enregistre l'un des plus faibles (2 %) (115).

Les mutilations sexuelles féminines sont encore pratiquées de la petite enfance à l'adolescence dans de nombreux pays de la Région. Il s'agit d'une pratique inacceptable, tant du point de vue des droits humains que du point de vue de la santé. Cette pratique a des conséquences sur la santé des femmes. À court terme, elle peut entraîner des saignements sévères et des problèmes de miction, et, à plus long terme, des kystes, des infections, des complications lors de l'accouchement et un risque accru de décès du nouveau-né. Les jeunes filles qui subissent des mutilations sexuelles sont aussi vulnérables aux problèmes de santé mentale (116).

L'OMS a créé des outils et des normes pour améliorer la qualité des soins de santé reproductive et maternelle dans la Région, notamment les *Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé* et le *Disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale* (117, 118). Les pays de la Région peuvent adapter ces outils au contexte local, comme l'a fait la République islamique d'Iran (22). L'OMS met en œuvre des projets visant à renforcer les politiques et les pratiques en matière de santé sexuelle et reproductive dans plusieurs pays, à savoir l'Égypte, le Maroc, le Pakistan, la République islamique d'Iran et la Tunisie, afin d'améliorer la santé des femmes qui y vivent. L'objectif principal des projets est d'intégrer la santé et les droits sexuels et reproductive dans les politiques, les programmes et les pratiques au niveau national afin de réduire la mortalité et la morbidité maternelles dues aux grossesses non désirées (119). Un projet visant à améliorer les pratiques de planification familiale dans les situations d'urgence a également été lancé dans des camps de réfugiés au Liban sur la base des recommandations de l'OMS sur l'utilisation sûre et efficace des méthodes contraceptives (98).

Les principaux défis qui entravent l'amélioration de la santé sexuelle et reproductive et le respect des droits connexes dans la Région sont les suivants : l'absence de plans nationaux appuyant la prestation de soins de santé sexuelle et reproductive ; la fragmentation des mécanismes de prestation des services ; les difficultés d'accès aux services de soins des groupes de population qui en ont le plus besoin ; la mauvaise qualité des soins ; les obstacles sociaux et culturels ; l'absence de politiques nationales permettant aux femmes et aux jeunes filles d'exercer leurs droits et d'obtenir de bons résultats en matière de santé reproductive ; et les instabilités et conflits qui ont fragilisé encore davantage une infrastructure de santé sexuelle et reproductive déjà insuffisante (120).

5.1.2 Santé du nouveau-né et du jeune enfant (moins de 5 ans)

Les enfants âgés de moins de 5 ans représentent 12 % de la population totale de la Région de la Méditerranée orientale. Les taux élevés de mortalité du nouveau-né et du jeune enfant observés dans la Région indiquent que la couverture des services de santé est insuffisante pour cette tranche d'âge. En 2017, environ 800 000 enfants de la Région sont décédés avant d'atteindre leur cinquième anniversaire. Le taux

régional de mortalité des enfants de moins de 5 ans est plus élevé que le taux mondial. La Région se classe au deuxième rang des Régions de l'OMS après la Région africaine. En 2017, plus de 450 000 nouveau-nés sont décédés dans la Région, soit plus de 54 % de l'ensemble des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans. Le taux régional de mortalité néonatale est supérieur au taux mondial (tableau 6). Il est aussi plus élevé que ceux des autres Régions de l'OMS, à l'exception de la Région africaine, qui affiche un taux identique.

Neuf pays seulement concentrent environ 95 % des décès des moins de 5 ans dans la Région. En 2017, la Somalie affichait le taux de mortalité des moins de 5 ans le plus élevé (127 décès pour 1000 naissances vivantes) et l'Arabie saoudite et Bahreïn enregistraient le taux le plus faible (7 décès pour 1000 naissances vivantes) (fig. 29). Le taux de mortalité des moins de 5 ans a diminué de 51 % dans la Région entre 1990 et 2017. Pendant la même période, le taux de mortalité néonatale a diminué de 35 %. En 2017, le Pakistan enregistrait le taux de mortalité néonatale le plus élevé (44 décès pour 1000 naissances vivantes) et Bahreïn, le plus faible (3 décès pour 1000 naissances vivantes) (fig. 30). La Somalie enregistrait le taux de mortalité infantile le plus élevé (80 décès pour 1000 naissances vivantes) et l'Arabie saoudite et Bahreïn, le plus faible (6 décès pour 1000 naissances vivantes) (fig. 31).

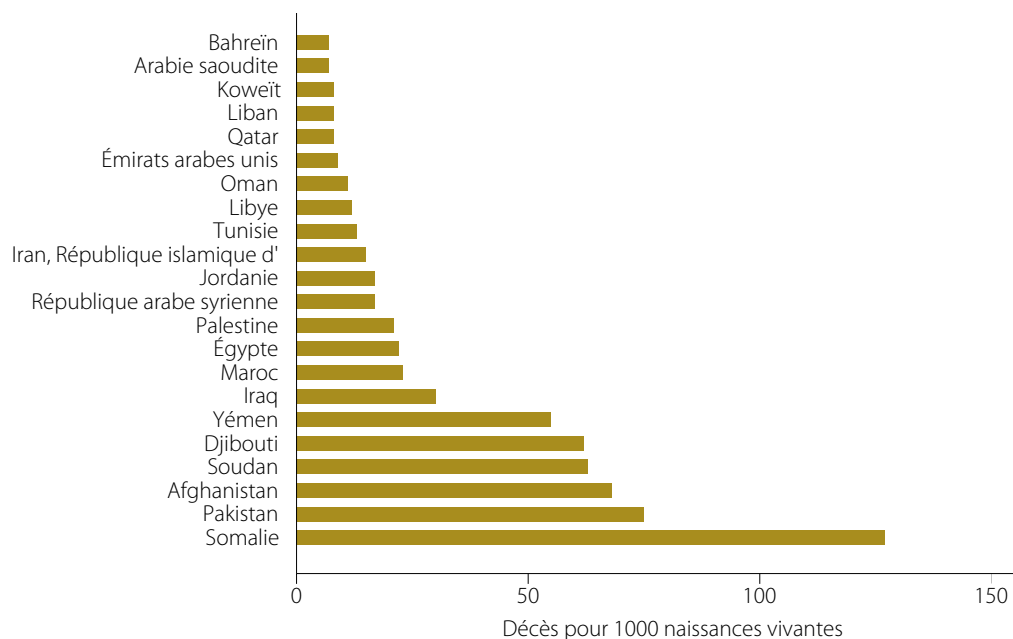
À la fin de 2017, sur les 22 pays de la Région, sept affichaient un taux de mortalité des moins de 5 ans supérieur à la cible mondiale pour 2030 énoncée dans les ODD (25 décès pour 1000 naissances vivantes). Huit affichaient un taux de mortalité néonatale supérieur à la cible mondiale (12 décès pour 1000 naissances vivantes).

Tableau 6. Estimations régionales et mondiales des taux de mortalité néonatale et infantile, 2016

	Cible 3.2 des ODD	
	Mortalité des moins de 5 ans (nombre de décès pour 1000 naissances vivantes)	Mortalité néonatale (nombre de décès pour 1000 naissances vivantes)
	2016	2016
Régional	50	27
Mondial	39	18

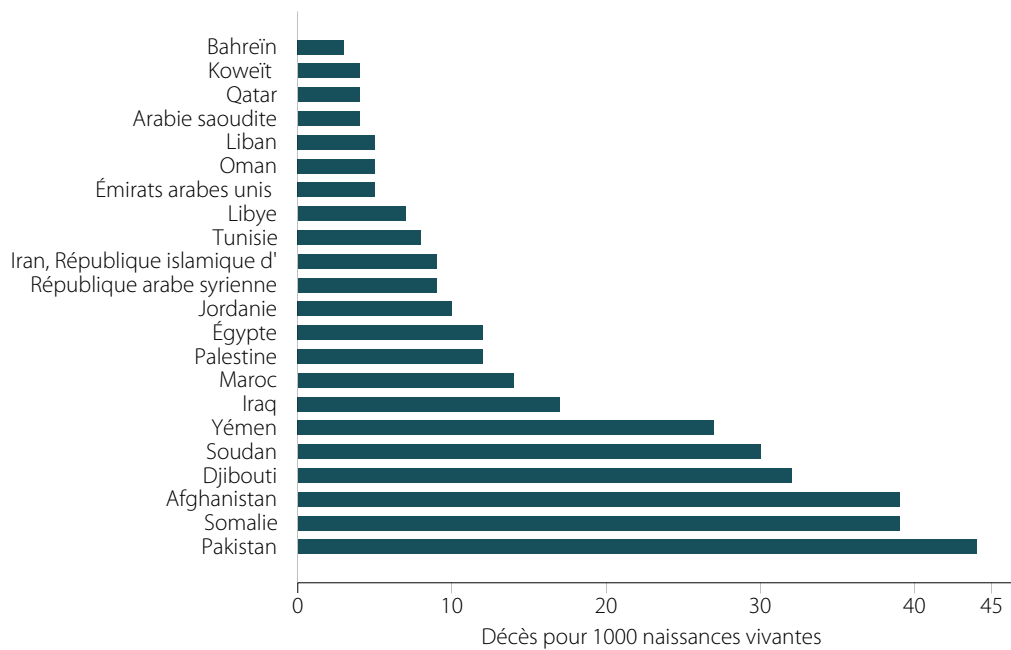
Source : OMS (2019) (10).

Fig. 29. Mortalité des moins de 5 ans, 2017



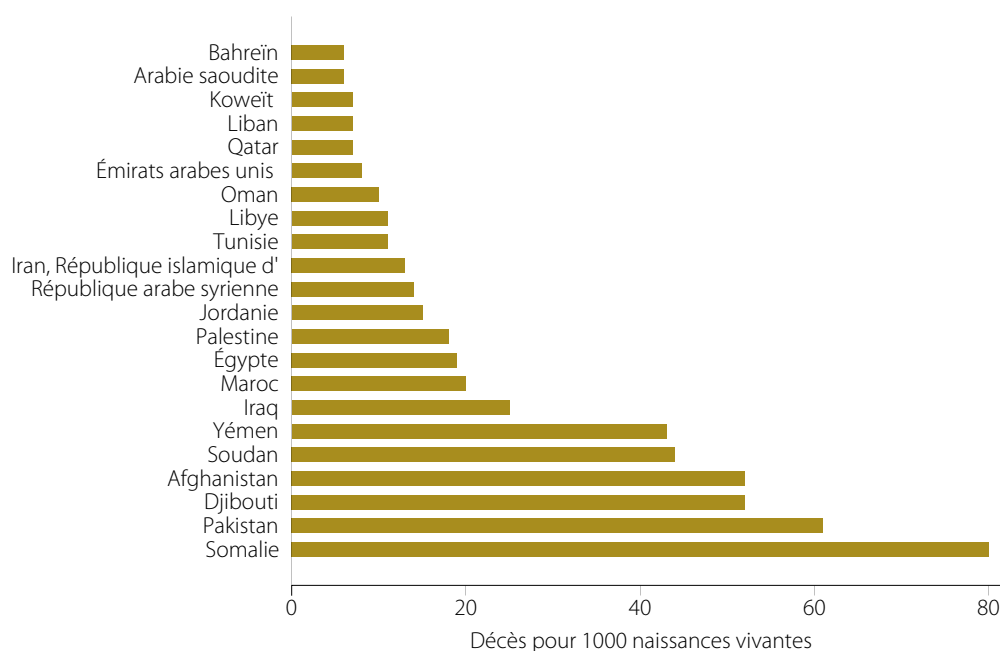
Source : OMS (2020) (9).

Fig. 30. Taux de mortalité néonatale, 2017



Source : OMS (2020) (9).

Fig. 31. Taux de mortalité infantile, 2017

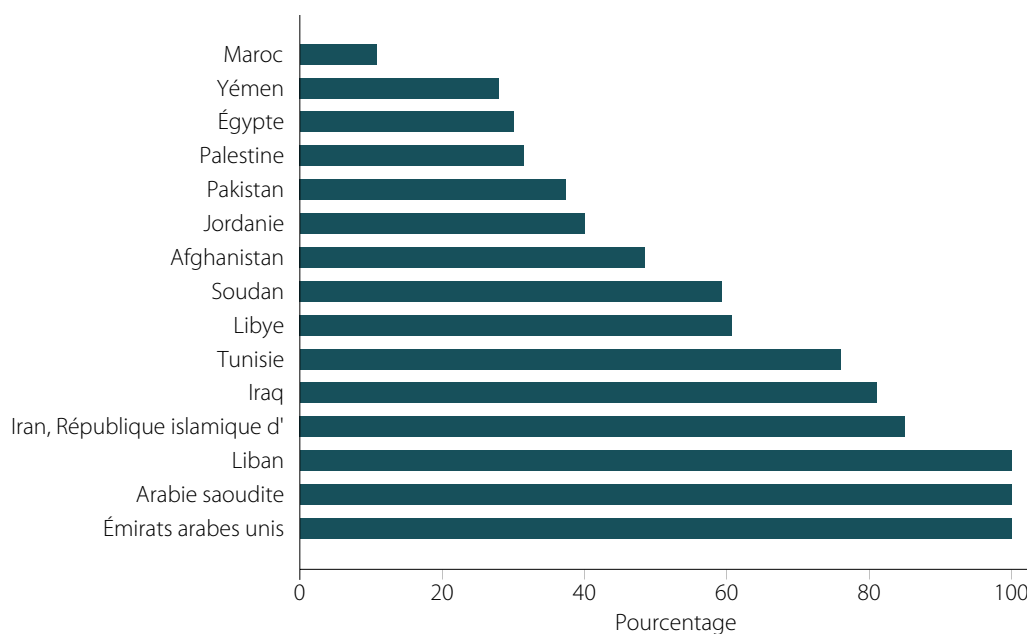


Source : OMS (2020) (9).

Dans les pays de la Région présentant de faibles taux de mortalité des moins de 5 ans, les causes majeures de décès sont la prématurité et les anomalies congénitales, tandis que dans les pays présentant des taux élevés, la pneumonie, la diarrhée et l'hypoxie à la naissance restent les principales causes de décès (121). La prématurité est la principale cause de mortalité néonatale dans la Région. Chez les moins de 5 ans, un décès sur cinq (21 %) est dû au travail prématuré. Les anomalies congénitales (malformations) revêtent une importance croissante dans la prise en charge des nouveau-nés. Cela est particulièrement vrai dans la Région, où le taux élevé de mariages consanguins constitue un facteur de risque majeur pour les anomalies congénitales. Les résultats d'une analyse de situation portant sur l'ensemble de la Région donnent à penser que moins de la moitié des pays exercent une surveillance des malformations congénitales. Les données requises pour la prévention des malformations congénitales, la planification des services et le soutien familial sont donc insuffisantes (122).

L'un des principaux facteurs contribuant aux taux élevés de mortalité néonatale et infantile dans la Région est la faible couverture des interventions essentielles, comme la présence de professionnels de santé qualifiés à l'accouchement. Un grand nombre de nouveau-nés sont ainsi exposés à un risque de décès néonatal précoce. Les interventions fondées sur des bases factuelles visant la prévention et le traitement de maladies infectieuses comme la pneumonie et la diarrhée font par ailleurs défaut dans certains pays. La moitié seulement des enfants de moins de 5 ans atteints de pneumonie reçoivent des antibiotiques, et environ deux tiers des enfants naissent dans des pays (principalement à revenu intermédiaire) qui ne proposent pas le vaccin antipneumococcique conjugué ou le vaccin antirotavirus. L'accès à l'eau et aux services d'assainissement est faible dans de nombreux pays de la Région, ce qui accroît le risque de diarrhée et d'autres maladies à transmission hydrique. La couverture de la thérapie par réhydratation orale chez les enfants diarrhéiques est inférieure à 60 % dans la moitié des pays ayant notifié des données (fig. 32).

Fig. 32. Pourcentage des enfants de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et traités par réhydratation orale, 2014-2018



Source : OMS (2020) (9).

Si les taux de mortalité des moins de 5 ans et de mortalité néonatale demeurent élevés dans certains pays de la Région, plus de 60 % des pays ont cependant réussi à réduire ces taux conformément aux cibles mondiales pour 2030. Les stratégies fondées sur des données factuelles qui ont contribué à ces réalisations incluent : les soins et les traitements appropriés offerts à domicile en temps opportun lors de complications chez les nouveau-nés ; la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant pour tous les moins de 5 ans ; la mise en œuvre du Programme élargi de vaccination ; et la promotion de l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En outre, la vaccination contre la rougeole a permis de sauver plus de 2,5 millions de vies entre 2000 et 2017. Toutefois, comme on peut le voir ci-dessus, la Région accuse toujours un retard par rapport à la plupart des autres Régions de l'OMS. On constate par ailleurs des disparités infranationales dans des pays se situant à différents niveaux de développement socio-économique (121).

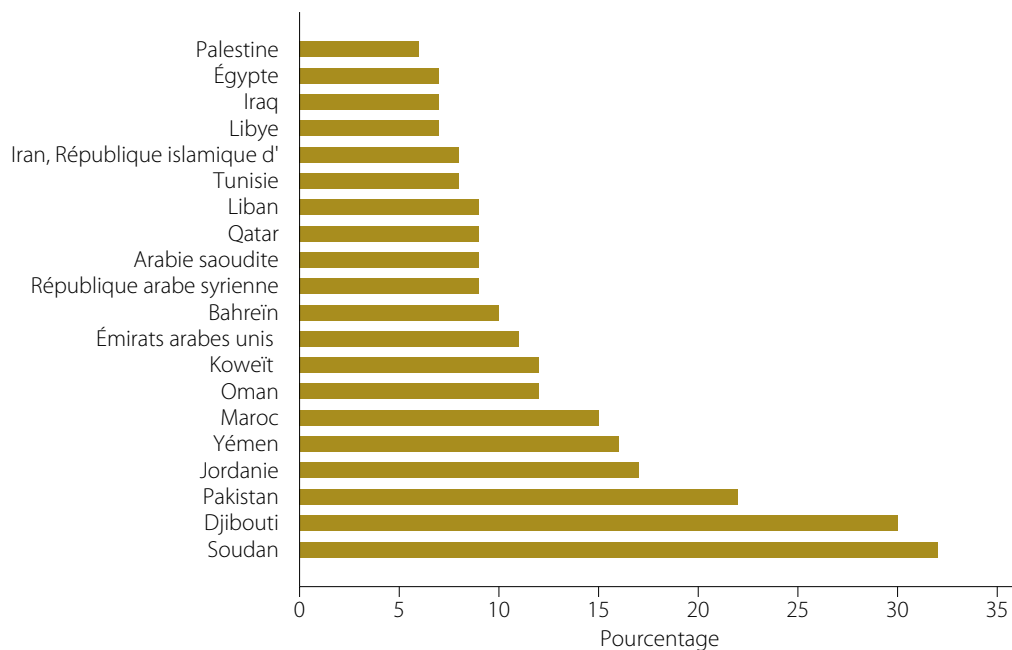
Pour faire face aux niveaux élevés de mortalité maternelle et infantile, les pays de la Région ont lancé, en 2013, l'initiative « Sauver les vies des mères et des enfants ». Annoncée dans la Déclaration de Dubaï, l'initiative vise à accélérer les progrès sur la voie de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement » n°4 et 5 (123). À la suite de cette initiative, des plans visant à accélérer les progrès en matière de santé de la mère et de l'enfant ont été élaborés et mis en œuvre dans les pays à forte charge de mortalité maternelle et infantile. Au cours de la même année, le Bureau régional a contribué activement à l'élaboration du *Plan d'action mondial intégré pour prévenir et combattre la pneumonie et la diarrhée*, dont l'objectif est de réduire la mortalité imputable à ces deux affections, qui représentent environ un quart des décès d'enfants dans le monde (124).

Pour mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés, la Soixante-Septième Assemblée mondiale de la Santé a approuvé, en 2014, le plan d'action mondial «*Chaque nouveau-né*». En 2016, les pays de la Région ont recensé cinq actions prioritaires clés pour chaque objectif stratégique du plan d'action. Celles-ci devront être intégrées dans les plans stratégiques nationaux portant sur la santé reproductive et la santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent (125). La prise en charge intégrée des maladies de l'enfant constitue la principale stratégie pour la santé de l'enfant déployée dans le cadre des soins de santé primaires dans 16 pays, avec de profondes variations en termes de couverture, puisque celle-ci est comprise entre 29 et 100 % (121).

Le *Cadre de mise en œuvre de la Région de la Méditerranée orientale pour la santé du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent 2019-2023* est la feuille de route élaborée par le Bureau régional pour guider l'élaboration ou l'actualisation des plans stratégiques nationaux pour la santé et le développement du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent, conformément au treizième PGT et à la *Vision 2023*. Il a été approuvé par le Comité régional lors de sa soixante-sixième session, qui a eu lieu en 2019 (résolution EM/RC66/R.2). Il préconise une approche intégrée et multisectorielle qui tient compte du fait que près de la moitié des décès d'enfants âgés de moins de 5 ans peuvent être évités grâce à des interventions menées en dehors du secteur de la santé, notamment dans les domaines de l'éducation et des services d'eau et d'assainissement (121).

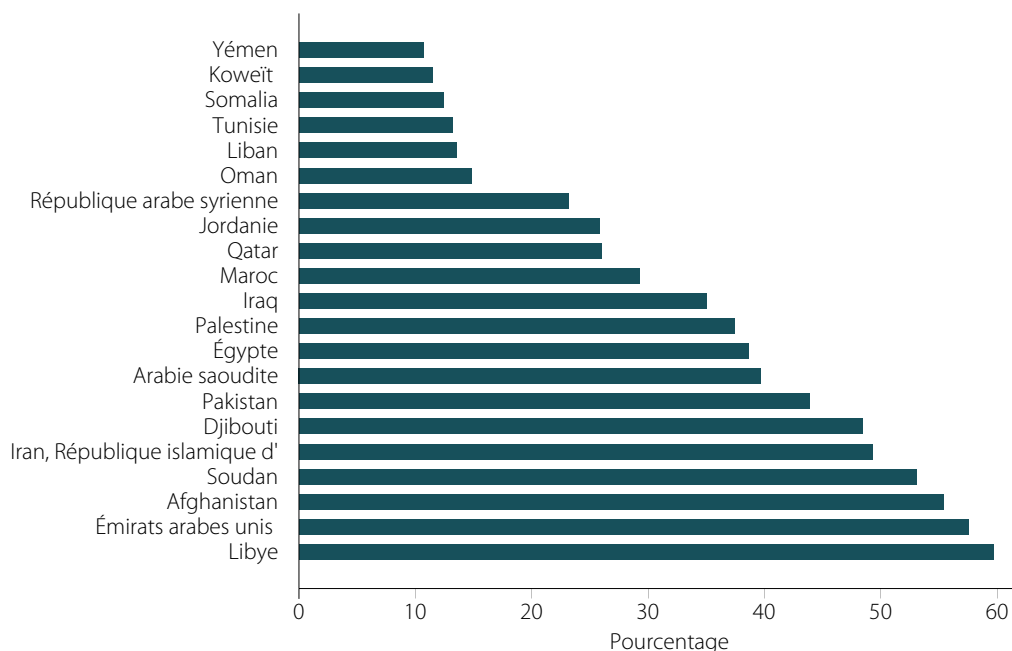
Le faible poids de naissance est associé à des problèmes de santé à court terme et à des conséquences sur la santé et le bien-être plus tard dans la vie, y compris un risque accru de maladies chroniques. La prévalence du faible poids de naissance est similaire dans les pays à revenu élevé et les pays à revenu intermédiaire de la Région. C'est au Soudan, à Djibouti et au Pakistan qu'elle est la plus élevée (fig. 33). À l'échelle mondiale, l'allaitement maternel sous-optimal contribue à hauteur de 11,6 % à la mortalité des moins de 5 ans. Le taux moyen d'allaitement maternel exclusif (0-5 mois) est de 32,5 % dans la Région, ce qui est inférieur au taux mondial de 38 % (126). Quatre pays de la Région (Afghanistan, Émirats arabes unis, Libye et Soudan) ont atteint la cible mondiale qui consiste à porter à au moins 50 % le taux d'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois de vie d'ici à 2025, et deux pays (Djibouti et République islamique d'Iran) sont très près de l'atteindre (fig. 34). Cela signifie que plus de 75 % des pays de la Région, quel que soit leur niveau de revenu, n'atteignent pas la cible, et qu'ils doivent redoubler d'efforts pour mener une action politique et programmatique reposant sur des bases factuelles.

Fig. 33. Prévalence du faible poids de naissance (%), 2014-2018



Source : OMS (2020) (9).

Fig. 34. Taux d'allaitement exclusif au sein de 0 à 5 mois (%), 2014-2018



Source : OMS (2019) (10).

5.1.3 Santé et développement de l'enfant et de l'adolescent

La Région OMS de la Méditerranée orientale enregistre le deuxième taux de mortalité le plus élevé pour les enfants et les adolescents après la Région africaine. En général, les besoins sanitaires des enfants âgés de 5 à 9 ans ne sont pas pris en compte. En 2016, le taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 9 ans dans les pays à revenu faible ou intermédiaire était de 109 décès pour 100 000 habitants. Pour l'ensemble de la Région, le taux de mortalité des enfants âgés de 5 à 9 ans était de 96 décès pour 100 000 habitants en 2016, contre 158 décès pour 100 000 habitants en 2000. La Région a enregistré le taux de réduction de la mortalité le plus faible pour ce groupe d'âge entre 2000 et 2016 avec seulement 39 %, contre 47 % dans la Région africaine, 61 % dans la Région de l'Asie du Sud-Est et 54 % dans la Région européenne. Les principales causes de décès chez les enfants âgés de 5 à 9 ans sont la violence collective et les interventions policières, suivies par les traumatismes dus aux accidents de la circulation (121).

Les adolescents (10-19 ans) représentent 20 % de la population de la Région. L'adolescence est un stade de développement important : les interventions réalisées pendant cette période peuvent en effet contribuer à promouvoir la santé tout au long de la vie. Les besoins spécifiques des adolescents en matière de santé et de développement doivent être pris en compte dans l'élaboration des politiques de santé et la planification des systèmes de santé, car ce groupe représente un cinquième de la population de la Région. En plus des risques généraux pour la santé associés à cette phase du développement, les jeunes de nombreux pays de la Région sont exposés à des risques supplémentaires en raison des conflits et des troubles civils. Ces instabilités entraînent un accroissement des effets physiques directs des violences et des taux de mortalité et de blessures observés chez les jeunes. Elles ont aussi des effets à plus long terme sur leur santé mentale et leur santé sexuelle et reproductive. Les jeunes sont aussi vulnérables au problème de l'usage de substances psychoactives, au surpoids et à la sédentarité. Agir sur ces facteurs de risque des MNT permettrait d'améliorer la santé et la vie sociale des adolescents aujourd'hui et tout au long de leur vie.

Les données sur l'état de santé des adolescents de la Région sont limitées, en particulier celles qui concernent les 10-14 ans et les adolescents qui vivent dans des pays touchés par des conflits et des guerres. La qualité des données collectées est discutable et celles-ci peuvent être obsolètes. Les données sensibles et importantes (comme celles qui concernent les mutilations sexuelles féminines) sont particulièrement limitées. Elles doivent faire l'objet d'une attention particulière dans les futurs efforts de collecte et de traitement de données (127).

La Région de la Méditerranée orientale est la seule Région OMS ayant enregistré une augmentation du taux de mortalité des jeunes adolescents (10-14 ans) entre 2000 et 2016. Celui-ci est passé de 76 décès pour 100 000 habitants en 2000 à 89 décès pour 100 000 habitants en 2016. En ce qui concerne les adolescents plus âgés (15-19 ans), la Région a enregistré le taux de mortalité le plus élevé après la Région africaine (134 décès pour 100 000 habitants) en 2016. La violence collective et les interventions policières sont les principales causes de mortalité chez les adolescents de toutes les tranches d'âge. Les maladies mentales, l'abus de substances psychoactives et les carences nutritionnelles (en particulier la carence

en fer) constituent les causes principales de l'incapacité chez les adolescents de la Région. En 2017, la moitié des personnes ayant besoin d'une aide humanitaire dans les situations d'urgence étaient des enfants et des adolescents de moins de 18 ans (121).

Plusieurs stratégies mondiales et régionales et guides opérationnels ont été élaborés pour aider les pays dans la planification, le suivi et l'évaluation de la santé de l'enfant et de l'adolescent. La *Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)* fixe des cibles fondées sur les ODD qui visent à venir en aide à toutes les communautés, y compris celles qui sont touchées par des situations d'urgence, afin de ne laisser personne de côté (128). En 2017, l'OMS a élaboré, en collaboration avec six autres entités des Nations Unies et organisations internationales, un document intitulé *Action mondiale accélérée en faveur de la santé des adolescents (AA-HA!) : orientations à l'appui de la mise en œuvre dans les pays*, fondé sur la Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent. L'AA-HA! vise à aider les États Membres à améliorer la santé des adolescents et à répondre plus efficacement à leurs besoins (129). En collaboration avec l'UNICEF et la Banque mondiale, l'OMS a également contribué à l'élaboration d'un document intitulé *Les soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain*. Il s'agit d'une feuille de route fondée sur des données probantes et basée sur la CSU qui s'appuie sur une approche pansociétale et pangouvernementale pour créer un environnement de soins attentifs particulièrement durable pour les jeunes enfants (130).

Pour répondre aux besoins des jeunes touchés par des situations d'urgence humanitaire, l'OMS a élaboré un guide pratique sur la santé de l'enfant et de l'adolescent dans les situations d'urgence humanitaire à l'intention des administrateurs de programmes de la Région ainsi qu'un guide sur la vaccination lors des crises humanitaires aiguës. En outre, des approches novatrices, comme l'outil de formation informatisé sur la prise en charge intégrée des maladies de l'enfance, ont été employées pour surmonter les défis liés aux ressources humaines et financières limitées (121).

En 2017, le Comité régional a adopté la résolution EM/RC64/R.4 en vue de procéder à la mise en œuvre concrète du volet santé de l'adolescent de la *Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030)*. Cette résolution invitait instamment les États à élaborer ou à mettre à jour des plans d'action nationaux sur la santé de l'adolescent s'appuyant sur les orientations de mise en œuvre de l'AA-HA! (131). Le Soudan a été le premier pays au monde à appliquer les orientations de mise en œuvre pour mettre au point un plan stratégique pour la santé et le développement de l'adolescent. En 2019, le Comité régional a approuvé le Cadre régional de mise en œuvre pour mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents et améliorer la santé et le développement (2019-2023) (132). Le document fournit des orientations pour la mise en œuvre de stratégies et d'initiatives mondiales. Il aidera en outre les pays de la Région à sélectionner des mesures et des interventions prioritaires qui pourront être adaptées au contexte local afin d'améliorer la santé et le développement du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent.

Malheureusement, les progrès en matière de santé de l'enfant et de l'adolescent restent inégaux dans la Région, et on a même enregistré des revers, en particulier dans les pays touchés par des crises humanitaires. L'OMS s'efforce donc d'établir des partenariats avec d'autres entités des Nations Unies concernées, comme l'UNICEF et l'UNFPA, et encourage le transfert aux États Membres des connaissances et de l'expertise concernant la santé de la mère, de l'enfant et de l'adolescent. Soulignons l'exemple du partenariat établi avec 13 institutions et entités des Nations Unies pour élaborer le *Cadre régional d'actions stratégiques conjointes pour les jeunes des pays arabes/de la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord (2016-2017)* (133).

5.1.4 Vieillesse et santé, y compris démence

L'espérance de vie moyenne dans les pays de la Région était de 69,1 ans en 2016 (10). L'espérance de vie varie cependant considérablement d'un pays à l'autre. Conformément aux tendances mondiales, la part de la population régionale âgée de 60 ans et plus augmente. En 2017, les personnes âgées représentaient 7 % de la population de la Région, contre 5,8 % en 2000. Elles devraient représenter près de 15 % de la population en 2050 (134). En 2015, l'OMS a publié le premier *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé* et, en 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté une *stratégie et un plan d'action mondiaux sur le vieillissement et la santé*. Ces documents reflètent un nouveau modèle conceptuel de vieillissement en bonne santé qui met l'accent sur l'aptitude fonctionnelle des personnes âgées à vivre de manière indépendante au lieu de s'intéresser seulement à l'absence de maladie (135). En 2017, l'OMS a mené une enquête mondiale sur la mise en œuvre de la stratégie mondiale, suivie d'une étude régionale sur le vieillissement actif et en bonne santé, les soins aux personnes âgées et les initiatives de l'OMS en faveur des villes-amies des aînés et des soins de santé primaires respectueux de ces derniers (22). Le Bureau régional a élaboré un guide à l'intention des agents de soins de santé primaires de la Région qui travaillent auprès des personnes âgées, qui est disponible en arabe (136).

L'initiative des villes-amies des aînés a été mise en œuvre dans plusieurs pays de la Région. La ville de Sharjah, aux Émirats arabes unis, a créé un environnement favorable aux citoyens âgés et constitue un bel exemple de réussite à cet égard. Une coordination, une mise en réseau et des efforts conjoints avec les partenaires clés seront essentiels pour dépasser le problème de la limitation des ressources disponibles en vue de soutenir des programmes pour un vieillissement en bonne santé dans les pays de la Région, en particulier ceux qui sont aux prises avec des situations d'urgence (22).

Dans la Région de la Méditerranée orientale, les familles ont généralement beaucoup de respect pour les personnes âgées et il est souvent mal vu de les placer en maison de retraite. Le réseau d'établissements de soins pour personnes âgées n'y est donc pas très développé. La fourniture de soins de longue durée à des proches âgés gravement handicapés peut exercer une pression psychologique et économique considérable sur les familles. Avec l'augmentation de l'espérance de vie et de la part de personnes âgées dans la population, la démence est devenue l'un des problèmes de santé publique les plus prévalents dans cette tranche d'âge. Le diagnostic de

démence dans la Région est confronté à des défis majeurs en raison des barrières linguistiques inhérentes à l'utilisation des outils d'évaluation (qui proviennent principalement de pays occidentaux), de l'absence de traductions vérifiées et de l'utilisation d'outils culturellement inappropriés. Ces obstacles, conjugués à la pénurie de professionnels qualifiés en gériatrie et au manque d'établissements de soins spécialisés pour les personnes âgées, peuvent retarder le diagnostic de démence dans la Région. En outre, comme les soins sont généralement dispensés par la famille, les connaissances de l'aidant familial sur la démence ainsi que ses compétences influencent fortement la prestation de services.

D'après les estimations, la prévalence de la démence chez les personnes âgées de 60 ans et plus est de 8,7 % dans la Région du Moyen-Orient et de l'Afrique du Nord. Il s'agit du taux le plus élevé de toutes les régions du monde. Environ 2,3 millions de personnes sont atteintes de démence dans la Région. Ce chiffre devrait atteindre 4,4 millions en 2030. Les coûts annuels de la démence dans les pays de la Région sont passés de 4,5 à 16 milliards de dollars US de 2010 à 2015, et les coûts par habitant sont passés de 3926 à 6925 dollars US, la majeure partie étant des coûts liés à des soins informels et pris en charge par les familles et non des coûts liés à des soins médicaux ou sociaux formels.

Le *Plan mondial d'action de santé publique contre la démence 2017-2025*, adopté en 2017 par la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé, présente une feuille de route qui s'articule autour de sept domaines d'action : sensibilisation à la démence et convivialité ; réduction des risques de démence ; diagnostic de la démence ; traitement et prise en charge ; soutien aux aidants ; systèmes d'information sur la démence ; et recherche et innovation dans le domaine de la démence (137). Compte tenu du fait que les coûts sanitaires, économiques, sociétaux et ceux liés au développement de la prévention de la démence vont augmenter et que les systèmes de santé et les systèmes sociaux ne sont pas équipés pour fournir des soins holistiques, il est impératif d'intensifier l'action de lutte contre cette maladie par le biais de l'élaboration et de la mise en œuvre de plans nationaux de lutte contre la démence fondés sur les sept domaines du plan d'action mondial. L'OMS a mis au point des outils et des instruments pour guider et soutenir les pays dans la mise en œuvre des dispositions du plan d'action mondial. Les outils comprennent notamment un guide pour formuler une réponse politique globale à la démence ; le Guide d'intervention humanitaire mhGAPP ; *iSupport for dementia*, un programme de formation en ligne qui aide les soignants des personnes atteintes de démence à fournir des soins de qualité et à s'auto-prendre en charge ; l'Observatoire mondial de la démence ; la boîte à outils de l'OMS pour les initiatives attentives aux besoins des personnes atteintes de démence ; et les directives de l'OMS sur la réduction des risques de déclin cognitif et de démence.

Les décideurs doivent accorder la priorité aux soins et au traitement de la démence dans la planification de la santé publique. En outre, des ressources doivent être mobilisées pour la sensibilisation à la démence dans la Région de la Méditerranée orientale (138).

5.2 Violence, traumatismes et incapacités

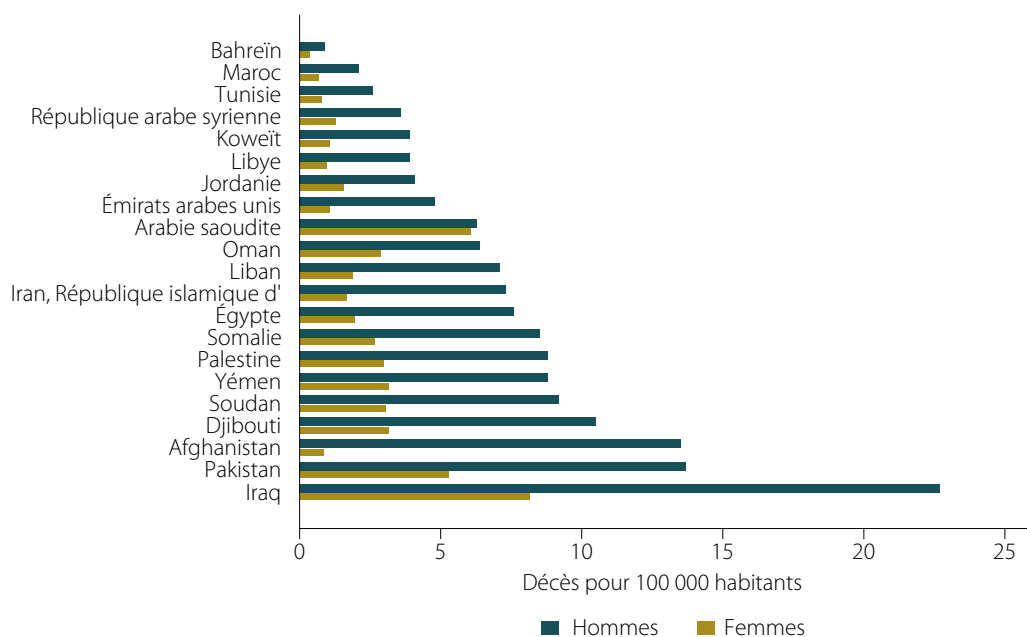
5.2.1 Traumatismes et violence, en particulier à l'égard des femmes, des filles et des enfants

Parmi les régions de l'OMS, on estime que la Région de la Méditerranée orientale présente la deuxième prévalence la plus élevée (37 %) de femmes ayant déjà été victimes de violence physique et/ou sexuelle de la part d'un partenaire intime au cours de leur vie, après la Région de l'Asie du Sud-Est (37,7 %). En 2016, le taux de mortalité par homicide s'élevait à 6,8 pour 100 000 habitants dans la Région, un taux supérieur à la moyenne mondiale (6,4) et le troisième plus élevé des régions OMS. Le taux de mortalité par homicide est presque trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (9,9 chez les hommes et 3,4 chez les femmes) – un autre aspect de la violence liée au genre qui exige une attention et une action dans la Région (figure 35).

Le nombre de décès directs dus à des conflits majeurs est estimé à 24,1 pour 100 000 habitants dans la Région, soit environ 10 fois le taux mondial (2,5) et significativement plus que dans d'autres régions de l'OMS (fourchette : 0,1–1,7). Le taux de traumatismes en tant que cause de décès pour 100 000 habitants est de 100 ou plus dans sept pays, le taux le plus élevé étant enregistré en République arabe syrienne où les traumatismes ont causé 443 décès pour 100 000 habitants en 2016 (figure 36). Les crises humanitaires et l'instabilité sociopolitique et économique dans la Région aggravent les inégalités entre les sexes, compromettent le pouvoir d'agence des femmes et augmentent le risque de violence à l'encontre de ces dernières.

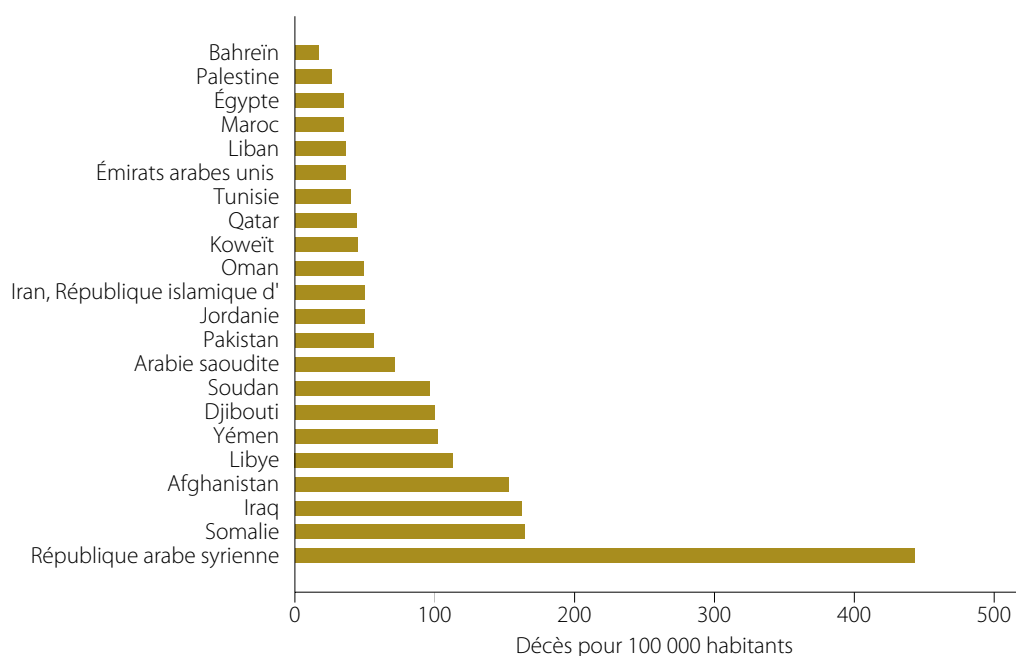
Conscients de ces problèmes, l'OMS et les États Membres ont approuvé le *Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans le cadre d'une réponse nationale multisectorielle pour lutter contre la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles, et à l'égard des enfants*, par le biais de la résolution WHA69.5 de l'Assemblée mondiale de la Santé en 2016. Les efforts conjoints de l'OMS et des institutions des Nations Unies (par exemple, le UNFPA) se sont concentrés sur la promotion d'interventions complètes et durables centrées sur les survivantes au niveau régional grâce à l'initiative d'action conjointe pour l'élimination de la violence à l'encontre des femmes et des filles dans les États arabes et au niveau des pays grâce au travail en cours en Égypte et en Tunisie pour tester l'ensemble de services essentiels pour les femmes et les filles victimes de violence (139).

Fig. 35. Taux de mortalité due aux homicides, par sexe, 2016



Source : OMS (2019) (10).

Fig. 36. Taux de mortalité due aux traumatismes standardisés en fonction de l'âge, 2016



Source : OMS (2020) (9).

Des progrès remarquables ont été accomplis dans certains pays de la Région pour promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes tout en luttant contre la violence à l'égard des femmes et des filles. En Afghanistan, en 2014, le ministère

de la Santé publique, en collaboration avec l'OMS et l'entité des Nations Unies pour l'égalité des sexes et l'autonomisation des femmes (ONU Femmes), a lancé le tout premier protocole de prise en charge des victimes de violence basée sur le genre à l'intention des prestataires de soins de santé (140). À l'horizon juin 2020, il est prévu que 6500 médecins, infirmiers et sages-femmes auront été formés sur la base de ce protocole. En 2019, l'OMS a formé 5300 prestataires de santé dans 21 provinces du pays. Au Pakistan, en 2017, un manuel clinique national sur les soins de santé pour les survivants de violence basée sur le genre a été élaboré par le ministère du Règlement et de la Coordination des services de santé nationaux en adaptant le manuel mondial de l'OMS au contexte local (98).

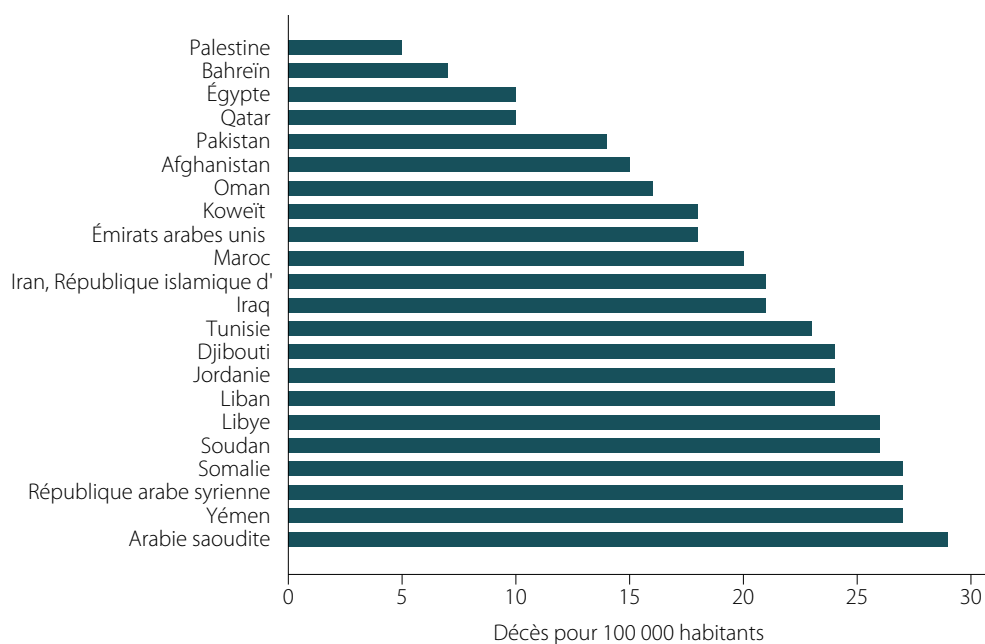
L'OMS ne cesse de déployer des efforts pour remédier à la violence à l'égard des femmes et des filles dans les pays touchés par des situations d'urgence. En 2018, une initiative majeure a été lancée en vue d'institutionnaliser les services essentiels de réponse et de prévention pour les survivants/victimes de violence basée sur le genre dans les pays en crise (y compris parmi les réfugiés) dans les plans de préparation, de riposte et de relèvement de l'OMS. Elle a été expérimentée en Afghanistan, en Iraq et en République arabe syrienne. De plus, la Somalie et le Soudan ont été inclus en 2019 et cette initiative sera étendue à la Libye en 2020. L'OMS fournit un appui technique pour la formation des prestataires de services aux différents niveaux du système de santé, en particulier pour les soins de santé primaires, en plus de renforcer les capacités des organisations non gouvernementales à collaborer avec les communautés et à sensibiliser à la violence basée sur le genre. En outre, les groupes de responsabilité sectorielle Santé de ces pays intègrent désormais la violence basée sur le genre dans leur présentation générale des besoins humanitaires et leurs plans d'intervention (141).

En Égypte, les efforts du ministère de la Santé et de la population, de l'OMS, de l'UNFPA et d'autres partenaires aboutissent à une version actualisée du *Protocole médical/des lignes directrices pour la prise en charge des victimes de violence basée sur le genre (y compris de violence sexuelle)*, afin de garantir que le protocole est conforme aux outils et lignes directrices mondiaux de l'OMS et dans le contexte juridique égyptien (142). Le ministère iraquien de la Santé, avec l'appui technique de l'OMS, est en train d'adapter le manuel mondial de l'OMS au contexte local. En outre, en Iraq, l'OMS et l'Université Johns Hopkins mènent des recherches pour évaluer la capacité, l'état de préparation et la qualité des services de santé pour les survivants de la violence basée sur le genre, et pour mettre au point et tester une version adaptée des outils d'évaluation de l'état de préparation et d'assurance qualité des services de lutte contre la violence basée sur le genre, à utiliser dans divers contextes humanitaires. La prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants a été poursuivie en collaboration avec le programme national de sécurité familiale en Arabie saoudite, et un atelier régional sur les sept stratégies INSPIRE pour mettre fin à la violence à l'encontre des enfants a été organisé lors de la cinquième Conférence régionale arabe sur la prévention des mauvais traitements et de la négligence envers les enfants (98). Dix-huit pays de la Région ont participé à une enquête mondiale de l'OMS, qui servira de base au prochain rapport de situation mondial sur la prévention de la violence à l'égard des enfants (22).

5.2.2 Les traumatismes dus aux accidents de la circulation

Les accidents de la circulation mortels et les traumatismes sont un problème de santé publique croissant, bien qu'évitable. Chaque jour, 3700 personnes dans le monde perdent leurs vies sur les routes et le nombre de personnes gravement blessées ou souffrant d'un handicap à vie atteint des dizaines de millions chaque année. Le *Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2018* montre que les traumatismes dus aux accidents de la circulation continuent de poser un grave problème de santé publique dans la Région de la Méditerranée orientale, qui présente près de 9 % des décès mondiaux causés par les accidents de la circulation. La Région de la Méditerranée orientale présente le troisième taux de mortalité le plus élevé (18 décès pour 100 000 habitants en 2016) imputable aux accidents de la circulation dans les régions OMS, après celles de l'Afrique et de l'Asie du Sud-Est. En 2016, dans la Région, les taux de mortalité les plus faibles étaient en Palestine (5 décès pour 100 000 habitants) et les plus élevés en Arabie saoudite (29 décès pour 100 000 habitants) (Fig. 37). Les victimes des accidents de la circulation dans la Région sont principalement des hommes, et les jeunes et les populations économiquement actives sont les plus touchées. La majorité (80 %) des décès dus aux accidents de la circulation se produisent dans des pays à revenu intermédiaire. Cependant, la Région de la Méditerranée orientale se distingue des autres régions par le fait que le taux de mortalité due aux accidents de la circulation ne diminue pas parallèlement à une augmentation du revenu des pays. Les pays à revenu élevé de la Région ont des taux de mortalité par accidents de la circulation plus de trois fois supérieurs au taux moyen des pays à revenu élevé dans le monde (143).

Fig. 37. Estimations des taux de mortalité due aux accidents de la circulation, 2016



Source : OMS (2020) (9).

Les pays de la Région prennent des mesures pour s'attaquer à ce problème de santé publique majeur. La majorité des pays disposent d'une institution chargée de diriger les efforts nationaux de sécurité routière ; toutefois, ces dernières sont rarement pleinement fonctionnelles et financées. La majorité des pays ont adopté des lois relatives aux principaux facteurs de risque comportementaux en matière de sécurité routière, tels que la vitesse, l'alcool au volant et le non-port du casque, le non-port de la ceinture de sécurité et les dispositifs de sécurité pour enfants ; mais ils manquent généralement de critères de meilleures pratiques. En outre, l'efficacité de la législation semble peu souhaitable car le niveau d'application des lois existantes en matière de sécurité routière est jugé satisfaisant dans moins d'un tiers des pays de la Région. Il n'existe pratiquement aucune donnée sur les indicateurs mesurant le comportement des usagers de la route et l'application de la législation, par exemple sur le port de la ceinture de sécurité ou du casque. L'absence d'une approche de la sécurité routière fondée sur un système sûr, associée à une coordination multisectorielle insuffisante et à des lacunes importantes dans les services de soins d'urgence, de traumatologie et de réadaptation sont des défis supplémentaires à relever pour rendre les routes plus sûres dans la Région (22).

Malgré les défis, des progrès ont été accomplis dans la Région en ce qui concerne l'élaboration de politiques pour des transports durables et de mesures pour garantir la sécurité routière. La Décennie d'action pour la sécurité routière et les ODD, parallèlement aux résolutions consécutives de l'Assemblée mondiale de la Santé et à la résolution du Comité régional EM/RC56/R.7, offrent aux pays de la Région de grandes opportunités de renforcer leurs efforts existants en matière d'amélioration de la sécurité routière (144). Un cadre stratégique régional pour la mise en place d'un système de sécurité routière a été élaboré en étroite consultation avec les pays. De ce fait, il est en cours de mise en œuvre en République islamique d'Iran afin d'élaborer une stratégie nationale pour la prochaine décennie. Une initiative législative régionale a également été lancée dans le cadre du Forum des législateurs en matière de sécurité routière dans la Méditerranée orientale. Cette initiative vise à aider les pays à réviser et à actualiser leurs politiques de sécurité routière et leurs cadres législatifs sur la base des meilleures pratiques internationales.

5.2.3 Incapacités, y compris la prévention de la cécité et de la surdité

D'après les estimations de l'OMS selon lesquelles 15 % de la population mondiale vit avec une forme de handicap, la Région abrite près de 100 millions de personnes handicapées. La prévalence du handicap signalé dans les pays varie entre 0,4 % et 4,9 %. Près de 80 % de la population totale des personnes handicapées vivent dans les pays en développement (109), et les conflits violents, les guerres et les situations d'urgence prolongés et généralisés dans la Région peuvent contribuer à l'augmentation du nombre de personnes souffrant de handicaps (voir section 4.4 sur les services de réadaptation).

Environ 4,9 millions de personnes sont atteintes de cécité, 18,6 millions souffrent d'une baisse de la vision et 23,5 millions sont atteintes d'une déficience visuelle. À ce jour, 16 pays ont élaboré et révisé leurs plans d'action nationaux quinquennaux sur la santé oculaire conformément au document de l'OMS intitulé « *Santé oculaire universelle : un plan d'action mondial 2014-2019* » (145). L'OMS poursuit sa collaboration avec l'Agence internationale pour la prévention de la cécité et a contribué à l'élaboration du *Rapport mondial sur la vision* (146).

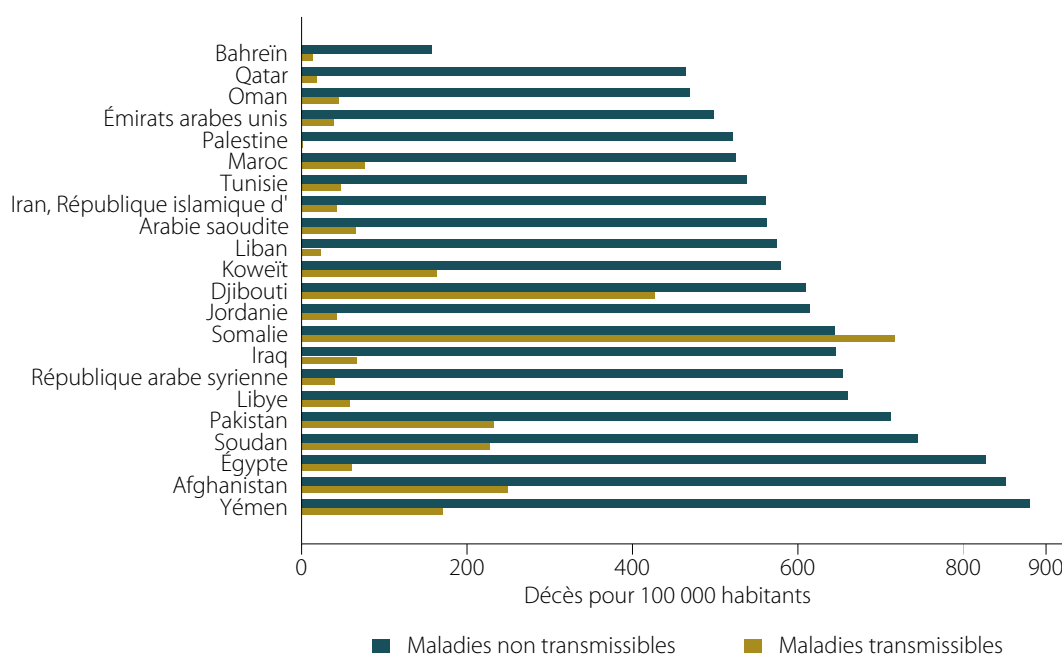
Près de 10,7 millions de personnes âgées de 15 ans et plus présentent une déficience auditive incapacitante dans la Région. Des efforts ont été consentis pour comprendre la situation de la santé auditive dans la Région, notamment par une analyse de la situation et l'élaboration de plans nationaux pour les soins de l'oreille et de la prise en charge des troubles auditifs. Toutefois, ces efforts sont limités à quelques pays et pour ceux qui ont déclaré leur engagement politique à améliorer la situation en matière de santé auditive, un soutien doit être fourni pour traduire les politiques en actions programmatiques. L'allocation des ressources, la coordination, l'action multisectorielle, l'application, la mise en œuvre et l'évaluation des cadres politiques et législatifs requièrent une attention renforcée (22, 98).

5.3 Maladies non transmissibles

5.3.1 Charge des maladies non transmissibles

Les maladies non transmissibles (MNT) ont été responsables de 2,6 millions de décès dans la Région de la Méditerranée orientale en 2016. Ce chiffre devrait augmenter pour atteindre 3,8 millions d'ici 2030. Les maladies non transmissibles sont la principale cause de décès dans tous les pays de la Région, sauf en Somalie où les maladies transmissibles demeurent la principale cause. L'Afghanistan, l'Égypte et le Yémen présentent la charge la plus élevée de MNT, avec plus de 800 décès pour 100 000 habitants (Fig. 38).

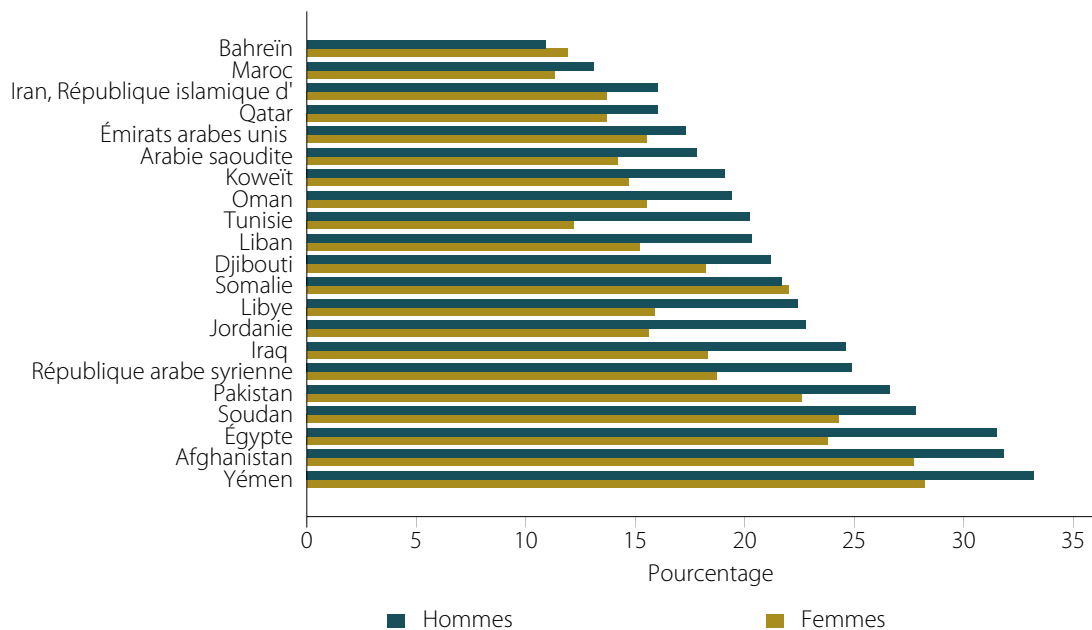
Fig. 38. Taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les maladies transmissibles et les MNT, 2016



Source : OMS (2020) (9).

Dans la Région, La probabilité de mourir entre exactement 30 et 70 ans des principales MNT (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies respiratoires chroniques) est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (Fig. 39). La probabilité la plus élevée est de 30,6 % en Afghanistan et la plus faible est de 11,3 % à Bahreïn. La probabilité pour cet indicateur est de 22 % dans la Région, ce qui est supérieur au taux mondial (18,3 %) et le deuxième plus élevé parmi les régions de l'OMS.

Fig. 39. Probabilité de décès par maladies cardiovasculaires, cancer, diabète ou maladie respiratoire chronique entre 30 et 70 ans (%), par sexe, 2016



Source : OMS (2020) (9).

Le cadre d'action régional sur les MNT, approuvé par le Comité régional en 2012 et actualisé en 2019, est une feuille de route à l'intention des pays pour mettre en œuvre la Déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles (147). Le cadre inclut 19 interventions stratégiques et 15 indicateurs de suivi relatifs aux domaines de la gouvernance, de la prévention, de la surveillance et des soins de santé en matière de maladies non transmissibles. L'OMS suit la mise en œuvre du cadre et rend compte aux pays des progrès accomplis et du rythme de la mise en œuvre. En 2019, seuls huit pays de la Région avaient pleinement atteint six sous-indicateurs ou plus, et les 14 pays restants avaient atteint moins d'un tiers des sous-indicateurs. Plus de 35 % des pays ont créé des stratégies ou des plans opérationnels multisectoriels qui intègrent les principales MNT et leurs facteurs de risque communs, et plus de 40 % des pays ont établi des lignes directrices/protocoles/normes nationaux fondés sur des bases factuelles pour la prise en charge des principales MNT par le biais de l'approche des soins de santé primaires (148). En 2019, 10 des 22 pays de la Région (45 %) avaient élaboré des plans d'action nationaux multisectoriels de lutte contre les maladies non transmissibles (22, 148).

Pour atteindre la quatrième cible du troisième ODD visant à réduire d'un tiers les décès prématurés dus aux MNT à l'horizon 2030, les pays doivent accorder la priorité aux stratégies de prévention et de traitement des MNT dans leurs politiques de santé nationales, parallèlement à la mise en œuvre des mesures législatives et réglementaires requises, à la préservation des ressources financières durables et à la promotion d'initiatives de renforcement des capacités. Le secteur de la santé ne peut pas lutter seul contre les MNT, bien qu'il joue un rôle majeur dans la mobilisation des ressources existantes afin de promouvoir des approches multisectorielles et multipartites de la Santé dans toutes les politiques, pangouvernementales et pansociétales (148).

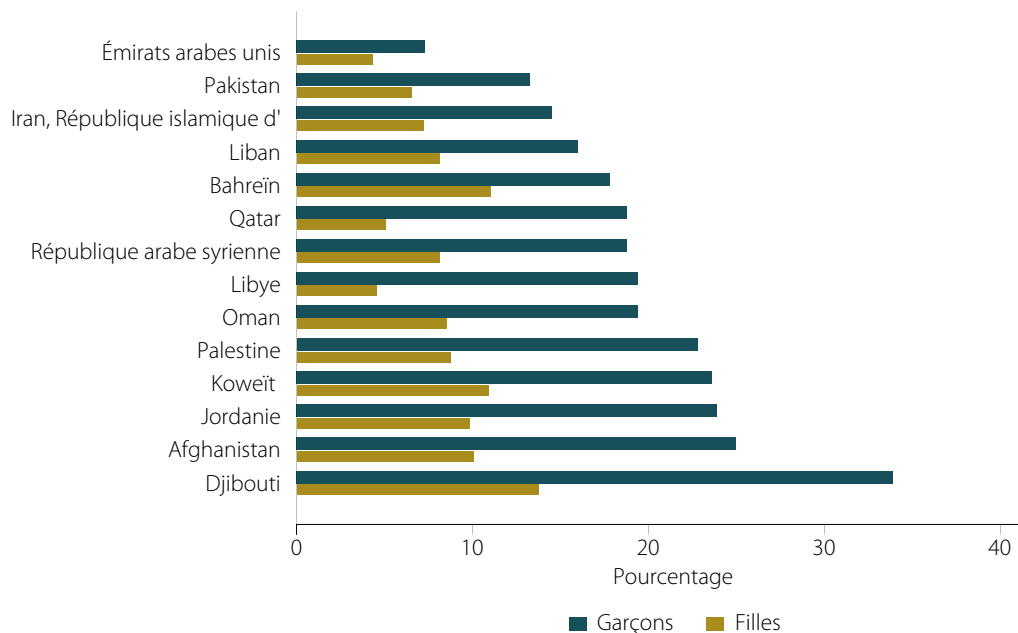
5.3.2 Principaux facteurs de risque des maladies non transmissibles

5.3.2.1 Tabagisme

En 2018, la prévalence standardisée selon l'âge du tabagisme chez les adultes (âgés de 15 ans et plus) était de 19,3 % dans la Région de la Méditerranée orientale, ce qui est inférieur à la moyenne mondiale et le troisième taux le plus faible de toutes les régions de l'OMS. La prévalence du tabagisme chez les hommes dans tous les pays participants est supérieure à 10 % et, dans certains pays (tels que le Liban et la Tunisie), plus de la moitié de la population de sexe masculin fume du tabac (149). La prévalence moyenne du tabagisme chez les femmes représente près de la moitié de la moyenne mondiale, avec une prévalence inférieure à 1 % dans de nombreux pays de la Région. Bien que cela indique une prévalence généralement faible de la consommation de tabac chez les femmes dans la Région, certains pays affichent des taux très élevés, notamment le Liban (29 %) (150) et la Jordanie (16 %).

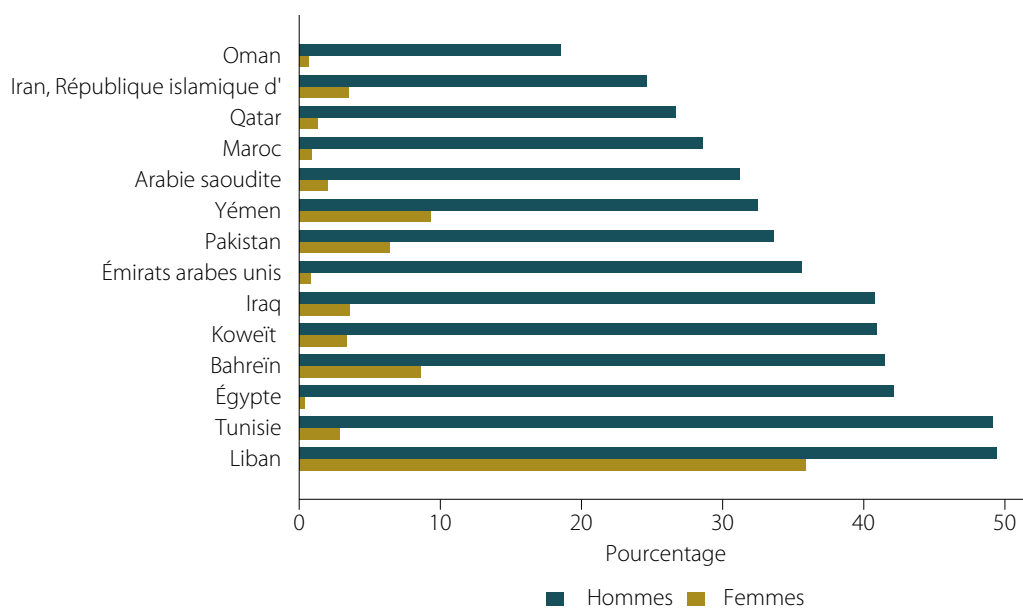
Sur la période comprise entre 2013 et 2016, le tabagisme chez les adolescents de sexe masculin (âgés de 13 à 15 ans) variait entre 7,3 % aux Émirats arabes unis et 33,9 % à Djibouti. Chez les adolescentes, le tabagisme variait entre 4,4 % aux Émirats arabes unis et 13,8 % à Djibouti (Fig. 40). Chez les hommes de 15 ans et plus, la prévalence standardisée selon l'âge du tabagisme en 2017 était la plus faible à Oman (18,5 %) et la plus élevée au Liban (49,4 %) ; les taux chez les femmes étaient les plus faibles en Égypte (0,4 %) et les plus élevés au Liban (35,9 %) (Fig. 41).

Fig. 40. Tabagisme chez les adolescents (13-15 ans) (%) dans certains pays, 2013-2016



Source : OMS (2020) (9).

Fig. 41. Prévalence standardisée selon l'âge (%) de la consommation de tabac chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans certains pays, 2017



Source : OMS (2019) (148).

Selon les projections, la prévalence globale du tabagisme dans la Région devrait diminuer considérablement, passant d'un taux estimé à 23 % en 2010 à 17 % en 2025, soit une réduction relative de 26 %. Bien que cette diminution soit importante, cela signifie que, selon les projections, la Région ne devrait pas atteindre la cible mondiale volontaire de réduction de 30 % de l'usage du tabac à l'horizon 2025 (par rapport à 2010 comme année de référence). La Région est l'une des trois régions de l'OMS pour lesquelles le nombre de consommateurs de tabac devrait augmenter, le nombre absolu de fumeurs de tabac devant atteindre 94 millions d'ici 2025 (149).

En 2003, la Cinquante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Tous les pays de la Région, à l'exception du Maroc et de la Somalie, sont Parties à cette dernière. Six pays (Arabie saoudite, République islamique d'Iran, Iraq, Koweït, Pakistan et Qatar) sont également Parties au Protocole pour éliminer le commerce illicite des produits du tabac. Des efforts sont en cours pour intensifier la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et du Protocole dans la Région de la Méditerranée orientale (22). En 2008, l'OMS a introduit l'ensemble de mesures MPOWER afin d'aider les pays à mettre en œuvre les articles clés de la Convention-cadre. L'ensemble des interventions de MPOWER ont un effet prouvé sur la réduction de la demande de tabac (151).

Des données récentes et représentatives pour les adultes et les jeunes sont disponibles dans 12 pays de la Région, représentant 78 % de la population (151, 152). L'interdiction de fumer en vue de créer des environnements 100 % sans tabac dans tous les lieux publics n'a été introduite que dans sept pays, bien que ces pays représentent 64 % de la population de la Région (152). Le respect des lois antitabac est toutefois faible dans de nombreux cas (151). Dans la Région, seuls deux pays informent qu'aucun des services de sevrage tabagique recommandés dans le cadre du programme MPOWER n'est fourni. Toutefois, très peu de pays proposent un ensemble bien développé de services d'aide au sevrage tabagique. Seuls l'Arabie saoudite, les Émirats arabes unis et le Koweït sont en conformité avec les exigences pour la mise en œuvre intégrale de la composante de sevrage tabagique du programme MPOWER, en fournissant une thérapie de substitution à base de nicotine et un soutien au sevrage nicotinique couverts par les coûts, ainsi qu'un service téléphonique d'aide au sevrage tabagique national et gratuit.

Dans la Région, 61 % de la population est couverte par une politique qui appose des mises en garde sanitaires illustrées sur les paquets de cigarettes et les emballages, bien que cette politique ne couvre que cinq pays (Arabie saoudite, Djibouti, Égypte, République islamique d'Iran et Pakistan) (152). L'Arabie saoudite est actuellement le seul pays de la Région qui exige un emballage neutre sur tous les paquets de cigarettes. Entre juillet 2016 et juillet 2018, 12 pays ont mené au moins une campagne médiatique antitabac de grande ampleur. Cependant, ces campagnes ne présentent souvent pas la préparation et les caractéristiques requises pour permettre une réduction efficace du tabagisme. Par exemple, en Jordanie, qui a le taux de consommation de tabac le plus élevé de la Région, une campagne médiatique a été organisée dans le cadre d'efforts conjoints du Gouvernement et d'organisations non gouvernementales. La campagne a touché des millions de personnes, mais son résultat en termes de prise de conscience, d'attitude et de comportement nécessite une évaluation adéquate (153).

Il existe au moins un type d'interdiction de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage dans tous les pays de la Région à l'exception d'un

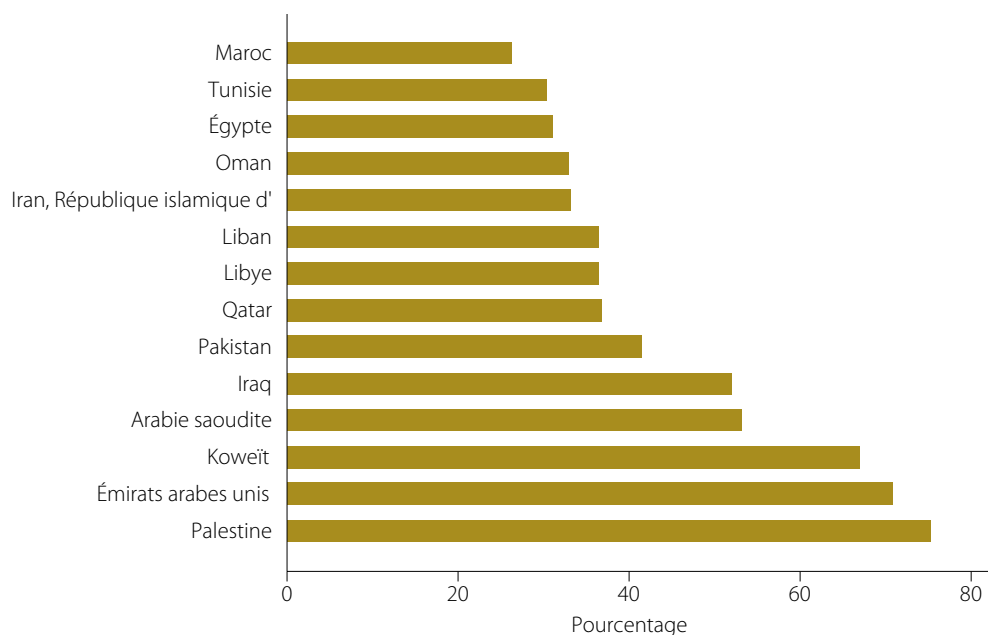
seul (151); toutefois, l'application des interdictions varie considérablement d'un pays à l'autre. Dix pays ont instauré une interdiction globale de la publicité en faveur du tabac, de la promotion et du parrainage, remplissant ainsi les conditions requises pour la mise en œuvre intégrale du programme MPOWER. Dans la moitié des pays de la Région, la part du total des taxes dans le prix de détail de la marque de cigarettes la plus vendue est supérieure à 50 %. Les taxes sur le tabac varient de 4,1 % en Afghanistan à 83,5 % en Palestine. Dans 12 pays de la Région, les cigarettes sont devenues moins abordables depuis 2008. Cependant, seuls trois pays (Égypte, Jordanie et Palestine) ont pleinement mis en œuvre le programme MPOWER sur l'augmentation de la taxation, soit à peine 16 % de la population de la Région (152).

De manière générale, malgré une couverture élevée de certaines interventions de la Convention-cadre de l'OMS et de l'ensemble de mesures MPOWER, peu de pays de la Région ont pleinement mis en œuvre la plupart des mesures clés de lutte antitabac visant à réduire la consommation de tabac.

5.3.2.2 Sédentarité

La prévalence de la sédentarité est de 44,5 % dans la Région de la Méditerranée orientale (Fig.42). À l'échelle mondiale et régionale, la sédentarité est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (10). Les données recueillies dans le cadre de l'enquête mondiale sur la santé des élèves en milieu scolaire montrent que la sédentarité représente également un problème majeur chez les adolescents de la Région. En moyenne, seuls 16 % des adolescents respectent la recommandation globale d'au moins 60 minutes d'activité physique par jour pendant cinq jours ou plus de la semaine. En 2012, le Comité régional a adopté la résolution EM/RC59/R.2 ainsi qu'un cadre d'action régional pour faciliter la mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, y compris les interventions ayant fait leurs preuves en matière d'activité physique (154).

Figure 42. *Activité physique insuffisante (%) chez les adultes (18 ans et plus) dans certains pays, 2016*



Source : OMS (2020) (9).

Des efforts ont été déployés au niveau tant des politiques que de la planification pour remédier à la sédentarité dans la Région, bien que la réponse soit insuffisante. Une cartographie de la situation politique et de la riposte à la sédentarité a révélé que 10 des 12 pays participants disposaient d'une politique nationale de santé incluant l'activité physique ou d'une politique ou d'un plan stratégique national de lutte contre les maladies non transmissibles centré sur l'activité physique. Une législation prévoyant l'inclusion de l'éducation physique dans les programmes scolaires des filles et des garçons a été identifiée dans cinq pays de la Région. Dans certains pays, l'activité physique est pratiquée dans des secteurs autres que celui de la santé, tels que l'aménagement urbain, le sport et les transports. La cartographie a également montré que la plupart des pays suivent une approche multisectorielle et ont mis en place des comités nationaux de coordination ou ont établi des partenariats entre différents ministères, notamment ceux de la santé, des sports, de la jeunesse et de l'éducation. Trois pays de la Région ont communiqué des informations sur l'adoption de lignes directrices et de recommandations internationales, dont les recommandations mondiales de l'OMS sur l'activité physique. Douze pays ont mis en œuvre au moins une campagne nationale pour promouvoir l'activité physique. Dans près de 55 % des pays, des interventions de sensibilisation du public et de communication visant à encourager l'activité physique ont été mises en œuvre.

5.3.2.3 Usage nocif de l'alcool

La consommation d'alcool parmi la population adulte (âgée de 15 ans et plus) dans la Région est de 0,6 litre par habitant, soit un dixième du taux mondial et beaucoup moins que dans les autres régions de l'OMS. La part de la Région dans la consommation mondiale d'alcool n'est que de 0,7 % ; toutefois, 70,5 % de la consommation d'alcool dans la Région n'est pas comptabilisée (c'est-à-dire pas comptabilisée dans les statistiques nationales sur la taxation ou la vente de l'alcool tel qu'il est produit et vendu en dehors des circuits officiels). La tendance de la consommation d'alcool est restée stable dans la Région depuis 2000, et la prévalence de la consommation occasionnelle de fortes quantités d'alcool a diminué.

La Région de la Méditerranée orientale présente le niveau de sobriété le plus élevé par rapport aux autres régions de l'OMS, 97,1 % de la population s'étant abstenue de consommer de l'alcool au cours des 12 derniers mois. Le taux de prévalence de la consommation d'alcool parmi les jeunes (âgés de 15 à 19 ans) n'est que de 1,2 %, soit 700 000 jeunes dans la Région. Les rapports entre les sexes pour la consommation actuelle d'alcool et la consommation occasionnelle de fortes quantités sont les plus élevés de toutes les Régions de l'OMS, ce qui semble suggérer que la consommation d'alcool est principalement un comportement masculin dans la Région.

La Région présente la consommation d'alcool par habitant la plus élevée (24,3 litres) parmi les buveurs actuels, ce qui s'explique par la proportion de la population qui consomme occasionnellement de fortes quantités d'alcool. Cette situation est alarmante pour le secteur de la santé, car elle suggère que, malgré la très faible prévalence de la consommation d'alcool dans la Région, les personnes qui boivent sont plus vulnérables aux effets nocifs de l'alcool tels que le diabète.

Par rapport aux autres régions de l'OMS, la Méditerranée orientale présente la charge de morbidité et de mortalité standardisée selon l'âge la plus faible attribuable à la consommation d'alcool, soit 7 décès et 322 années de vie corrigées de l'incapacité pour 100 000 habitants. Les troubles liés à la consommation de l'alcool et la dépendance à l'alcool chez les personnes âgées de 15 ans et plus dans la Région sont estimés à 0,8 % et 0,4 % respectivement, ce qui représente les taux les plus faibles au monde. Dans la Région, les informations sur la couverture du traitement sont très limitées et la plupart des pays ne disposent pas de services de traitement spécialisés pour les troubles liés à la consommation de l'alcool et la dépendance à l'alcool (155).

Les politiques et les législations visant à contrôler la production, la vente et la commercialisation d'alcool sont assez strictes dans la Région. Près de 55 % des pays ont des restrictions sur la publicité/promotion de l'alcool, 50 % des pays limitent la disponibilité physique de l'alcool vendu au détail, et plus de 40 % des pays ont augmenté les droits d'accise sur les boissons alcoolisées (148).

5.3.3 Surveillance et évaluation des maladies non transmissibles et de leurs facteurs de risque

Les pays de la Région continuent de renforcer les systèmes de surveillance des facteurs de risque des MNT en mettant en œuvre l'approche STEPwise de la surveillance de l'OMS (STEPS). Par exemple, sept pays de la Région collectent des données nationales de surveillance de l'activité physique à l'aide de l'enquête STEPs de l'OMS. Ces données permettent d'estimer la proportion de la population adulte qui satisfait actuellement aux recommandations mondiales d'au moins 150 minutes d'activité physique modérée par semaine. Les données sur les tendances des pays de la Région sont limitées, car plus de la moitié des pays ont entrepris l'enquête STEPs à plus d'une reprise en 2019. Plusieurs autres pays prévoient de mener une deuxième enquête (156).

En 2018, 13 pays ont défini des cibles nationales assorties de délais pour la surveillance, le suivi et l'évaluation des MNT et de leurs facteurs de risque, sur la base des orientations de l'OMS. Tous les pays de la Région ont intégré les questions sur le tabac à des enquêtes dans leurs enquêtes nationales sur les MNT (22).

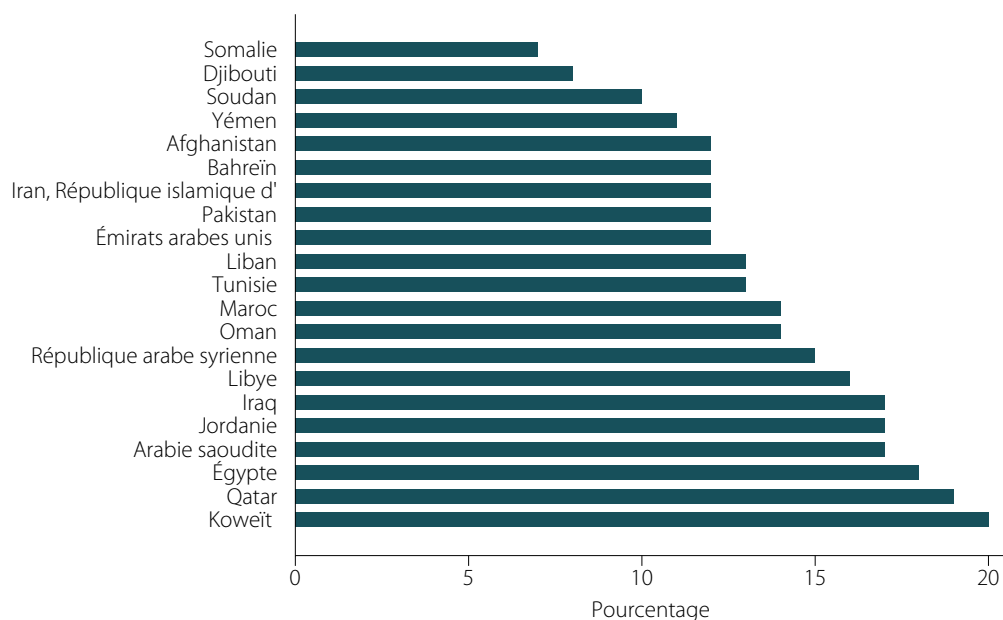
5.4 Maladies non transmissibles prioritaires

5.4.1 Diabète

Près de 43 millions de personnes dans la Région de la Méditerranée orientale sont touchées par cette maladie. La Région présente le taux standardisé selon l'âge le plus élevé d'année de vie corrigée de l'incapacité dues au diabète parmi les Régions de l'OMS. Les années de vie ajustées de l'incapacité dues au diabète ont triplé dans la Région entre 1990 et 2015. L'analyse de l'étude 2015 sur la charge mondiale de morbidité et les résultats d'autres études montrent que cette tendance à la hausse est supérieure aux estimations, et que les épidémies d'obésité et de sédentarité sont les principaux facteurs de risque de diabète de type 2 (157). Dans les pays de la

Région de la Méditerranée orientale, l'hyperglycémie dans la population adulte est la plus faible en Somalie (6,8 %) et la plus élevée au Koweït (19,6 %) (Fig.43).

Fig. 43. Prévalence standardisée selon l'âge d'hyperglycémie chez les adultes (18 ans et plus), 2014



Source : OMS (2020) (9).

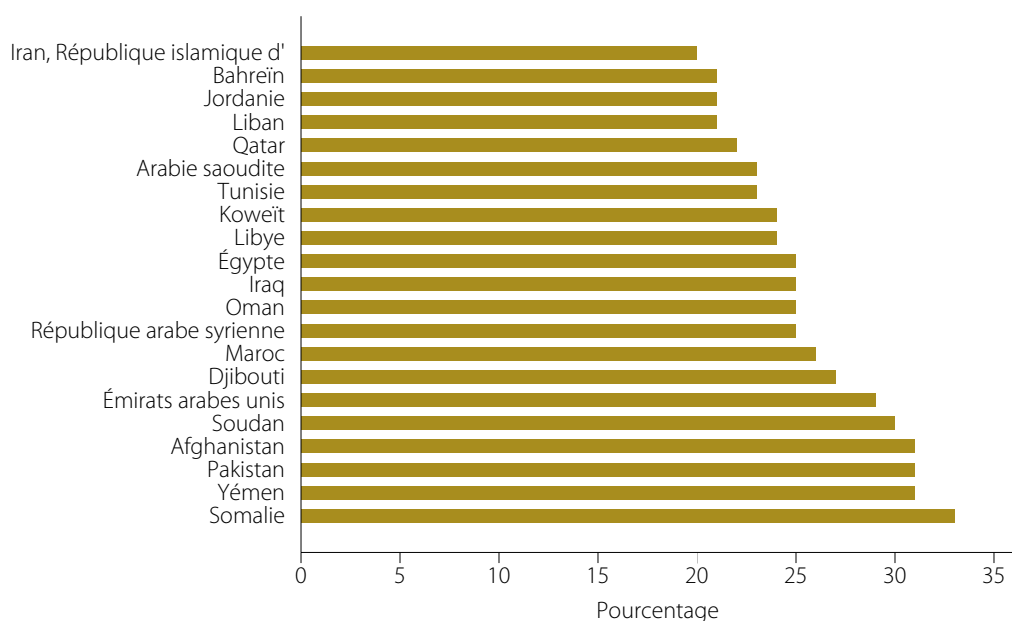
Les pays de la Région sont à des stades différents de prévention et de maîtrise du diabète. Tous les pays du Conseil de Coopération du Golfe, sauf Oman, et certains pays à revenu intermédiaire comme la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Liban et la Tunisie ont une politique, une stratégie ou un plan d'action opérationnel sur le diabète. Cependant, environ la moitié des pays, y compris tous les pays à revenu faible, ne disposent pas des politiques et programmes nécessaires au niveau national pour faire face à la charge croissante du diabète (157).

5.4.2 Maladies cardiovasculaires et hypertension

L'étude sur la charge mondiale de morbidité 2015 a montré que les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de charge de morbidité dans la Région ; près de 33 millions d'années de vie ont été perdues en raison de la mortalité prématurée ou de l'incapacité dues à ces maladies en 2015 (158). On estime que 54 % des décès dus aux maladies non transmissibles dans la Région sont causés par des maladies cardiovasculaires (159). Plus de 1,3 million de personnes sont décédées de maladies cardiovasculaires dans la Région en 2015, ce qui représente environ un tiers de l'ensemble des décès. La proportion de décès attribués aux maladies cardiovasculaires (sur le total des décès) varie de 49 % à Oman à 13 % en Somalie. Les modes de vie sédentaires et les facteurs de risque tels que l'hypertension, le diabète (variant de 4 % en République islamique d'Iran à 19 % au Soudan) et l'hypercholestérolémie (de 14 % au Liban à 52 % en République

islamique d'Iran) contribuent à la lourde charge de maladies cardiovasculaires dans la Région (160). En moyenne, un adulte sur quatre dans la Région souffre d'hypertension ; la prévalence la plus élevée est de 32,9 % en Somalie et la plus faible de 19,7 % en République islamique d'Iran (Fig. 44).

Fig. 44. Prévalence standardisée selon l'âge de l'hypertension artérielle chez les adultes (18 ans et plus), 2015



Source : OMS (2020) (9).

L'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles dans le cadre des soins de santé primaires dans des contextes de faibles ressources propose un ensemble d'approches à l'échelle de la population et au niveau individuel, ayant un bon rapport coût-efficacité, visant à réduire la charge des principales MNT, telles que des méthodes de diagnostic précoce faisant appel à des techniques peu coûteuses, des approches non pharmacologiques et pharmacologiques pour modifier les facteurs de risque, et des médicaments abordables pour la prévention et le traitement des crises cardiaques et des accidents vasculaires cérébraux, du diabète, du cancer et de l'asthme (161). Au niveau des pays, des programmes verticaux, établis de longue date de longue date sur l'hypertension et le diabète utilisant des outils locaux sont en place ; toutefois, l'intégration et l'accent mis sur les maladies cardiovasculaires et leurs facteurs de risque, le suivi de la performance des systèmes de santé et l'adoption et l'utilisation durable de l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS sont limités. Quelques mesures ont été prises au niveau communautaire dans la Région, notamment la mise en œuvre de *the Global hearts initiative* à Bahreïn, à Oman et en Palestine, et la mise en œuvre du protocole de l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles (*WHO PEN*) en République islamique d'Iran sous le nom « *IraPEN* » par les agents de santé communautaires (ou *behvarzes*) et l'essai du système iranien *CVD-SUPPORT*.

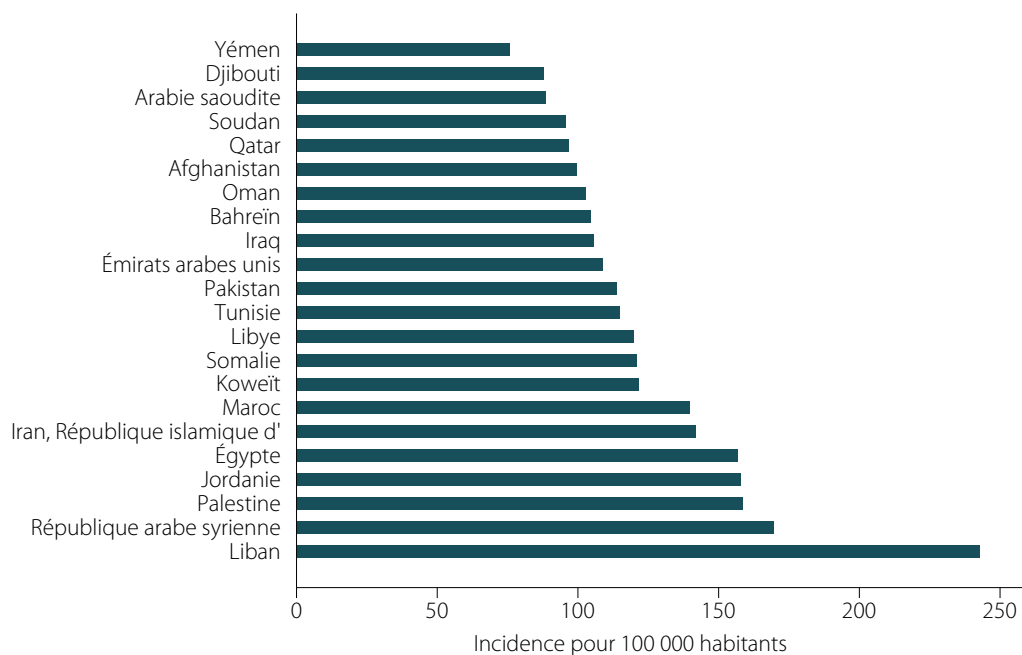
La mise en œuvre du cadre d'action régional sur les MNT se heurte à de sérieuses difficultés, en particulier les difficultés économiques et les situations d'urgence complexes qui touchent de nombreux pays. Néanmoins, les outils et les cadres de l'OMS ont été bien accueillis dans toute la Région et l'Organisation continue d'aider les pays à les mettre en œuvre. Pour s'attaquer aux maladies cardiovasculaires, les pays de la Région doivent se concentrer sur les trois domaines d'action suivants :

- prévention et réduction des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires – mettre en œuvre les « meilleurs choix » fondés sur des bases factuelles pour lutter contre le tabagisme (Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac et programme MPOWER), l'abus d'alcool, une mauvaise alimentation (consommation excessive de sel, d'acides gras trans, de sucre) et la sédentarité ;
- prise en charge des maladies cardiovasculaires et soins de santé – mise en œuvre intégrale des recommandations de la *Global Hearts Initiative*, en mettant l'accent sur les soins de santé primaires grâce à la mise en œuvre de l'ensemble d'interventions essentielles de l'OMS pour lutter contre les maladies non transmissibles ;
- surveillance, suivi et évaluation des maladies cardiovasculaires – renforcement des capacités pour mener des enquêtes nationales (enquêtes STEPs ainsi que d'autres sur les facteurs de risque) afin de générer des données plus fiables sur la mortalité par cause spécifique et de s'accorder sur les principaux indicateurs de performance au niveau des établissements (à l'aide du module de suivi et d'évaluation de la *Global Hearts Initiative*) (162).

5.4.3 Soins et services en oncologie

L'incidence de tous les types de cancer dans la Région de la Méditerranée orientale varie de 76 pour 100 000 habitants au Yémen à 243 pour 100 000 habitants au Liban (Fig. 45). Selon les prévisions, la charge du cancer doublera dans la Région d'ici 2030, ce qui constitue l'augmentation la plus élevée estimée de la charge du cancer dans les six régions de l'OMS. À l'instar d'autres maladies non transmissibles, la croissance démographique, le vieillissement de la population et les modes de vie peu sains (tabagisme, mauvaise alimentation et sédentarité) contribuent à cette charge croissante. Le cancer est l'une des principales causes de mortalité dans la Région et entraîne près de 400 000 décès par an. En 2012, plus de femmes que d'hommes ont reçu un diagnostic de cancer (293 000 contre 263 000) ; cependant, plus d'hommes ont perdu la vie à cause du cancer que de femmes (191 000 contre 176 000). En 2012, le cancer du sein était la principale cause de mortalité par cancer (42 000 décès) dans la Région, suivi du cancer du poumon (29 000 décès).

Fig. 45. Incidence du cancer, 2018



Source : OMS (2020) (9).

En outre, les taux de survie du cancer dans la Région de la Méditerranée orientale sont plus faibles que dans la Région des Amériques et la Région européenne, car les patients se présentent généralement à un stade avancé lorsque le cancer est susceptible d'être incurable. Dans la Région, il y a 1 décès par cancer pour 1,5 cas de cancer, tandis qu'aux Amériques le taux est de 1 décès par cancer pour 2,2 cas de cancer. Par conséquent, bien que le nombre absolu de cas de cancer et de décès soit beaucoup plus élevé dans les pays occidentaux, une personne ayant reçu un diagnostic de cancer dans la Région a presque deux fois plus de risque de mourir qu'une personne ayant reçu un diagnostic dans les Amériques. Il existe également une grande diversité dans les profils de cancer entre les pays de la Région, en fonction du niveau de développement humain. Par exemple, on trouve des proportions plus élevées de cancers du col de l'utérus dans les pays ayant des niveaux de développement plus faibles, comme la Somalie ou Djibouti, tandis que les pays à revenu plus élevé enregistrent une proportion plus élevée de cancers colorectaux (163).

Les cinq cancers les plus courants pouvant faire l'objet d'une détection précoce dans la Région sont les cancers du sein et de la prostate ainsi que le cancer du col de l'utérus et de la bouche. Le cancer du sein est le cancer le plus courant chez les femmes et son incidence augmente dans tous les pays de la Région ; l'incidence du cancer colorectal et du cancer de la prostate augmente également. Le cancer de la bouche est fréquent dans certains pays en raison de la forte prévalence du *toombak*, du *qat* et du tabac à mâcher (163).

En 2005, la résolution WHA58.22 de l'Assemblée mondiale de la Santé a invité instamment tous les États Membres à élaborer et à mettre en œuvre un programme national de lutte anticancéreuse. Au vu des ressources limitées dont disposent les pays, il a été proposé de créer un comité national de lutte anticancéreuse au niveau des pays afin de donner la priorité aux interventions, aux traitements et à la meilleure utilisation des ressources. Les progrès de la lutte ont été généralement lents dans la Région. Actuellement, huit pays de la Région disposent d'une politique ou d'une stratégie opérationnelle sur la lutte anticancéreuse, et trois mettent partiellement en œuvre une telle politique ou stratégie. Toutefois, les 10 pays restants (45 %) n'ont pas commencé la mise en œuvre d'une stratégie en la matière. En outre, un comité multisectoriel de lutte anticancéreuse n'est pleinement disponible que dans cinq pays et partiellement disponible dans quatre autres. La majorité des pays (73 %) ont mis en place un registre du cancer basé sur la population qui couvre soit une région du pays (par exemple Karachi au Pakistan et Gharbiah en Égypte) soit le pays tout entier (par exemple Koweït) (163).

Les défis rencontrés par la mise en œuvre des programmes de lutte anticancéreuse dans la Région comprennent : des stratégies de détection précoce souvent centrées sur le dépistage plutôt que sur les méthodes de diagnostic précoce ; l'accès variable aux options thérapeutiques ; le manque de lignes directrices pour le traitement du cancer et l'orientation/recours dans plus de la moitié des pays ; et l'intégration limitée de la détection précoce dans les soins de santé primaires dans la plupart des pays, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Cependant, il existe de bons exemples d'initiatives de diagnostic précoce du cancer du sein en Jordanie et au Maroc qui peuvent être modélisées pour la détection précoce de ce type de cancer par d'autres pays de la Région (163).

De graves lacunes existent dans la prise en charge du cancer dans la Région. La moitié seulement des pays (pour la plupart des pays du Conseil de Coopération du Golfe et des pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure) ont approuvé des lignes directrices pour la prise en charge du cancer. Parmi les pays à revenu faible, seuls 17 % ont approuvé des lignes directrices pour la prise en charge des patients cancéreux et aucun n'a de protocole pour l'orientation des patients vers un service post-diagnostic. En outre, des modèles de services intégrant des équipes multidisciplinaires dans différentes spécialités (par exemple pathologie, radiologie et oncologie chirurgicale, médicale et radiologique) ne sont disponibles que dans quelques pays de la Région, tels que la Jordanie et Oman. La disponibilité des médicaments anticancéreux constitue un autre défi pour plusieurs pays de la Région. Des interventions chirurgicales contre le cancer sont disponibles dans la plupart des pays de la Région (77 %) ; toutefois, la disponibilité de spécialistes de la chirurgie du cancer est limitée dans plusieurs pays. Les équipements de radiothérapie couvrent 60 % des besoins en radiothérapie de la Région, mais leur répartition n'est pas uniforme (163).

Les soins palliatifs ne sont disponibles dans le système de santé publique que dans trois pays de la Région. Les services de soins palliatifs existants ne sont généralement pas bien développés ou bien intégrés dans les systèmes de soins de santé nationaux. En outre, on constate une pénurie de professionnels suffisamment formés aux

soins palliatifs dans la Région, car ce module n'est pas obligatoire dans la formation médicale dans la plupart des pays. La disponibilité et l'accès aux médicaments antidouleur sont également restreints dans de nombreux pays, ce qui entraîne une faible consommation d'opioïdes pour le traitement de la douleur cancéreuse (163).

En 2017, la Soixante-Dixième Assemblée mondiale de la Santé a examiné le point 15.6 de l'ordre du jour intitulé « Prévention et lutte anticancéreuses dans le cadre d'une approche intégrée », et a invité instamment les États Membres à intensifier les mesures nationales de lutte anticancéreuse dans le cadre d'interventions nationales contre les maladies non transmissibles. Conformément aux efforts mondiaux accrus, le soixante-quatrième Comité régional de 2017 a approuvé un cadre d'action sur la prévention et la lutte anticancéreuses dans la Région OMS de la Méditerranée orientale, visant à aider les pays à élaborer une approche plus systématique de la lutte contre le cancer (163).

5.4.4 Asthme et maladies respiratoires chroniques

Selon les estimations de l'OMS, 300 millions de personnes souffrent d'asthme et 255 000 sont décédées en 2005, 80 % de ces décès survenant dans les pays en développement. Les données disponibles suggèrent qu'environ 8 % de la population de la Région souffre d'asthme. La prévalence de l'asthme augmente et l'OMS prévoit qu'il causera 27 000 décès dans la Région en 2030. L'asthme est le plus souvent sous-diagnostiqué et sous-traité, notamment chez l'enfant (164).

Les risques environnementaux sont plus importants dans les pays à revenu faible et intermédiaire et dans les couches socio-économiques inférieures de la société. L'exposition à la fumée intérieure causée par le chauffage et la cuisine peut entraîner une bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) et un cancer du poumon, et, chez les enfants, la pneumonie et l'asthme. Près de 50 % des ménages dans le monde et 90 % des ménages ruraux utilisent des carburants qui réduisent la qualité de l'air intérieur, exposant ainsi plus de 2 milliards de personnes à une fumée nocive, en particulier dans les ménages à revenu faible.

Les données sur la situation de l'asthme et des maladies respiratoires chroniques dans la Région sont insuffisantes. Un examen de la littérature a montré que la prévalence de l'asthme est plus élevée dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe. On dispose de moins d'informations sur la BPCO, mais des études indiquent que cette dernière est beaucoup plus répandue dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'examen de la littérature a montré que la prévalence cumulée de l'asthme et de la BPCO était de 9,4 % (intervalle de confiance [IC] à 95 % : 9,2–9,6) et 5,39 (IC : 5,12–5,6) respectivement (165).

L'élément clé pour réduire et maîtriser la BPCO consiste à s'attaquer aux facteurs de risque, y compris l'exposition à la fumée intérieure et la consommation de tabac, au moyen d'initiatives politiques, sociales et de santé publique, ainsi que l'élaboration des protocoles de prise en charge ayant un bon rapport coût-efficacité pour la BPCO, en particulier dans les milieux à revenu faible (166).

5.5 Santé mentale et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

5.5.1 Charge des troubles mentaux

Les troubles mentaux imposent un énorme fardeau de maladies aux sociétés du monde entier. Les voies complexes et bidirectionnelles menant à un cercle vicieux de désavantages (pauvreté, adversité infantile, conflits et violence) et de troubles mentaux suggèrent un rôle essentiel des troubles mentaux dans la transmission intergénérationnelle de la pauvreté. Une personne sur dix souffre d'un trouble mental à un moment donné et une personne sur quatre connaîtra un épisode de santé mentale dans sa vie, touchant directement une famille sur quatre. La charge de santé publique due aux troubles mentaux a augmenté de 41 % au cours des 20 dernières années et l'OMS estime que ces troubles représenteront bientôt 15 % de la charge mondiale des maladies. Les troubles mentaux sont associés à des taux élevés de mortalité, par exemple par suicide ou en raison d'affections médicales comorbides ; environ 13 millions de décès supplémentaires sont survenus en 2015 chez les personnes souffrant de troubles mentaux.

En 2015, dans la Région de la Méditerranée orientale, 10,7 millions de DALY (années de vie ajustées sur l'incapacité) (IC : 95 % 7,1-15,0) étaient dus aux troubles mentaux, soit 4,7 % du total de DALY, faisant de ces troubles la neuvième cause de charge de charge de morbidité. Dans la Région, les femmes ont des taux plus élevés d'années de vie corrigées de l'incapacité causées par des troubles mentaux que les hommes. La charge croissante des troubles mentaux est principalement attribuable à la croissance démographique et au vieillissement de la population plutôt qu'à une augmentation des taux de prévalence, sauf dans le cas des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives qui ont enregistré une augmentation absolue non imputable au seul changement démographique. Lors de l'élaboration des programmes de santé publique pour la Région, il faut tenir compte du fait qu'un plus grand nombre de personnes souffriront de troubles mentaux et pendant plus longtemps (167).

Les troubles dépressifs et les troubles anxieux ont une forte prévalence dans la Région, notamment dans les pays touchés par des situations d'urgence. Les taux de traitement des personnes souffrant de troubles mentaux sont faibles dans la Région ; les estimations montrent que seulement une personne sur 27 souffrant de troubles mentaux reçoit un traitement. On estime que les lacunes en matière de traitement, à savoir la proportion des personnes qui ont besoin de soins mais ne reçoivent pas de traitement, dépassent 90 % dans certains pays de la Région, avec d'importantes variations entre les pays appartenant à des groupes de revenu différents. Des données sur la couverture des services pour les troubles mentaux sont disponibles pour moins de 50 % des pays de la Région. La couverture varie de 3,6 % à Bahreïn à 100 % en Arabie saoudite, au Koweït, à Oman, en Palestine et au Qatar. Ces lacunes thérapeutiques massives sont principalement dues aux ressources humaines et financières limitées ainsi qu'à la stigmatisation et la discrimination généralisées liées aux troubles de santé mentale. Les dépenses publiques médianes en santé mentale s'élèvent à 3,43 dollars US par habitant, et la Région ne compte

que 7,7 agents de santé mentale pour 10 000 habitants (contre 9,0 à l'échelle mondiale) et 5,6 lits pour 100 000 habitants (contre 16,4 à l'échelle mondiale) (168, 169). En outre, même ces ressources limitées pour les soins de santé mentale sont souvent investies de manière inefficace dans les services hospitaliers de grands hôpitaux psychiatriques inaccessibles à la majorité de la population et associés à des violations des droits de l'homme (168).

5.5.2 Lacunes de la couverture thérapeutique

Afin de combler les lacunes de la couverture thérapeutique, les pays doivent non seulement augmenter les ressources pour les soins de santé mentale, mais surtout, utiliser efficacement les ressources humaines et matérielles disponibles, en tirant parti du changement de paradigme défini dans le plan d'action global de l'OMS pour la santé mentale 2013-2020, qui prévoit le passage d'un modèle institutionnel à un modèle communautaire intégré de soins de santé mentale (170). Le Cadre régional pour intensifier l'action en matière de santé mentale dans la Région de la Méditerranée orientale concrétise les objectifs du plan global en activités mesurables, en intensifiant l'action sur la santé mentale, en renforçant le système de santé et en progressant vers la réalisation de la cible de la couverture sanitaire universelle des Objectifs de développement durable. Le Cadre identifie des actions stratégiques à fort impact, abordables, réalisables, et ayant un bon rapport coût-efficacité. Elle sont également soutenues par un ensemble d'indicateurs pour suivre la mise en œuvre du plan (171).

Le Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale (mhGAP) de l'OMS vise à renforcer les services de prise en charge des troubles mentaux et ceux liés à l'utilisation de substances psychoactives ainsi que les services neurologiques, en particulier dans les pays à revenu faible et intermédiaire. Le Programme est fondé sur le fait qu'avec des soins, une assistance psychosociale et des médicaments appropriés, un traitement efficace peut être fourni aux personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques et de troubles liés à l'usage de substances psychoactives, même lorsque les ressources sont rares (172). L'OMS soutient la mise en œuvre du programme mhGAP dans presque tous les pays de la Région (Afghanistan, Arabie saoudite, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Libye, Oman, Pakistan, Palestine, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Tunisie) afin d'améliorer l'accès aux services de santé mentale grâce au système de soins de santé primaires. En outre, le volet santé mentale du programme régional destiné aux médecins de famille a été renforcé par l'intégration de la pratique du mhGAP dans son programme d'études. L'intégration des services de santé mentale dans les soins de santé primaires et les plateformes de prestation de services de santé prioritaires tels que le VIH, la santé de la mère et de l'enfant et les maladies non transmissibles constitue une approche ayant un bon rapport coût-efficacité pour aborder la santé mentale. Le Bureau régional a élaboré un ensemble de lignes directrices pour aider les pays à intégrer la santé mentale dans les soins de santé primaires.

Des efforts sont également en cours pour accroître les services de santé mentale et le nombre de lits dans les hôpitaux généraux et pour réduire le nombre d'institutions spécialisées dans les troubles mentaux, surtout en Afghanistan, en

Iraq, en Jordanie, au Liban, en Palestine et en République arabe syrienne. Les services communautaires, tels que les centres communautaires de santé mentale et les établissements de traitement de jour, peuvent également jouer un rôle majeur dans l'amélioration de l'accès à des services de santé mentale abordables ; toutefois, ces services sont sous-développés dans la Région (173). Certaines interventions populaires telles que la promotion de masse et les campagnes médiatiques ne présentent pas un bon rapport coût-efficacité pour les pays à revenu faible et intermédiaire, et leurs effets à long terme ne sont pas bien compris. Les données factuelles disponibles suggèrent que les interventions sur Internet pour la santé mentale permettent un large accès à différents groupes de population, même dans les pays à revenu faible et intermédiaire, et sont au moins aussi efficaces que les interventions en présentiel pour réduire la stigmatisation des troubles mentaux, en particulier chez les adolescents. L'interaction virtuelle ou en face à face avec des personnes souffrant de troubles mentaux est l'une des interventions les plus efficaces pour modifier les connaissances, les attitudes et le comportement des gens à l'égard des problèmes de santé mentale et pour permettre aux individus d'aider les personnes vulnérables aux problèmes de santé mentale, les personnes suicidaires ou celles en crise. Cette intervention est mise en œuvre dans deux pays de la Région (Arabie saoudite et Pakistan) (174).

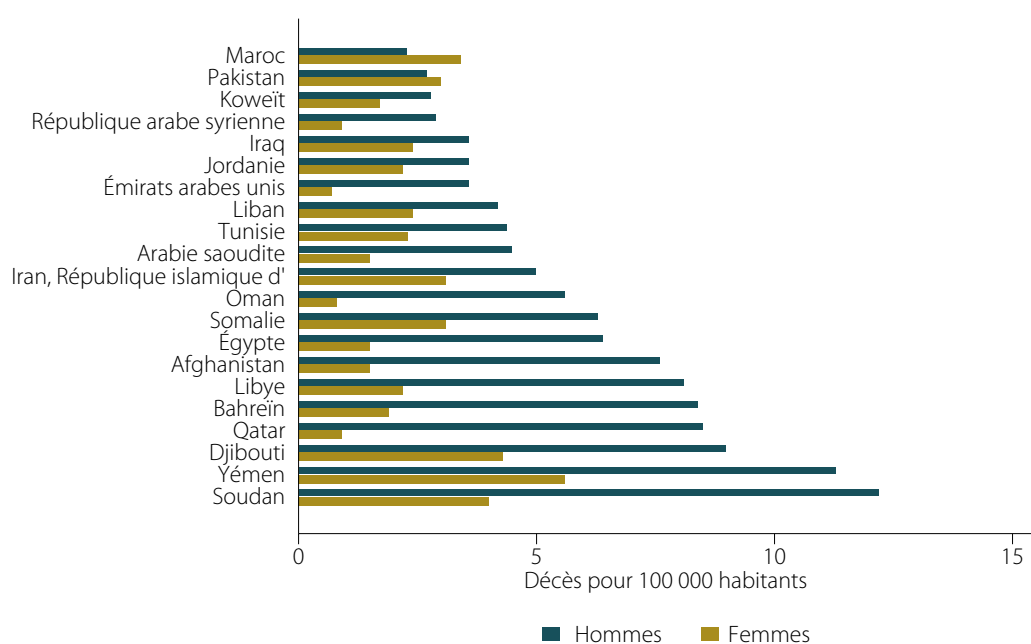
L'OMS a mis au point un ensemble de mesures visant à promouvoir la connaissance de la santé mentale et à réduire la stigmatisation, diffusées par de multiples canaux, notamment les organisations régionales de médias. De nombreuses données suggèrent qu'il est préférable de commencer des interventions de santé mentale tôt dans la vie (175). L'une des meilleures pratiques en matière d'intervention précoce ayant des effets positifs à long terme consiste à promouvoir la santé mentale de l'enfant (âgé de 0 à 3 ans) et de la mère au moyen de services intégrés dispensés par des non-spécialistes. Ces interventions ont le potentiel d'être intensifiées dans les pays à revenu faible et intermédiaire. L'ensemble de mesures susmentionnés a été élaboré et testé dans la Région, et a été adopté à l'échelle mondiale ; il est actuellement mis en œuvre dans des pays d'autres régions de l'OMS. Il existe également des preuves solides un système scolaire de qualité fournit une plateforme appropriée et potentiellement durable pour développer des compétences sociales et émotionnelles. Dans les pays de la Région, le *School Health Implementation Network* (SHINE) favorise la santé mentale par le biais d'une intervention en milieu scolaire, reprise sous la forme d'un livret. Ce dispositif est également adopté par d'autres régions. Des programmes de formation aux compétences parentales pour les enfants ayant des difficultés de développement et des interventions psychosociales pour la prévention des troubles mentaux et la promotion de la santé mentale des adolescents sont également en cours d'expérimentation dans les pays de la Région (Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Liban et Pakistan). D'autres interventions sont considérées comme de bonnes pratiques, mais leur mise en œuvre doit être expérimentée dans la Région et leur intensification nécessitera une évaluation soigneuse.

À l'échelle mondiale, environ 60 % des décès par suicide peuvent être attribués à des troubles mentaux et à des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. À l'échelle mondiale, le taux de mortalité suite à une tentative de suicide est deux

fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, bien que les passages à l'acte soient 2 à 4 fois plus fréquents chez ces dernières. Le taux de mortalité due aux suicides dans la Région est inférieur au taux mondial et inférieur à celui des autres régions de l'OMS. Cependant, la même tendance peut être observée dans la Région, où le taux de mortalité par suicide est environ 2,5 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Fig. 46).

Selon les estimations de l'OMS pour la Région, le taux de suicide standardisé selon l'âge est inférieur à la moitié du taux mondial (4,3 pour 100 000 habitants contre 10,5 pour 100 000 habitants) (176). Les interventions de prévention du suicide, telles que la réduction de l'accès aux moyens et une information responsable de la part des médias, constituent des éléments solides qui favorisent leur adoption ; cependant, les programmes de prévention du suicide ont eu une utilisation limitée dans les pays de la Région en raison de diverses difficultés socioculturelles. L'OMS a mis au point des orientations et des outils pour soutenir les pays. L'Afghanistan, la République islamique d'Iran et la Tunisie élaborent et mettent en œuvre des programmes nationaux de prévention du suicide (22).

Fig. 46. Taux de mortalité par suicide par sexe, 2016



Source : OMS (2019) (10).

5.5.3 Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

Les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives ont été responsables de près de 4,2 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité dans la Région en 2017. Selon le *Rapport mondial sur les drogues de 2019*, on estime qu'environ 271 millions de personnes dans le monde ont consommé une drogue illicite au moins une fois au cours de l'année précédente, et que quelque 35,3 millions de consommateurs de drogues souffrent de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (177).

Ces troubles représentent environ 0,5 million des décès à travers le monde et 0,55 % de la charge de morbidité mondiale totale (0,70 % pour les hommes et 0,37 % pour les femmes). Ces stupéfiants incluent surtout des cannabinoïdes, des opioïdes, de la cocaïne ou des stimulants amphétaminiques. Le cannabis est le stupéfiant le plus couramment consommé par la population adulte dans la Région de la Méditerranée orientale, avec une prévalence médiane annuelle de 3,6 %. Dans la Région, la prévalence de la dépendance aux opioïdes est estimée à 0,29 %, ce qui est supérieur à la prévalence mondiale, tandis que la prévalence estimée de la cocaïne et de la dépendance aux amphétamines est équivalente à celle évaluée dans le monde (178). Nous constatons de nouvelles tendances dans la Région, notamment la consommation de tramadol ou de substances amphétaminiques comme le Captagon (fénétylline). Enfin, si l'apparition de toutes nouvelles substances psychotropes est constatée dans certains pays, en particulier les cannabinoïdes synthétiques, leur consommation reste relativement faible dans la Région. Bien que le cannabis reste la drogue la plus utilisée au monde, les opioïdes représentent respectivement 76 % et 85 % des décès et 75 % et 92 % des années de vie corrigées de l'incapacité perdues attribuables aux troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives aux niveaux mondial et régional.

Malgré l'ampleur du problème, moins d'une personne sur sept souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives dans le monde reçoit un traitement fondé sur des données factuelles, tandis que dans les pays de la Région, une personne sur 13 seulement reçoit un traitement. Des données sur le traitement des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives sont disponibles pour huit pays de la Région (35 %) : le traitement est disponible à une échelle très limitée (1-10 %) en Afghanistan et au Pakistan ; à une échelle limitée (11-20 %) en Égypte et au Maroc ; à une échelle substantielle (21-40 %) en Arabie saoudite et aux Émirats arabes unis ; et à plus de 40 % à Bahreïn et en République islamique d'Iran (9). Les faibles taux de traitement peuvent être attribués au manque d'engagement politique et de ressources. Plus de 50 % des pays de la Région ne disposent pas d'établissements de soins spécialisés ou ceux-ci ne sont disponibles que dans la capitale.

À la lumière de cet écart considérable en matière de traitement, le Comité régional a approuvé en 2019 le *Cadre d'action régional pour le renforcement de la réponse de santé publique face à l'utilisation de substances psychoactives* (résolution EM/RC66/R.7). Le cadre s'articule autour de cinq domaines : la gouvernance ; la réponse du secteur de la santé ; la promotion et la prévention ; le suivi et la surveillance ; et la coopération internationale. Le cadre identifie les principales interventions stratégiques fondées sur des bases factuelles que les pays doivent mettre en œuvre, en accordant désormais la priorité aux mesures de santé publique plutôt qu'aux mesures de réduction de l'offre (179).

5.6 Double fardeau de la malnutrition

5.6.1 Situation nutritionnelle et enjeux

Un double fardeau de la malnutrition – la présence de dénutrition ainsi que le surpoids et l'obésité, ou les MNT liées au régime alimentaire – caractérise le problème de nutrition dans la Région de la Méditerranée orientale. De ce fait, on observe dans toute la Région, qu'un grand nombre d'enfants souffrent d'un retard de croissance ou d'une insuffisance pondérale et qu'en même temps beaucoup d'enfants et d'adultes sont obèses ou en surpoids.

En 2016, on estimait que le nombre total d'enfants de moins de cinq ans présentant un retard de croissance dans la Région était de 20,3 millions, soit 25,6 % de ce groupe d'âge. La malnutrition et l'insécurité alimentaire dans les pays posent également des défis importants pour la croissance optimale des enfants. Dans la Région, une transition nutritionnelle a entraîné un autre aspect du problème de la nutrition, à savoir les taux élevés de surpoids et d'obésité, qui sont également étroitement liés à la sédentarité et à une mauvaise alimentation. Cette transition est importante dans l'alimentation du nourrisson, de plus en plus de nouveau-nés n'étant pas allaités au sein. L'objectif mondial pour 2025 est de porter à au moins 50 % le taux d'allaitement au sein exclusif pendant les six premiers mois. Les dernières données disponibles pour la Région indiquent que seuls l'Afghanistan, les Émirats arabes unis et le Soudan avaient des taux d'allaitement au sein exclusif supérieurs à 50 % à la fin de 2018.

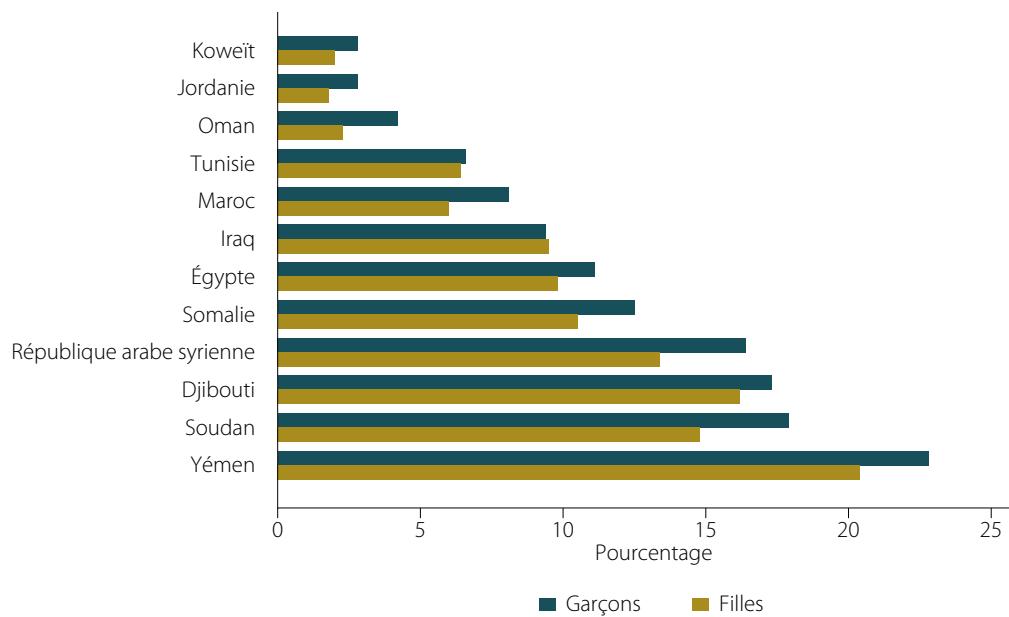
En moyenne, un enfant sur quatre de la Région présente un retard de croissance (Tableau 7), ce qui est supérieur à la moyenne mondiale et se classe au troisième rang des régions OMS (Fig. 47). La moyenne de l'émaciation chez les enfants de la Région est de 7,8 % (Tableau 7), ce qui est supérieur à la moyenne mondiale et le deuxième taux le plus élevé des régions OMS (Fig. 48). Au sein des pays de la Région, la moyenne de l'émaciation et du retard de croissance chez les garçons et les filles est similaire ou légèrement supérieure chez les garçons. Sur les 13 pays disposant de données pour 2009-2018, neuf n'atteignaient pas la cible mondiale de 2025 de réduction de l'émaciation chez l'enfant de moins de 5 % (Fig. 49).

Tableau 7. Prévalence régionale et mondiale du retard de croissance, de l'émaciation et du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans, 2009-2018

	Deuxième cible du deuxième ODD		
	Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (%)	Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (%)	Prévalence du surpoids chez les enfants de moins de 5 ans (%)
	2009-2018		
Régional	24,7	7,8	5,7
Mondial	21,9	7,3	5,9

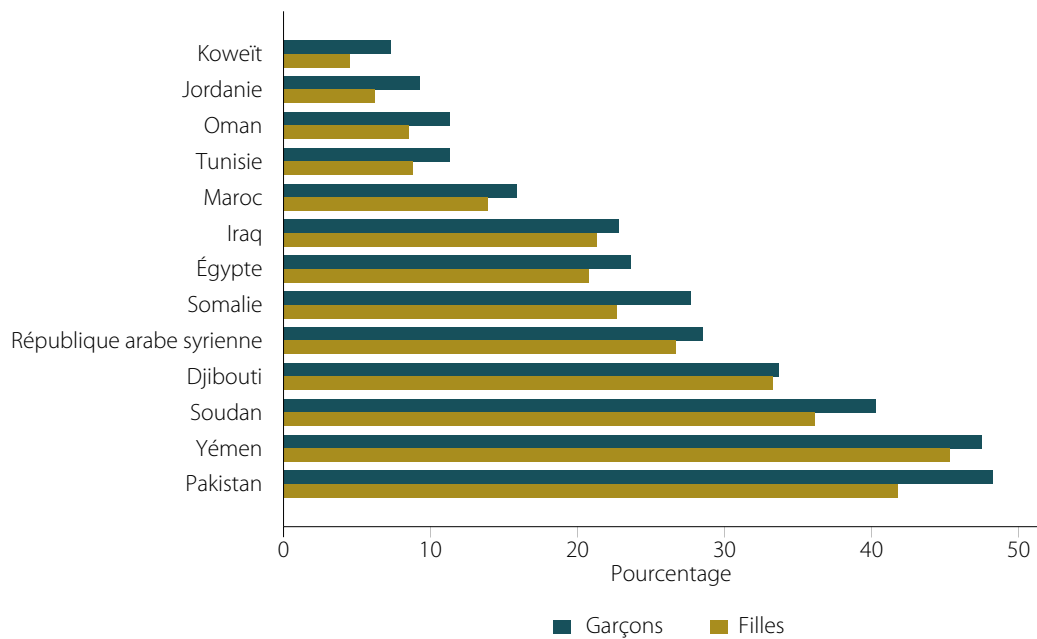
Source : OMS (2019) (10).

Fig. 47. Prévalence du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans (%)
par sexe, 2009-2018



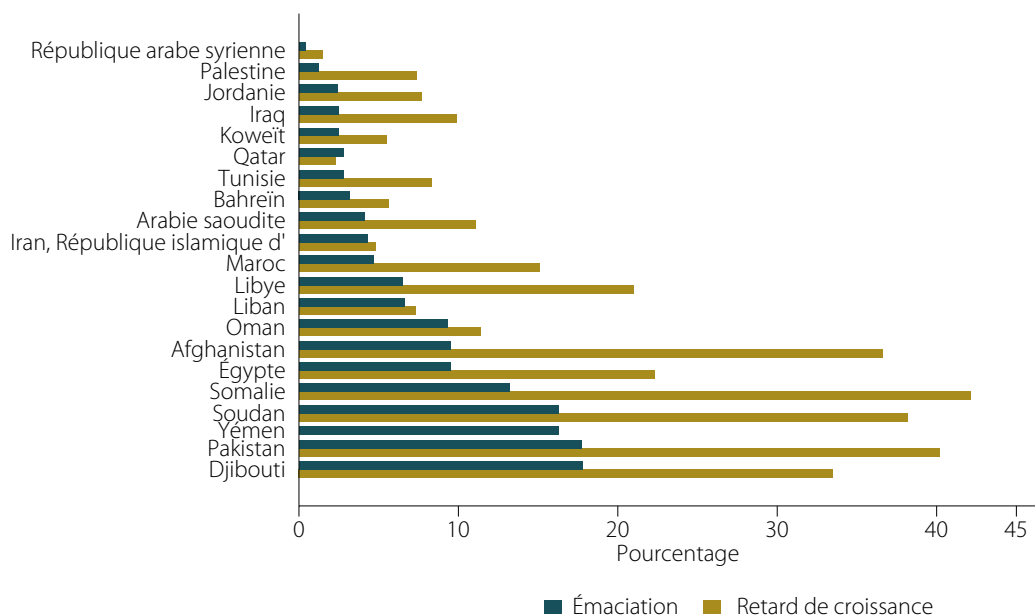
Source : OMS (2019) (10).

Fig. 48. Prévalence de l'émaciation chez les enfants de moins de 5 ans (%) par sexe, 2009-2018



Source : OMS (2019) (10).

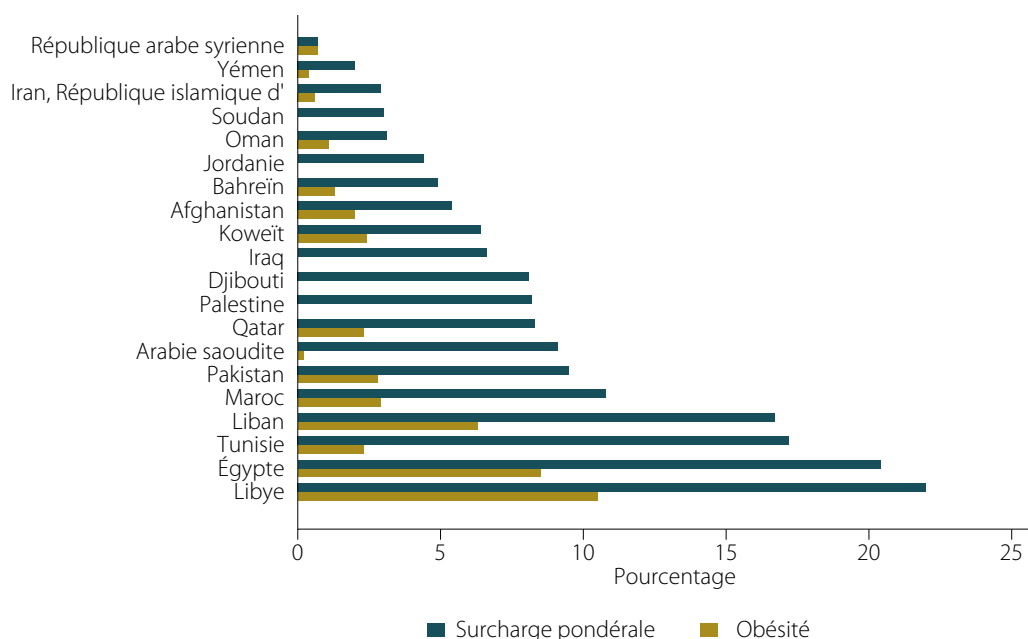
Fig. 49. Prévalence de l'émaciation et du retard de croissance chez les enfants de moins de 5 ans, des deux sexes (%), 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

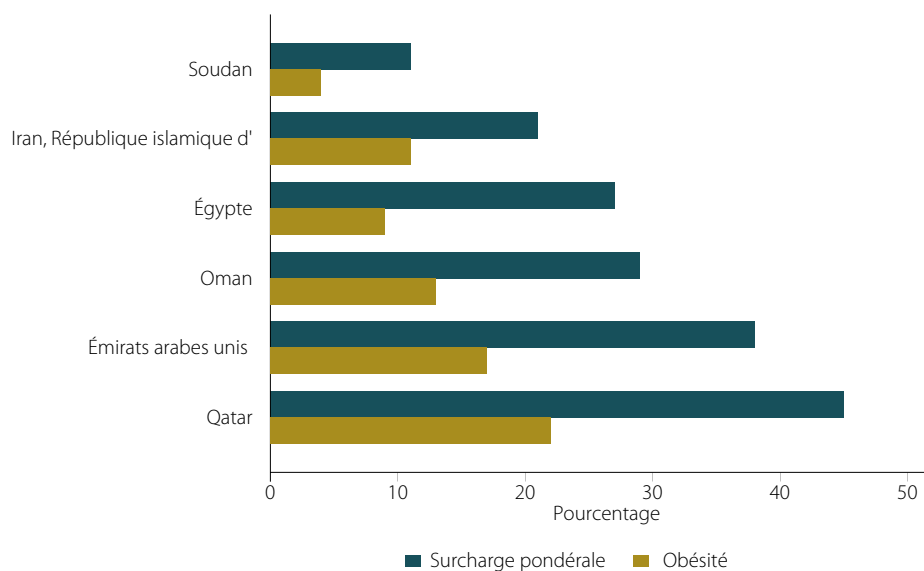
La prévalence moyenne du surpoids chez les enfants de moins de cinq ans dans la Région est inférieure au taux mondial et se classe au troisième rang des régions de l'OMS. Dans la Région, c'est parmi cette tranche d'âge que l'Égypte et la Libye présentent les niveaux les plus élevés de surpoids et d'obésité, avec un enfant sur cinq en surpoids (Fig. 50). On dispose de données limitées pour cet indicateur concernant les adolescents de 13 à 18 ans. Cependant, les données existantes pour six pays sont alarmantes, montrant une forte prévalence du surpoids et de l'obésité chez les adolescents de la Région. Par exemple, au Qatar, près de 50 % des jeunes sont en surpoids et 22,5 % sont obèses (Fig. 51).

Fig. 50. Surpoids et obésité chez les enfants de moins de 5 ans (%), 2013-2018



Source : OMS (2020) (9).

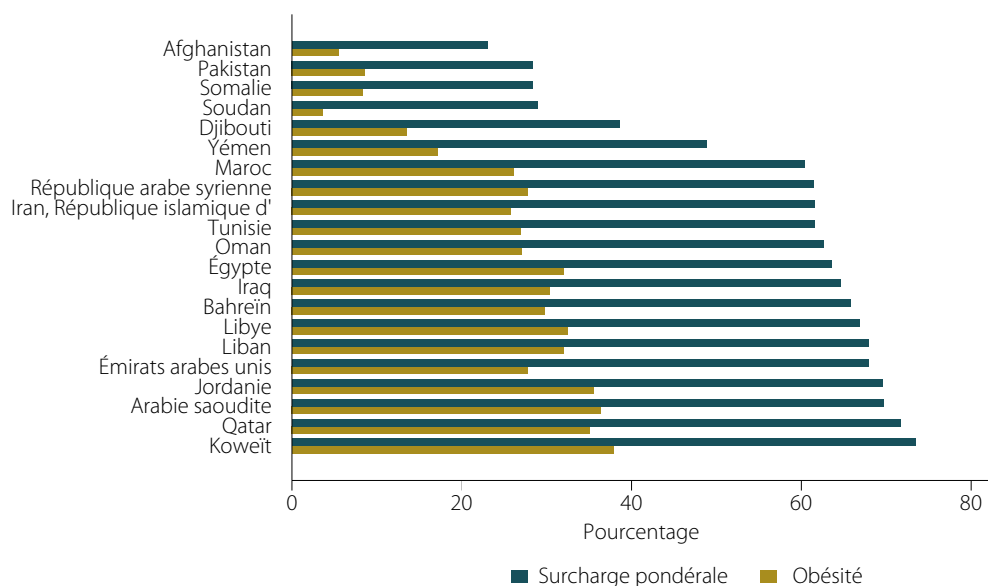
Fig. 51. Surpoids et obésité chez les adolescents (13-18 ans) (%), 2014-2018



Source : OMS (2020) (9).

Dans environ 70 % des pays de la Région, plus de la moitié des adultes sont en surpoids, le taux le plus élevé étant relevé au Koweït (73,4 %). Dans près de 60 % des pays, au moins une personne sur quatre (25-38 %) est obèse, le taux le plus élevé étant observé au Koweït (38 %) (Fig. 52). Le surpoids ou l'obésité sont présents de manière égale dans la Région, quel que soit le niveau de développement du revenu dans les pays.

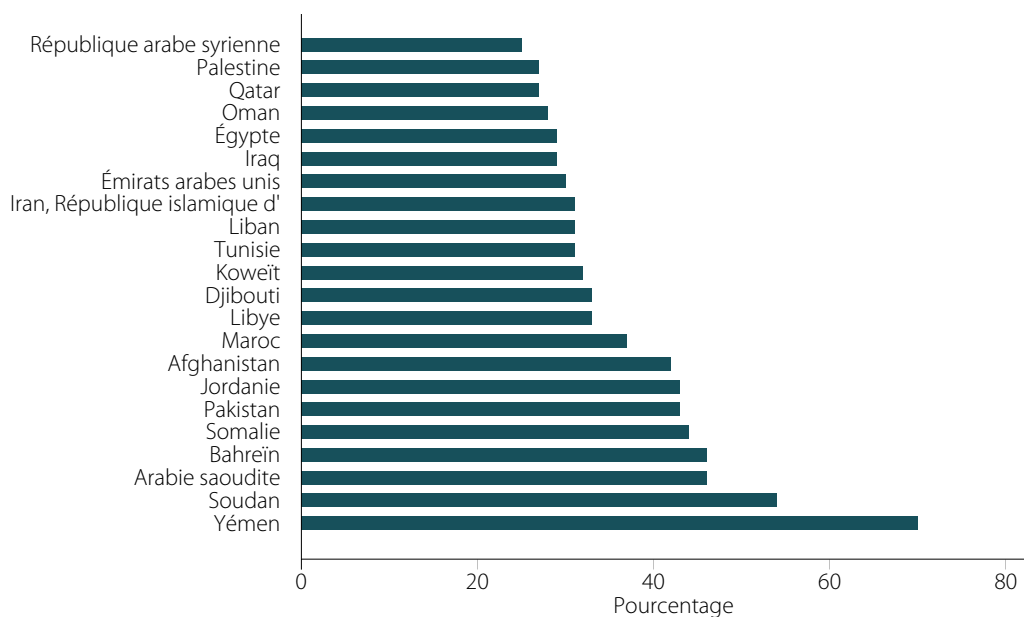
Fig. 52. Prévalence standardisée selon l'âge (%) du surpoids et de l'obésité chez les adultes (18 ans ou plus), 2016



Source : OMS (2020) (9).

L'anémie des femmes en âge de procréer (15-49 ans) est une maladie très répandue dans tous les pays de la Région, quel que soit leur niveau de revenu. Près de deux femmes sur cinq (37 %) en âge de procréer sont touchées par l'anémie dans la Région. Le taux le plus élevé est estimé au Yémen (69,6 %) et le taux le plus faible est estimé en République arabe syrienne (24,5 %) (Fig. 53).

Fig. 53. Prévalence de l'anémie chez les femmes en âge de procréer (15 à 49 ans) (%), 2014-2018



Source : OMS (2020) (9).

La malnutrition sous toutes ses formes pèse lourdement sur la santé, le bien-être et le développement durable des populations de la Région de la Méditerranée orientale. Certains pays, en particulier ceux qui sont touchés par des conflits, continuent de connaître des niveaux élevés d'insécurité alimentaire, de dénutrition et de carences en micronutriments. On estime que la croissance de 20,2 millions d'enfants de moins de cinq ans est freinée par une mauvaise nutrition. Par ailleurs, 53 % des femmes, 45 % des hommes et 8 % des enfants ou adolescents d'âge scolaire sont obèses. Les maladies non transmissibles sont actuellement responsables de deux tiers des décès dans la Région, et les régimes alimentaires malsains – ainsi que la sédentarité – sont les principales causes de ce fardeau.

5.6.2 Approches stratégiques

La *Stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019 et le plan d'action* ont été mis en place afin d'aider les États Membres à prendre ou à renforcer des mesures en matière de nutrition (180). Au cours de la dernière décennie, le paysage de la nutrition a connu des changements significatifs. De nombreux pays de la Région ont poursuivi leur transition nutritionnelle et épidémiologique et la charge des MNT liées au régime alimentaire a augmenté. D'autres pays ont observé une augmentation de la dénutrition associée aux conflits et à l'instabilité politique. Au cours de la même période, il y a eu également une série d'engagements historiques mondiaux et régionaux pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes. De nouvelles cibles mondiales sur la nutrition de la mère, du nourrisson et du jeune enfant, ainsi que des cibles mondiales sur les MNT, ont été convenues et intégrées dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Pour accélérer les progrès vers l'atteinte de ces cibles mondiales, les Nations Unies ont décrété une Décennie d'action pour la nutrition entre 2016 et 2025, centrée sur six domaines d'action clés (181).

Malgré les engagements pris aux niveaux mondial, régional et national, les pays ont toujours du mal à mettre en œuvre des stratégies, des politiques et des mesures réglementaires visant à lutter contre la malnutrition. Il reste encore un long chemin à parcourir dans la Région pour atteindre les cibles en matière de nutrition et de MNT. Il est maintenant largement reconnu que les systèmes alimentaires actuels ne parviennent pas à assurer la nutrition pour tous et qu'une transformation radicale des systèmes alimentaires est nécessaire pour améliorer l'accès à des régimes alimentaires sains et durables. Dans le même temps, il y a de plus en plus de preuves de l'efficacité, du rapport coût-efficacité et de la faisabilité des interventions politiques visant à améliorer la nutrition, et il est urgent de traduire ces connaissances en actions et de diffuser les enseignements tirés de leur mise en œuvre sur le terrain. Plus que jamais, une action globale et multisectorielle est nécessaire pour lutter contre la malnutrition sous toutes ses formes dans la Région (181).

Dans ce contexte difficile, les États Membres continuent de réclamer avec force l'appui technique de l'OMS pour élaborer des stratégies et soutenir la mise en œuvre de politiques visant à améliorer la nutrition. En octobre 2019, le Comité régional a approuvé la *Stratégie pour la nutrition dans la Région de la Méditerranée orientale 2020-2030* par le biais de la résolution EM/RC66/R.1 (181). La stratégie globale pour la nutrition a été élaborée afin d'établir un cadre pour les efforts visant

à atteindre les cibles convenues en matière de nutrition, de MNT liés à l'alimentation et de développement durable, ainsi que pour guider la mise en œuvre de la Décennie des Nations Unies pour la nutrition (2016-2025) dans la Région.

5.7 Élimination et éradication des maladies transmissibles à fort impact

5.7.1 Amélioration de la couverture vaccinale

La Région a réalisé des progrès dans l'élimination des maladies évitables par la vaccination en maintenant la couverture vaccinale moyenne à 80 %. Cependant, les progrès ont été inégaux, avec des niveaux élevés de couverture dans certains pays et de graves difficultés dans les pays souffrant de situations d'urgence prolongées ou de situations postconflituelles.

En 2016, un enfant sur dix dans le monde n'a même pas reçu la première dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC). La même année, la couverture mondiale par la troisième dose de DTC (DTC 3) chez les enfants était de 86 % (Tableau 8), indiquant qu'aucun progrès n'avait été fait depuis 2010. Dans la Région de la Méditerranée orientale, la couverture du DTC 3 est passée de 81 % en 2017 à 82 % en 2018, avec 14 pays obtenant et maintenant une couverture de 90 % au niveau national. Cependant, on estime que 2,9 millions d'enfants n'ont pas reçu le vaccin DTC en 2018, dont plus de 90 % dans six pays (Afghanistan, Iraq, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie et Yémen). Une épidémie de diphtérie au Yémen, signalée pour la première fois en octobre 2017, a provoqué plus de 3000 cas dont 178 décès (22). La couverture vaccinale par le DTC 3 chez les enfants d'un an dans la Région est inférieure au taux mondial et seulement supérieure à celle de la Région africaine. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été obtenue dans plus de trois quarts des pays de la Région, et seuls cinq pays (Afghanistan, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) n'ont pas encore atteint cet objectif (182).

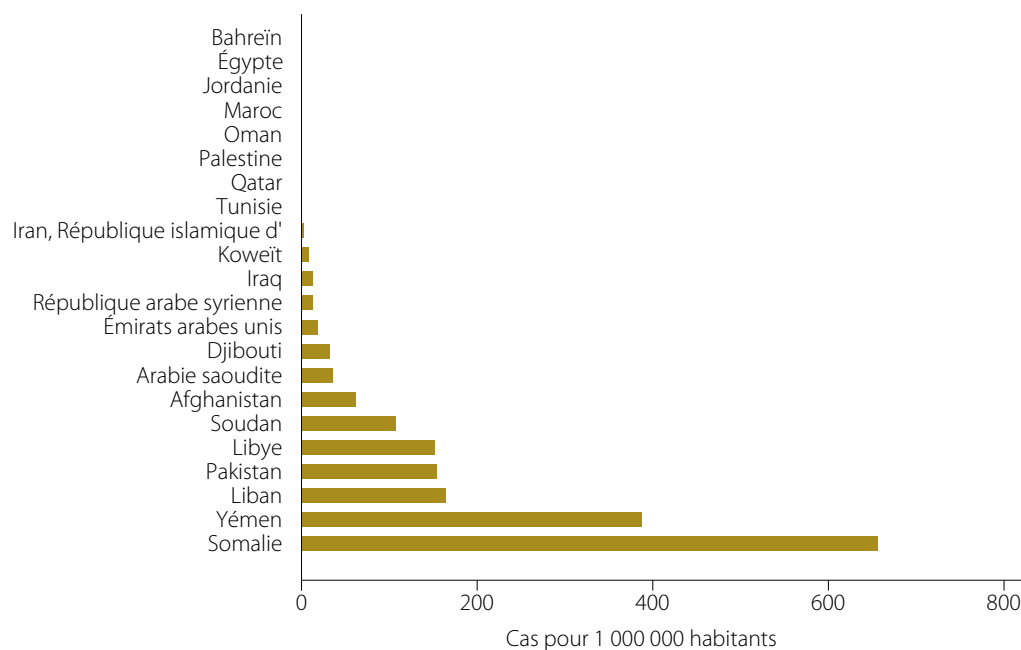
De 2010 à 2016, la couverture mondiale par la deuxième dose de vaccin à valence rougeole est passée de 39 % à 64 % (Tableau 8), chiffre encore insuffisant pour prévenir les flambées de rougeole et les décès évitables. La couverture par la deuxième dose de vaccin à valence rougeole est de 69 % dans la Région (Tableau 8), un taux supérieur à celui enregistré à l'échelle mondiale, mais inférieur à celui des régions européenne et du Pacifique occidental. Le taux d'incidence de la rougeole est supérieur à 100 cas par million d'habitants dans six pays de la Région, à savoir le Liban, la Libye, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen. Plus de la moitié des pays de la Région (12 pays) continuent de souffrir de flambées de rougeole à cause de niveaux insuffisants de couverture vaccinale (Fig. 54) (182).

Tableau 8. Couverture régionale et mondiale du DTC, de la vaccination antirougeoleuse et du vaccin antipneumococcique conjugué, 2016

point b de la première cible du troisième ODD			
	Couverture vaccinale par le DTC 3 chez les enfants d'un an (%)	Couverture vaccinale par la deuxième dose de vaccin à valence rougeole (%), selon l'âge recommandé au niveau national	Couverture par la troisième dose de vaccin antipneumococcique conjugué chez les enfants d'un an (%)
Régional	80	69	48
Mondial	86	64	42

Source : OMS (2019) (10).

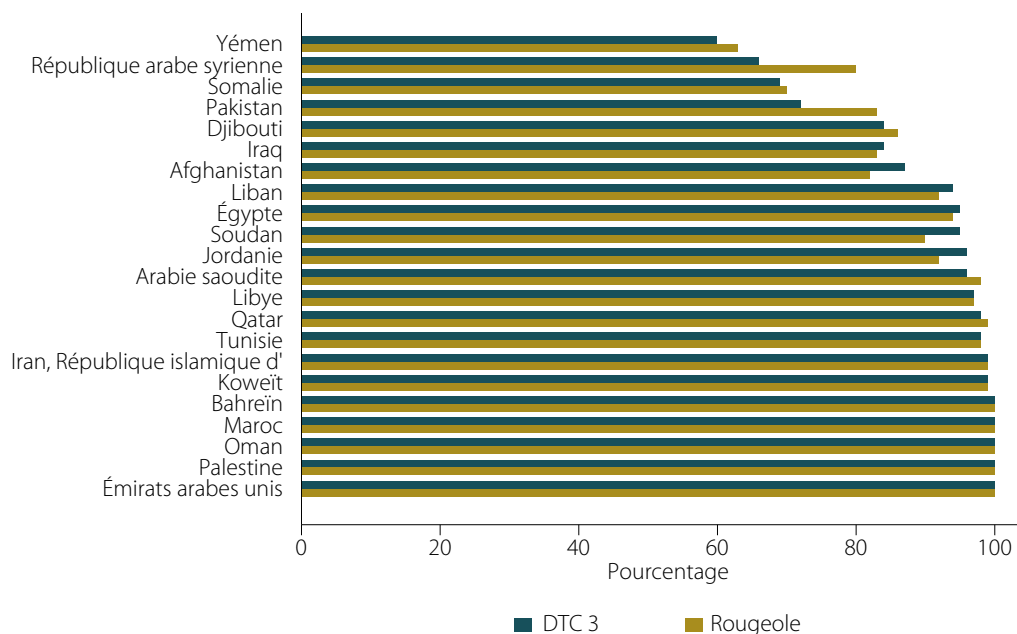
Fig. 54. Incidence de la rougeole, 2018



Source : OMS (2020) (9).

La surveillance en laboratoire basée sur les cas de rougeole est mise en œuvre dans tous les pays de la Région, et huit pays sont sur le point d'atteindre la cible de l'élimination de la maladie, à savoir une incidence de la rougeole inférieure à 1 cas par million en 2018. Dans 12 pays, la couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole était de 95 % ou plus en 2018, et dans quatre pays, elle était de 90 % à 94 % en 2018 (Fig. 55). Dans huit pays, la couverture de la première dose de vaccin à valence rougeole était inférieure à 90 % (fourchette 46-85 %) en 2017. La vaccination systématique par la deuxième dose de vaccin à valence rougeole a été administrée dans presque tous les pays de la Région (21 pays) (22).

Fig. 55. Couverture par le DTC 3 et la vaccination antirougeoleuse (%), 2018



Source : OMS (2020) (9).

À la fin de 2018, neuf pays de la Région ont fait état d'une incidence très faible de la transmission endémique du virus de la rougeole (moins de 2 cas par million d'habitants) et cinq pays (Bahreïn, Égypte, Jordanie, Oman et Palestine) ont notifié zéro transmission endémique de la rougeole et, à ce titre, cherchent à vérifier l'élimination (22).

Les efforts régionaux visant à élargir la couverture vaccinale comprennent la mise en œuvre de la stratégie Atteindre Chaque District (*Reaching Every District*) afin d'atteindre l'objectif d'une couverture de 80 % dans tous les districts et de 90 % au niveau national dans les États Membres de l'OMS (183, 184). Les activités de vaccination supplémentaires et les campagnes de vaccination de masse constituent également des stratégies efficaces pour vacciner les enfants laissés de côté par les services de vaccination systématique, comme les groupes et communautés difficiles à atteindre ou mal desservis, ou pour vacciner les personnes âgées à risque qui ne font pas partie des tranches d'âge ciblées par le Programme élargi de vaccination. Les pays qui connaissent encore des flambées de rougeole ont déployé des efforts considérables pour mettre en œuvre des activités de vaccination antirougeoleuse supplémentaires, en vaccinant plus de 75 millions de personnes avec des vaccins à valence rougeole en 2017-2018 (185). En 2018, plus de 50 millions d'enfants ont reçu le vaccin à valence rougeole en Afghanistan, en Libye et au Pakistan lors de campagnes de vaccination, soit une couverture de plus de 90 %. (22). Tous les pays de la Région, à l'exception de Djibouti et de la Somalie, mettent en œuvre une surveillance nationale de la rougeole et de la rubéole basée sur les laboratoires.

Outre le renforcement des programmes de vaccination contre les maladies évitables par la vaccination à fort impact, des progrès remarquables ont été

réalisés dans l'introduction de nouveaux vaccins vitaux. À la fin de 2018, tous les pays de la Région avaient inclus le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type B dans leurs programmes nationaux de vaccination, 17 pays avaient inclus le vaccin antipneumococcique conjugué et 14 pays avaient introduit le vaccin antirotavirus. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit dans tous les pays de la Région (182). Le Plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins 2016-2020 fournit des orientations stratégiques pour aider les pays à atteindre l'objectif d'élimination des maladies évitables par la vaccination (186).

5.7.2 Éradication de la poliomyélite et plan de transition

La Région de la Méditerranée orientale est sur le point d'atteindre l'éradication de la poliomyélite. La transmission du poliovirus sauvage n'a jamais été aussi faible et se limite à quelques zones dans deux pays – l'Afghanistan et le Pakistan. En 2018, 33 cas de poliomyélite ont été notifiés (21 cas en Afghanistan et 12 cas au Pakistan). Une flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 (PVDVc2) s'est déclarée en 2017 dans le nord-est de la République arabe syrienne et s'est officiellement terminée en décembre 2018. Le poliovirus de type 2 a une plus grande probabilité de retrouver sa virulence et de provoquer des flambées dans les communautés où la couverture par la vaccination systématique est faible, en particulier dans les zones inaccessibles ou touchées par des conflits. Une flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 et de type 3 en Somalie en 2018 témoigne de cette vulnérabilité. Pour cette raison, les vaccins à virus vivant contenant des poliovirus de type 2 ne sont plus systématiquement utilisés dans le monde. Trois pays de la Région, à savoir la République arabe syrienne, la Somalie et le Yémen, sont exposés à un risque très élevé, et trois pays, à savoir l'Iraq, la Libye et le Soudan, sont exposés à un risque élevé (22).

La surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) dans la Région a signalé près de 23 000 cas en 2018, soit une augmentation de 43 % par rapport à 2016 (plus de 16 000 cas signalés). Cette augmentation reflète les améliorations de la sensibilité des systèmes de surveillance dans la Région. En 2018, 20 pays (90 %) ont atteint les indicateurs clés de surveillance standard pour les taux de PFA non poliomyélitique (2 pour 100 000 enfants de moins de 15 ans). Le réseau régional de laboratoires, comprenant 12 laboratoires accrédités par l'OMS, soutient cette activité de surveillance. La surveillance environnementale est une autre approche qui aide le programme de lutte antipoliomyélitique à étendre sa portée en facilitant la détection précoce de PVDV, en particulier dans les zones d'urgence touchées et difficiles à atteindre. La surveillance environnementale est actuellement mise en œuvre en Afghanistan, en Égypte, en République islamique d'Iran, en Jordanie, au Liban, au Pakistan, en République arabe syrienne, en Somalie et au Soudan (22, 187).

Les pays ayant un statut endémique et ceux considérés comme à risque ont pris des mesures pour contenir le problème. En Afghanistan et au Pakistan, le programme national et les autorités locales, avec le soutien de l'OMS, de l'UNICEF et de partenaires internationaux, ont mené des actions de vaccination fondées sur les plans d'action d'urgence nationaux pour l'éradication de la poliomyélite afin d'atteindre les enfants chroniquement laissés de côté et ceux vivant dans des zones

inaccessibles, malgré les énormes difficultés rencontrées dans les zones de conflit. Pour que les autres pays de la Région restent exempts de poliomyélite, des activités de vaccination supplémentaires continuent d'être menées dans les deux pays d'endémie et dans les six pays à risque de la Région (les pays à risque comprennent l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne, la Somalie, le Soudan et le Yémen). Un exercice de simulation des flambées épidémiques a été réalisé dans 17 pays pendant la période comprise entre 2016 et 2017, avec le soutien de l'équipe régionale de lutte contre la poliomyélite, afin de tester et d'améliorer la préparation individuelle des pays à riposter aux flambées de poliomyélite (22).

Il est indispensable d'accroître la couverture du Programme élargi de vaccination pour maintenir les progrès réalisés dans l'éradication de la poliomyélite. Tous les pays de la Région, qu'ils soient ou non identifiés comme prioritaires, devraient se doter d'un plan de transition pour la poliomyélite. La Somalie et le Soudan ont progressé dans l'élaboration de plans de transition, tandis que les pays non endémiques comme l'Iraq, la République arabe syrienne et le Yémen travaillent à l'élaboration d'un plan de transition. D'autres pays doivent se concentrer sur l'utilisation des ressources de la poliomyélite pour améliorer la vaccination systématique et trouver les meilleurs mécanismes pour créer des partenariats et aider les pays prioritaires à maintenir leur statut de pays exempt de poliomyélite (92). Quatre pays (Afghanistan, Pakistan, Somalie et Soudan) font partie des 16 pays de la Région identifiés au niveau mondial comme prioritaires pour la planification de la transition post-éradication. Quatre autres pays (Iraq, Libye, République arabe syrienne et Yémen) sont considérés comme des priorités régionales pour l'élaboration d'un plan de transition. Toutefois, la flambée de PVDVc en Somalie et la transmission persistante de poliovirus sauvages de type 1 en Afghanistan et au Pakistan ont entravé la mise en œuvre des plans de transition (188).

5.8 Maladies transmissibles prioritaires

5.8.1 Paludisme et autres maladies à transmission vectorielle

La Région de la Méditerranée orientale compte 295 millions d'habitants exposés au risque de paludisme, dont environ les deux tiers vivent au Pakistan. En 2018, la Région a fait état de plus de 5 millions de cas présumés et confirmés, parmi lesquels 2,2 millions environ sont confirmés (22). Le nombre estimé de décès liés au paludisme en 2017 était de 8300, dont 1627 cas confirmés, soit une augmentation par rapport à 2015 (1016 décès confirmés) (182). Six pays (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) cumulent plus de 99 % des cas confirmés dans la Région, la majorité des cas survenant au Soudan (51 %), au Pakistan (25 %) et en Afghanistan (11 %). *Plasmodium falciparum* est le parasite du paludisme le plus répandu dans la Région (69 %), suivi de *P. vivax* (31 %) (9).

L'incidence du paludisme dans la Région était de 14,8 pour 1000 habitants à risque en 2017, un taux inférieur au taux mondial (51,9), mais supérieur à celui des autres régions, à l'exception de la Région africaine (219,4). On a enregistré une réduction de l'incidence du paludisme dans la Région depuis 2010, bien que la tendance se soit

ralentie depuis 2015. En termes d'investissements mondiaux dans les programmes de lutte contre le paludisme et dans la recherche sur cette maladie, la Région se place en dernière position derrière la Région du Pacifique occidental, qui a reçu moins de 5 % des investissements mondiaux en 2017 (182).

La Région a considérablement progressé sur la voie de l'élimination du paludisme et 14 pays sont désormais exempts de paludisme dans la Région. Le Maroc et les Émirats arabes unis ont été certifiés exempts de paludisme en 2007 et 2010 respectivement, et l'Égypte et Oman peuvent être certifiés exempts de paludisme avec zéro cas local notifié pendant 3 ans. L'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran sont proches de l'élimination du paludisme et n'ont notifié aucun cas autochtone en 2018. Les autres pays endémiques (Afghanistan, Djibouti, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) sont au stade de la réduction de la charge de morbidité (22).

Les deux principales méthodes de lutte antivectorielle sont les moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent et l'utilisation de pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent. Dans la Région, la couverture opérationnelle de ces moustiquaires a progressé, passant de 41 millions de personnes protégées en 2015 à plus de 52 millions de personnes en 2017. La couverture opérationnelle signalée pour les moustiquaires destinées aux populations à risque en Afghanistan, au Pakistan, au Soudan et au Yémen était respectivement de 70 %, 21 %, 78 % et 51 %, ce qui dans tous les cas est inférieur à la cible fixée pour 2020, à savoir l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent par au moins 80 % des membres des foyers dans les zones ciblées. Dans la Région, 7,5 millions de personnes ont été protégées par des pulvérisations intradomiciliaires à effet rémanent en 2017, ce qui représente une augmentation par rapport à 2015. La proportion de cas de paludisme confirmés par un examen microscopique ou par un test diagnostique rapide était supérieure à 37 % en 2017, soit près du double de la proportion (18 %) en 2015, mais elle reste loin de la cible visant la confirmation de 90 % des cas suspectés de paludisme notifiés.

Les efforts déployés dans les pays exempts de paludisme de la Région doivent porter essentiellement sur la prévention de cette réintroduction ; toutefois, il existe des obstacles au maintien de ce statut dans certains pays, notamment les conflits existants qui entraînent des mouvements massifs de population et augmentent le risque de réintroduction du paludisme. Les pays d'endémie palustre sont également confrontés à des défis, notamment : la dégradation des systèmes de santé ; les flambées d'autres maladies à transmission vectorielle (chikungunya et dengue), qui exercent une pression supplémentaire sur les ressources humaines et financières limitées ; l'investissement insuffisant dans les programmes de lutte contre le paludisme ; les conséquences du changement climatique, qui ont entraîné des changements dans l'éco-épidémiologie du paludisme avec l'introduction de vecteurs invasifs ; et des niveaux et une distribution croissants de la résistance aux insecticides (189). Un exemple important dans ce contexte est le nombre croissant de cas de paludisme à Djibouti, qui a atteint des niveaux alarmants pendant la période comprise entre 2018 et 2019 en raison de l'afflux d'immigrants en provenance des pays voisins, de la présence d'*Anopheles stephensi* invasif et d'un programme de lutte inefficace (182).

Le plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020 a été approuvé en 2015 par le soixante-deuxième Comité régional de la Méditerranée orientale. Le Bureau régional a élaboré un plan d'action régional (2019-2023) pour la mise en œuvre de l'*Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030* de l'OMS visant à intensifier la lutte antivectorielle au moyen du renforcement des capacités, d'une surveillance améliorée, d'une coordination accrue et d'une action intégrée à travers les secteurs et d'une maladie à l'autre. Tous les pays endémiques disposent d'une politique nationale de traitement à jour et fournissent gratuitement des antipaludiques dans les établissements de santé publique. La qualité et la couverture du système de surveillance du paludisme ont augmenté au Pakistan, en Somalie et au Soudan suite à l'adoption du DHIS2, et l'OMS continue d'aider les pays d'endémie palustre à intégrer le module standard de l'OMS sur le paludisme dans le DHIS2 (182, 190).

Des flambées de cas suspects de dengue ont été signalés en Arabie saoudite, au Soudan et au Yémen pendant la période comprise entre 2005 et 2006. En 2008, la dengue a touché une province méridionale du Yémen (Shabwah). En Somalie, l'infection par quelques sérotypes de la dengue a été identifiée lors de la flambée de Mogadiscio en 2011. Le Pakistan pourrait porter la charge la plus lourde de la dengue dans la Région. Depuis 2006, l'épidémie de dengue sévit chaque année dans la plupart des villes du Pakistan, devenant ainsi une charge sanitaire majeure dans le pays. Comprendre l'épidémiologie, la détection en temps utile et la riposte aux flambées et estimer la charge du virus de la dengue dans la Région constituent un défi permanent en raison de l'insuffisance de la surveillance humaine et vectorielle, de la non-notification des syndromes pathologiques et de la faible capacité de détection en laboratoire du virus dans de nombreux pays (191).

5.8.2 Maladies tropicales négligées

Les maladies tropicales négligées sont un groupe de maladies diverses que l'on trouve dans différentes zones géographiques (sans se limiter aux environnements tropicaux) et qui sont fortement liées à la pauvreté. Les maladies tropicales négligées actuellement prévalentes dans la Région de la Méditerranée orientale sont la dengue, le chikungunya, la dracunculose, l'échinococcose, les trématodes d'origine alimentaire, la leishmaniose, la lèpre, la filariose lymphatique, le mycétome, l'onchocercose, la rage, la gale et d'autres ectoparasites, la schistosomiase, les géohelminthiases, les envenimations par morsures de serpents, le taeniasis/la cysticercose et le trachome. Certaines maladies tropicales négligées qui étaient auparavant maîtrisées font leur réapparition dans quelques pays (Djibouti, Iraq, République arabe syrienne et Yémen, par exemple) en raison de situations d'urgence complexes.

La troisième cible du troisième ODD comprend l'élimination des épidémies de maladies tropicales négligées à l'horizon 2030. En 2017, le nombre déclaré de personnes dans la Région ayant besoin d'interventions contre les maladies tropicales négligées était d'environ 7,5 millions de personnes (192). Les cinq maladies tropicales négligées sur lesquelles se concentrent l'éradication ou l'élimination de la maladie en tant que problème de santé publique dans la Région sont la dracunculose (maladie du ver de Guinée), l'onchocercose, la schistosomiase, la filariose lymphatique et le

trachome. Neuf pays ont besoin d'une chimioprévention pour maîtriser/éliminer l'onchocercose, la schistosomiase, la filariose lymphatique, le trachome et les géohelminthiases (193).

Le Soudan est le seul pays de la Région qui ne soit pas certifié pour l'élimination de la dracunculose et de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique. Le trachome est prévalent en Égypte, au Pakistan, au Soudan et au Yémen où la stratégie CHANCE (Chirurgie, Antibiothérapie, Nettoyage du visage et Changement de l'Environnement) est appliquée pour éliminer la maladie. L'Afghanistan, l'Égypte, la Libye et la Somalie procèdent actuellement à une cartographie visant à évaluer la charge de morbidité du trachome, afin de mettre en œuvre la stratégie CHANCE ou de valider l'élimination. L'élimination du trachome en tant que problème de santé publique a été validée en République islamique d'Iran, au Maroc et à Oman (194). L'Arabie saoudite, l'Iraq et la Tunisie entament le processus de validation de l'élimination.

La schistosomiase est un problème de santé publique en Égypte, au Soudan, en Somalie et au Yémen, où des traitements médicamenteux de masse sont administrés pour éliminer la maladie. Djibouti, la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Liban, le Maroc et la Tunisie sont en train de valider l'interruption de la transmission ou l'élimination de la schistosomiase en tant que problème de santé publique. Seuls deux pays de la Région (Soudan et Yémen) ont signalé l'onchocercose et procèdent actuellement à l'administration massive de médicaments pour éliminer cette maladie.

Une chimioprévention a été mise en œuvre en Afghanistan, en Égypte, en Iraq, au Pakistan, en République arabe syrienne, en Somalie, au Soudan et au Yémen pour les enfants d'âge scolaire afin de lutter contre les géohelminthiases, ainsi que pour les populations de réfugiés dans le cadre de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), atteignant ainsi 10,8 millions d'enfants d'âge scolaire. En 2018, le nombre total d'enfants d'âge scolaire ayant besoin d'une chimioprévention était de 43,3 millions dans la Région. En 2018, l'Afghanistan et la République arabe syrienne ont mis en œuvre une chimioprévention pour les enfants d'âge scolaire, atteignant une couverture nationale de plus de 75 % (195).

La Région a une faible prévalence de lèpre par rapport aux autres régions de l'OMS. L'Égypte, la Somalie et le Soudan comptent parmi les 23 pays prioritaires dans le monde pour la lutte contre la lèpre. Au cours de la dernière décennie, l'évolution du dépistage des nouveaux cas de lèpre dans la Région est en augmentation, ce qui peut être attribué au renforcement du dépistage actif des cas dans les pays prioritaires. La prévalence du mycétome est actuellement signalée au Soudan et le pays s'attaque à la maladie par la recherche active des cas, le diagnostic précoce et le traitement à l'aide des outils actuellement disponibles. Peu de pays dans la Région signalent l'échinococcose, les trématodes d'origine alimentaire et le taeniasis/la cysticercose, principalement en Iraq, au Maroc et en République arabe syrienne.

La leishmaniose constitue un problème de santé publique majeur en Afghanistan, à Djibouti, en Iran (République islamique d'), en Iraq, en Libye, au Maroc, au Pakistan, en Somalie, au Soudan, en Tunisie et au Yémen. La Région supporte la plus forte

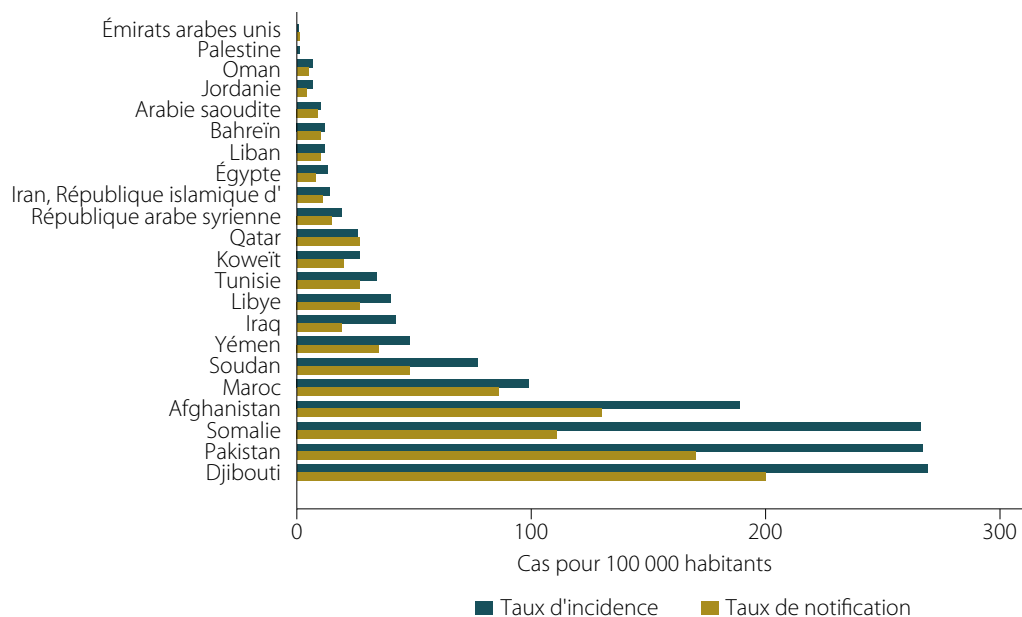
charge des deux types de leishmaniose (cutanée et viscérale) par rapport aux autres régions de l'OMS. En 2018, la Région a notifié 181 696 cas de leishmaniose cutanée, ce qui représente 70 % de la charge mondiale. En 2018, la Région a notifié 3501 cas de leishmaniose viscérale, soit le taux d'incidence le plus élevé pour 100 000 habitants (0,53 pour 100 000 habitants) parmi les régions de l'OMS (192). Le traitement par le biais du programme de don d'amphotéricine B véhiculée par des liposomes (AmBisome) est disponible pour les pays où la leishmaniose viscérale est prévalente, et le Maroc, la Tunisie, le Soudan et le nord de la République arabe syrienne reçoivent les médicaments. L'Iraq, la Libye, la Somalie et d'autres zones de la République arabe syrienne attendent de recevoir l'AmBisome dans le cadre du programme. Il n'existe pas de programme de don de médicaments contre la leishmaniose cutanée et la production mondiale de médicaments contre cette maladie est insuffisante. La plupart des médicaments antileishmaniens ne sont produits que par un seul fabricant et il existe des problèmes liés à la qualité, à la faible capacité de production et à l'absence de prévision adéquate des besoins (ce qui entraîne de longs délais pour les commandes), qui provoquent régulièrement des ruptures de stock dans les pays d'endémie. Les pays d'endémie de la leishmaniose cutanée n'utilisent pas couramment d'autres méthodes de traitement (par exemple cryothérapie et thermothérapie), ce qui entraîne des inconvénients importants pour la prise en charge des cas de leishmaniose cutanée.

5.8.3 Tuberculose

En 2018, on estime qu'environ 10 millions de personnes dans le monde ont développé la tuberculose et 1,5 million de personnes ont perdu la vie, dont 250 000 personnes vivant avec le VIH/sida. La tuberculose pharmacorésistante constitue toujours une crise de santé publique à l'échelle mondiale. En 2018, près d'un demi-million de personnes dans le monde étaient atteintes d'une tuberculose pharmacorésistante et seule une personne sur trois a eu accès au traitement. En 2018, l'incidence de la tuberculose dans la Région de la Méditerranée orientale était de 115 pour 100 000 habitants, ce qui était inférieur à l'incidence mondiale estimée de 132 pour 100 000 habitants et le troisième taux le plus élevé parmi les régions OMS. Au cours de l'année 2018, dans la Région, un total de 537 761 cas de tuberculose ont été notifiés sur un total estimé à 810 000 cas, ce qui représente un taux de couverture thérapeutique (incidence notifiée/estimée) de 65 %.

Cinq pays supportent 91 % de la charge de morbidité de la tuberculose dans la Région, à savoir le Pakistan (69 %), l'Afghanistan (9 %), la Somalie (5 %), le Maroc (4 %) et le Soudan (4 %). Les taux d'incidence et de notification des cas varient considérablement dans la Région : quatre pays ont des taux d'incidence faibles inférieurs à 10 pour 100 000 habitants ; 14 ont des taux compris entre 10 et 100 pour 100 000 habitants ; et quatre pays ont des taux d'incidence supérieurs à 100 pour 100 000 habitants (Afghanistan, Djibouti, Pakistan et Somalie) (Fig. 56). Dans la Région, 38 000 cas de tuberculose multirésistante ont été estimés en 2018 et seuls 12 % (4566) avaient commencé le traitement (sur un total estimé) (196). Cinq pays supportent 95 % de la charge de la tuberculose pharmacorésistante dans la Région, à savoir le Pakistan (72 %), la Somalie (10 %), l'Afghanistan (8 %), l'Iraq (3 %) et le Soudan (3 %).

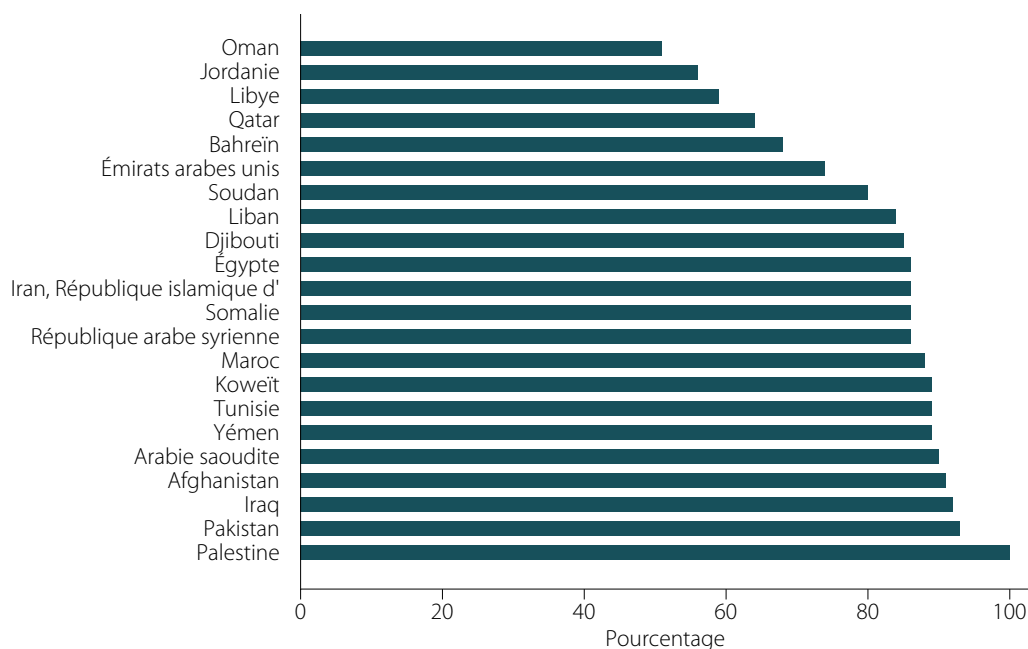
Fig. 56. Incidence de la tuberculose et taux de notification pour 100 000 habitants, 2018



Source : OMS (2020) (9) ; OMS (2019) (196).

Au cours des deux dernières décennies, la Région a fait des progrès significatifs dans la lutte contre l'épidémie de tuberculose. Le taux de mortalité lié à la tuberculose a diminué de 42 % entre 2000 et 2018, passant d'une meilleure estimation de 19 pour 100 000 habitants en 2000 à 11 pour 100 000 en 2018. La Région a atteint un taux de guérison de 91 % chez les patients atteints de tuberculose pharmacosensible (2017) et de 65 % chez les patients atteints de tuberculose pharmacorésistante (2016), ce qui représente le taux le plus élevé de toutes les régions de l'OMS. Au niveau national, le taux de succès du traitement de la tuberculose parmi les nouveaux cas et les cas de rechute notifiés varie de 51 % à Oman à 100 % en Palestine (Figure 57).

Fig. 57. Taux de succès du traitement antituberculeux chez les nouveaux cas et les cas de rechute notifiés (%), 2017



Source : OMS (2020) (9) ; OMS (2019) (197).

En 2018, cinq pays étaient responsables de 93 % des cas manquants, à savoir le Pakistan (71 %), l'Afghanistan (8 %), la Somalie (8 %), l'Iraq (3 %) et le Soudan (3 %). De nouveaux outils diagnostiques tels que le test Gene-Xpert et l'hybridation inverse sur bandelette sont de plus en plus disponibles dans la Région, et l'on s'attend à ce qu'ils améliorent le diagnostic de la tuberculose pharmacorésistante.

La plupart des pays ont actualisé ou sont en train d'actualiser leurs plans stratégiques nationaux, conformément aux ODD et à la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose, et afin de se conformer à la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies de 2018 sur la tuberculose. Des discussions ont commencé et un appui technique est fourni aux pays pour leur permettre d'adopter le *Cadre de responsabilisation multisectoriel afin d'accélérer les progrès pour mettre fin à la tuberculose à l'horizon 2030*, pour qu'il soit utilisé dans leur contexte local (198). Les pays de la Région à faible charge de morbidité commencent à planifier et à cibler l'élimination de la tuberculose. Dans tous les pays, du personnel focal a été formé aux politiques et lignes directrices de prise en charge de la tuberculose multirésistante et de l'infection tuberculeuse latente.

Les principaux défis à relever pour mettre fin à la tuberculose dans la Région comprennent un engagement politique sous-optimal, le fait de trouver le tiers manquant des cas de tuberculose pharmacosensible et plus de 80 % des cas de tuberculose pharmacorésistante, ainsi que des urgences humanitaires prolongées dans plusieurs pays. En 2018, seulement 18 % des fonds disponibles

pour la tuberculose provenaient de sources nationales, 30 % de sources internationales (principalement du Fonds mondial), et 52 % des besoins de la Région en matière de lutte contre la tuberculose restaient non financés. La sous-notification et la qualité douteuse des données chronologiques sur la tuberculose par les prestataires du secteur non public de la santé, y compris le secteur privé, constituent également un défi important qui doit être relevé afin d'atteindre les cibles énoncées dans la Stratégie pour mettre fin à la tuberculose.

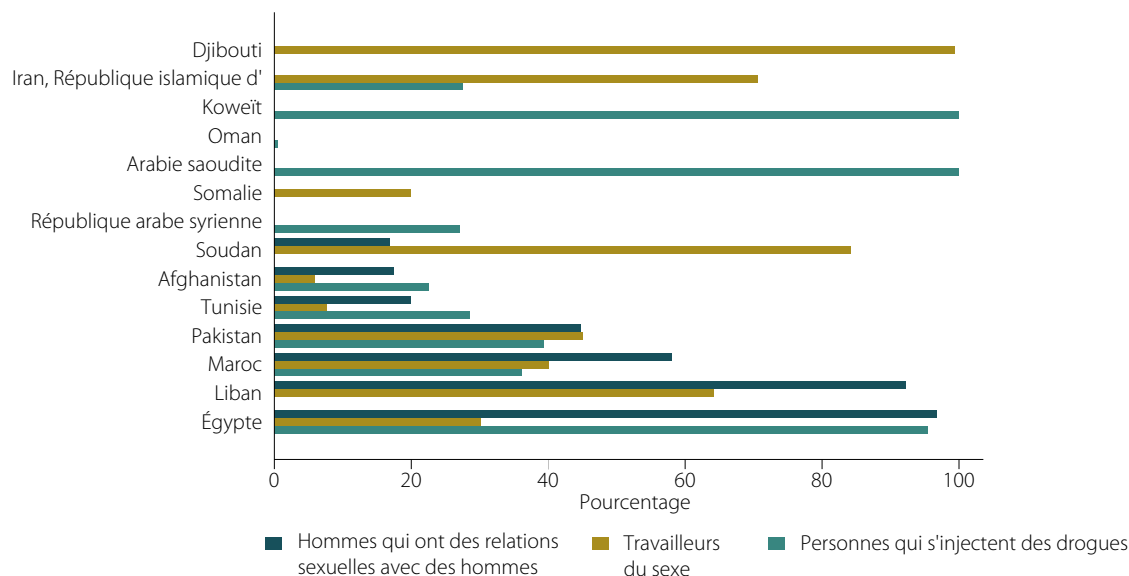
Il est vivement conseillé aux États Membres d'adopter le cadre de responsabilisation multisectoriel et de commencer les préparatifs en vue de la rédaction de leur premier rapport à l'Assemblée générale des Nations Unies en 2020. Pour atteindre les cibles régionales, la notification doit passer de 65 à 90 % de l'ensemble des cas estimés et de 12 à 80 % pour la tuberculose multirésistante à l'horizon 2020. La Région doit également maintenir le niveau élevé actuel de taux de guérison, qui est de 91 %. Toutefois, le taux de succès du traitement de la tuberculose multirésistante, qui est de 65 %, doit faire l'objet d'une attention urgente pour atteindre 70 % et plus. Un soutien technique et financier spécialisé est nécessaire pour assurer la mise en œuvre des activités de lutte contre la tuberculose dans les pays en situations d'urgence complexes (199).

5.8.4 VIH et sida

Dans la Région de la Méditerranée orientale, la prévalence du VIH est faible, mais l'épidémie continue de progresser. À la fin de 2018, le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la Région a atteint 400 000, avec 41 000 nouvelles infections par le VIH survenues au cours de l'année. Le nombre de décès parmi les personnes vivant avec le VIH a atteint 15 000 en 2018. Parmi toutes les régions de l'OMS, la Méditerranée orientale connaît la plus forte croissance de l'épidémie de VIH, avec une augmentation de 32 % du nombre de nouvelles infections et une hausse de 63 % du nombre de décès liés au sida depuis 2010.

Seulement 32 % des personnes vivant avec le VIH dans la Région ont reçu un diagnostic, ce qui indique un accès limité au dépistage du VIH. Les principaux groupes de population (consommateurs de drogues injectables, hommes ayant des rapports sexuels avec d'autres hommes, professionnels du sexe, transsexuels et détenus) sont particulièrement exposés au risque de contracter le VIH dans la Région, car plus de 95 % des nouvelles infections se produisent dans ces groupes. On dispose de données limitées dans la Région sur les personnes qui ont fait un test de dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et qui en connaissent les résultats (Fig. 58).

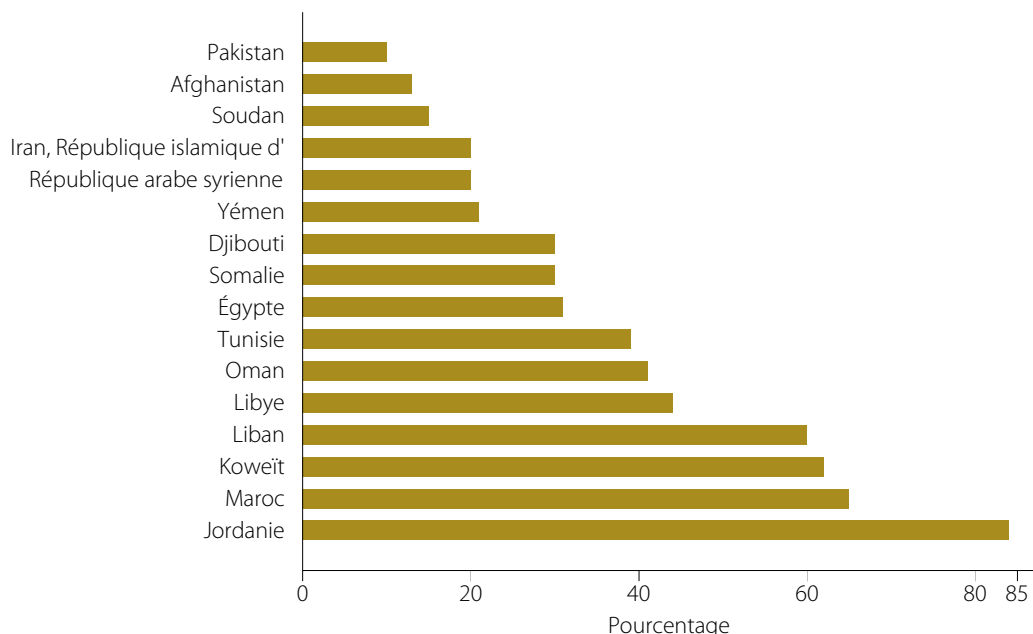
Fig. 58. Principales populations à haut risque ayant fait l'objet d'un dépistage du VIH au cours des 12 derniers mois et connaissant leurs résultats (%), 2011-2018



Source : OMS (2020) (9).

À la fin de 2018, 82 000 personnes de la Région recevaient un traitement antirétroviral et la couverture de ce traitement s'élevait à 21 %, avec une couverture particulièrement faible dans les pays à plus forte charge de morbidité tels que le Pakistan (10 %) et le Soudan (15 %) (Fig. 59). La faible couverture du TARV dans la Région peut être largement attribuée à la couverture limitée des services de dépistage du VIH, à un dépistage des cas inefficace, aux diagnostics tardifs, aux liens insuffisants avec les services de traitement et à un abandon du traitement après la mise en route du traitement antirétroviral (22) . Pour améliorer l'accès au traitement, la première et la plus importante des réponses consiste à élargir la couverture des services ciblés de dépistage du VIH, à améliorer les liens entre les soins et le traitement, et à adapter les modèles de prestation de services aux besoins des principales populations touchées (200).

Fig. 59. Adultes et enfants recevant actuellement un traitement antirétroviral chez toutes les personnes vivant avec le VIH (%), 2018



Source : ONUSIDA (2019) (201).

En mai 2019, le Pakistan a été confronté à une flambée de VIH lorsqu'un nombre élevé d'enfants ont été testés positifs au VIH. Une enquête a mis au jour de nombreuses pratiques d'injection à risque, ainsi que des précautions et réglementations insuffisantes en matière de sécurité transfusionnelle. Fin décembre 2019, plus de 1204 cas de VIH avaient été identifiés, dont 956 enfants de moins de 15 ans. En se fondant sur les résultats de l'investigation sur la flambée, les équipes de riposte, en consultation avec les parties prenantes et les partenaires locaux, ont élaboré un plan d'action à la fois immédiat et à long terme. Un centre de traitement antirétroviral a été créé à Larkana pour assurer le lien immédiat entre les cas de VIH nouvellement diagnostiqués et les soins et le traitement.

5.8.5 Hépatite virale

En 2016, la prévalence globale de l'antigène de surface de l'hépatite B (AgHBs) était de 3,3 % dans la Région de la Méditerranée orientale, soit, selon les estimations, 21 millions de personnes atteintes d'hépatite B de manière chronique. En 2015, l'incidence cumulée de l'hépatite B chronique (mesurée par la prévalence de l'AgHBs chez les enfants de moins de cinq ans) était de 1,6 % dans la Région, dépassant le taux d'incidence mondial (1,3 %) et supérieur à celui des autres régions de l'OMS, à l'exception de la Région africaine (202). Dans la Région, on estime que 85 % de tous les cas d'hépatite B vivent dans les cinq pays suivants : Égypte, Pakistan, Somalie, Soudan, Yémen. Depuis 2016, les comités intensifient leurs efforts pour renforcer les programmes de vaccination contre l'hépatite (203). À la fin de 2018, la couverture médiane de la troisième dose de vaccin contre l'hépatite B

était de 82 % dans la Région (204). Le nombre de pays administrant la dose à la naissance de vaccin anti-hépatite B a atteint 18 en 2018, et la couverture régionale par cette dose est passée de 27 % en 2016 à 33 % en 2018. Toutefois, cette couverture reste bien en deçà de la cible mondiale.

La Région de la Méditerranée orientale présente la plus forte prévalence du virus de l'hépatite C au monde, avec 2,3 %, qui représente environ 15 millions de personnes atteintes d'infection chronique. L'incidence de l'hépatite C dans la Région est de 62,5 pour 100 000 habitants, soit presque trois fois plus que le taux mondial (23,7) et plus que toutes les autres régions de l'OMS (202). Les procédures médicales dangereuses, notamment les transfusions sanguines et les injections à risque, sont les principales causes d'infection par le virus de l'hépatite C dans la Région. Le pourcentage d'injections médicales à risque est de 14 % dans la Région, le taux le plus élevé de toutes les régions de l'OMS. La consommation de drogues par injection constitue le deuxième mode de transmission le plus courant de l'hépatite C. Dans la Région, plus d'un demi-million de personnes s'injectent des drogues, dont environ la moitié est infectée par l'hépatite C (202).

Il existe des exemples de meilleures pratiques pour riposter aux épidémies d'hépatite virale dans la Région. L'Égypte continue de connaître un succès mondial dans le traitement de l'hépatite C, avec près de 60 millions de personnes dépistées et près de 3,5 millions de personnes traitées à la fin de 2019. En outre, l'Égypte et le Pakistan ont réussi à réduire le prix des antiviraux à action directe à moins de 0,1 % du prix mondial, ce qui a permis une extension rapide du traitement (205). Des progrès ont été notés dans d'autres domaines, notamment l'élaboration de plans stratégiques nationaux pour la prévention de l'hépatite virale et la lutte contre cette dernière dans 12 pays. Toutefois, les progrès sont lents et les pays sont confrontés à des défis communs, notamment : la faiblesse des données stratégiques qui guident la planification et le suivi de la riposte à l'hépatite ; le manque de coordination entre les parties prenantes ; l'allocation limitée des ressources nationales ; le manque de financement des donateurs ; et le coût élevé des diagnostics et des traitements. Ces difficultés entravent la mise à l'échelle rapide du dépistage et du traitement de l'hépatite virale dans la Région.

5.9 Résistance aux antimicrobiens

La résistance aux antimicrobiens, soit le développement d'une résistance aux agents antimicrobiens par les micro-organismes (bactéries, virus, champignons et parasites), est devenu un problème mondial majeur ayant de graves répercussions sanitaires et économiques. Les estimations suggèrent qu'une augmentation continue de la résistance aux antimicrobiens jusqu'en 2050 pourrait entraîner la mort de 10 millions de personnes chaque année et une réduction de 2 à 3,5 % du PIB (206). On estime que la résistance aux antimicrobiens pourrait coûter jusqu'à 100 billions de dollars US dans le monde si la croissance de la résistance n'est pas ralentie immédiatement.

L'usage inapproprié et l'abus des antimicrobiens, la méconnaissance de l'ampleur de la résistance aux antimicrobiens, l'absence de systèmes de suivi efficaces de ce

phénomène et l'inadaptation des programmes de prévention et de contrôle des infections constituent quelques-uns des principaux facteurs qui contribuent au développement de la résistance aux antimicrobiens dans le monde. L'autre problème est l'usage courant des antimicrobiens pour accroître la production alimentaire. Une analyse de l'Organisation de coopération et de développements économiques prévoit qu'entre 2010 et 2030, la consommation d'antimicrobiens dans la production d'alimentation animale augmentera de 67 % (207).

La situation de la résistance aux antimicrobiens dans la Région est très préoccupante si l'on considère les défis, notamment : l'inadéquation des infrastructures pour réglementer la prescription et l'utilisation des antibiotiques ; le manque de données et de bases factuelles locales sur l'ampleur du problème ; une sensibilisation et une compréhension insuffisantes du problème à tous les niveaux, du public au niveau de l'élaboration des politiques ; et l'absence de systèmes de surveillance nationaux pour suivre la résistance aux antimicrobiens dans la plupart des pays.

Sur le plan politique, la riposte à la résistance aux antimicrobiens dans la Région remonte à 2002, lorsque le Comité régional a adopté la résolution EM/RC49/R.10 exhortant les États Membres à créer un groupe spécial national intersectoriel, placé sous la direction du ministère de la Santé, pour endiguer la résistance aux antimicrobiens. Le problème croissant de la résistance aux antimicrobiens, ainsi que la nécessité d'instaurer un système de surveillance et de veiller à l'usage rationnel des antimicrobiens ont également été mis en exergue dans la résolution EM/RC60/R.1 en 2013. Toutefois, la planification d'interventions concrètes demeure nécessaire pour apporter une réponse tangible au problème dans la Région (208).

En octobre 2017, le Comité régional a adopté la résolution EM/RC64/R.5 sur la résistance aux antimicrobiens dans la Région de la Méditerranée orientale lors de sa soixante-quatrième session. La résolution invite instamment les États Membres : a) à élaborer et à approuver des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens et à allouer les ressources adéquates aux fins de leur mise en œuvre ; b) à établir un mécanisme de coordination multisectorielle de haut niveau ; c) à définir et à mettre en application des politiques et des réglementations pour prévenir l'achat d'antimicrobiens sans prescription ; d) à mettre en place une surveillance de la résistance aux antimicrobiens au niveau national et à intégrer le système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (système GLASS) ; e) à mettre au point des programmes de contrôle des infections nationaux conformément à la résolution EM/RC57/R.6 ; et f) à instaurer des programmes de gestion des antimicrobiens dans les secteurs de la santé humaine et animale.

5.9.1 Élaboration de plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens

De nombreux progrès ont été réalisés en 2019 sur le programme de résistance aux antimicrobiens dans la Région. Quinze pays sur 22 ont élaboré et formellement approuvé des plans d'action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens. Quatre autres pays ont achevé la mise en œuvre de leur plan d'action, en attendant d'approbations officielles, et les quatre autres pays sont en cours d'élaboration. Tous les plans nationaux ont été élaborés conformément au *Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens* (2015) de l'OMS et reflètent l'engagement

politique des pays. La majorité des pays ont élaboré leurs plans d'action nationaux en collaboration avec l'ensemble des secteurs (santé, animaux et environnement) pour refléter l'approche « Une seule santé » de la résistance aux antimicrobiens. Le niveau de mise en œuvre de ces plans varie considérablement selon les pays.

Dix-sept pays de la Région ont établi des groupes de coordination multisectorielle sous la forme de comités nationaux sur la résistance aux antimicrobiens. Ces pays sont : l'Afghanistan, l'Arabie saoudite, Bahreïn, l'Égypte, les Émirats arabes unis, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, le Koweït, la Libye, le Maroc, Oman, le Pakistan, le Qatar, la République arabe syrienne, le Soudan et la Tunisie. Il existe des variations dans la structure, la composition, les rôles et les responsabilités de ces structures d'un pays de la Région à l'autre. En 2019, l'OMS a appuyé le Maroc dans la réalisation d'une consultation nationale visant à mettre en œuvre des mécanismes efficaces de coordination de la gouvernance en matière de résistance aux antimicrobiens.

5.9.2 Surveillance de la résistance aux antimicrobiens, de leur utilisation et de leur consommation

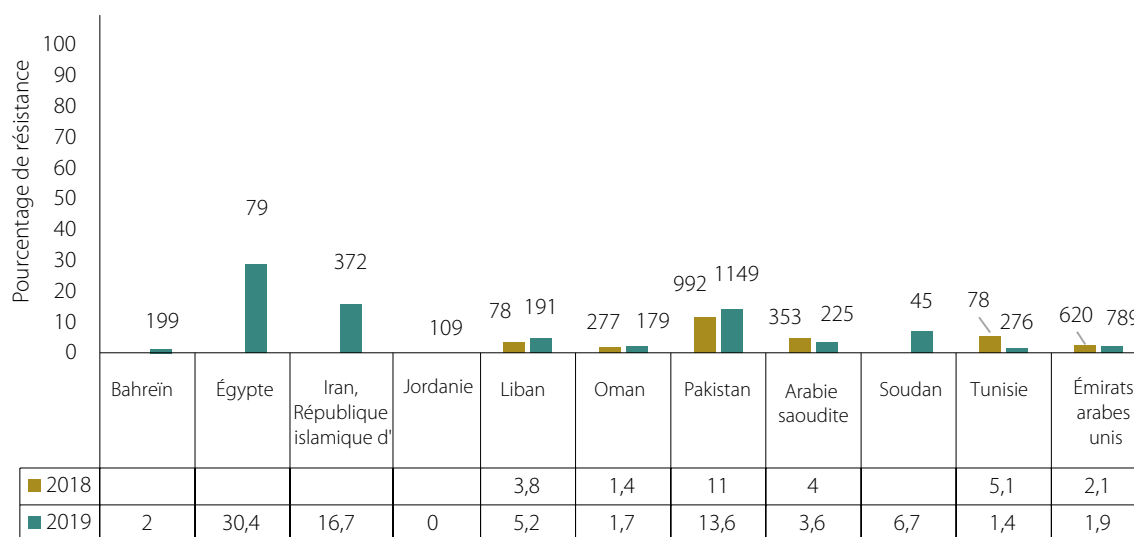
En 2015, l'OMS a lancé le Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS), devenant ainsi la première plateforme mondiale d'échange de données en la matière. Ce système permet aux pays de recueillir, d'analyser et de partager des données standardisées et validées sur la résistance aux antimicrobiens. Ce système associe les données sur les patients, les laboratoires et les données épidémiologiques pour dresser un tableau de la situation de la résistance aux antimicrobiens parmi les populations. Dix-huit pays de la Région (Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Émirats arabes unis, Égypte, Iran (République islamique d'), Iraq, Jordanie, Liban, Libye, Oman, Pakistan, Palestine, Qatar, République arabe syrienne, Soudan, Tunisie, et Yémen) participent à ce dispositif. Quinze de ces pays (à l'exception de la Libye, de la Palestine et du Qatar) ont communiqué des données à l'appel de données du système GLASS pendant la période comprise entre mai et juillet 2019.

La République islamique d'Iran, la Jordanie, le Pakistan et la Tunisie ont entamé la première phase de mise en place de systèmes nationaux de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. L'OMS a aidé leurs laboratoires de référence nationaux pour la résistance aux antimicrobiens à mettre en place des systèmes adéquats de gestion de la qualité en laboratoire, conformément aux normes internationales. Des évaluations sur site ont été réalisées auprès de laboratoires de référence nationaux pour la résistance aux antimicrobiens dans sept pays à savoir : Bahreïn, Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Pakistan, Soudan et Tunisie. Les évaluations ont montré que le personnel technique des laboratoires est qualifié et compétent, bien que les effectifs soient insuffisants. Il est également nécessaire de définir des processus d'accréditation pour garantir la qualité des laboratoires. Des lacunes ont été relevées dans les pratiques de contrôle interne de la qualité, car il manque des souches de référence essentielles pour le contrôle de la qualité sur place. En outre, l'examen de base de l'infrastructure des laboratoires a révélé des déficits dans l'entretien et l'étalonnage du matériel dans les pays à revenu faible et intermédiaire évalués.

En général, les difficultés identifiées pour la mise en œuvre d'une surveillance nationale de la résistance aux antimicrobiens sont notamment le manque ou la limitation des infrastructures et des capacités des laboratoires de microbiologie pour détecter la résistance au niveau national et/ou des établissements ; le manque de personnel qualifié dans ces laboratoires ; le manque ou la limitation des programmes externes d'assurance de la qualité ; et le manque de fournitures de laboratoire nécessaires. Dans les pays touchés par des conflits et des crises, les capacités des laboratoires sont encore affaiblies et il n'existe aucune capacité en microbiologie au niveau national ou hospitalier. Dans ces pays, les échantillons cliniques étaient rarement envoyés aux laboratoires des hôpitaux (sauf dans les cas graves), aucune fourniture de laboratoire n'était disponible et les médecins comptaient sur la fourniture d'antibiotiques aux patients hospitalisés pour compenser le manque de services de diagnostic.

Les données régionales communiquées à GLASS en 2018-2019 ont fait apparaître un profil de résistance extrêmement élevé des pathogènes à risque urgents ; par exemple, *Acinetobacter* résistant aux carbapénèmes et *Enterobacteriae* résistant aux carbapénèmes. Les données régionales montrent également *Escherichia coli* résistant aux carbapénèmes (Fig. 60) et *Klebsiella pneumoniae* résistant aux carbapénèmes (Fig. 61). Ces agents pathogènes sont particulièrement dangereux en raison de leur impact clinique et économique et de leur transmissibilité. En outre, les carbapénèmes sont considérés comme des antibiotiques de dernier recours pour traiter ces infections.

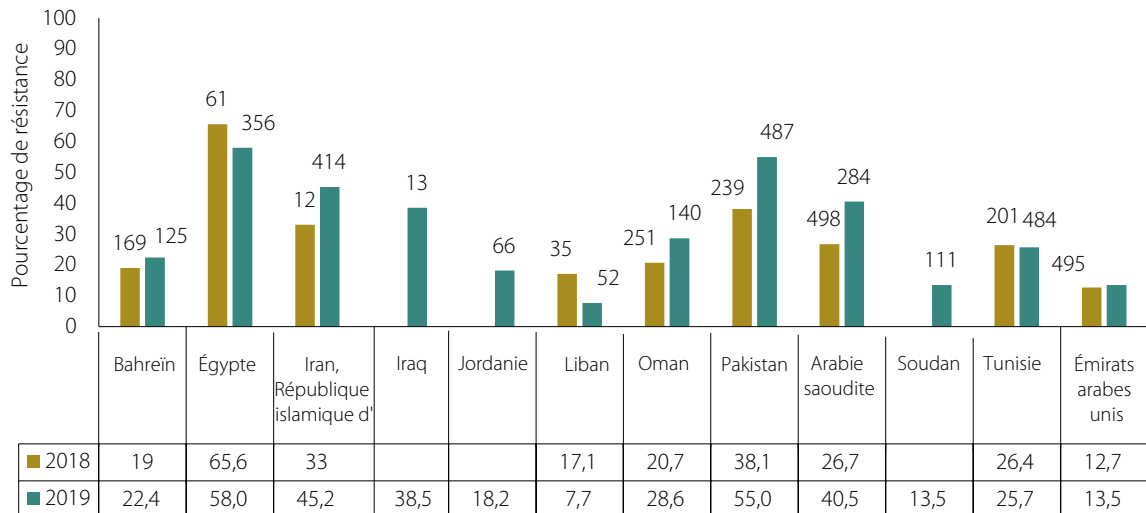
Fig. 60. *Escherichia coli* résistant aux carbapénèmes parmi les isolats sanguins, 2018-2019



Remarque : Le nombre d'isolats testés est indiqué sur le graphique ; le pourcentage de résistance est indiqué dans le tableau.

Source : Base de données du système GLASS (2019) (209).

Fig. 61. *Klebsiella pneumoniae* résistant aux carbapénèmes parmi les isolats sanguins, 2018-2019



Remarque : Le nombre d'isolats testés est indiqué sur le graphique ; le pourcentage de résistance est indiqué dans le tableau.

Source : Base de données du système GLASS (2019) (209).

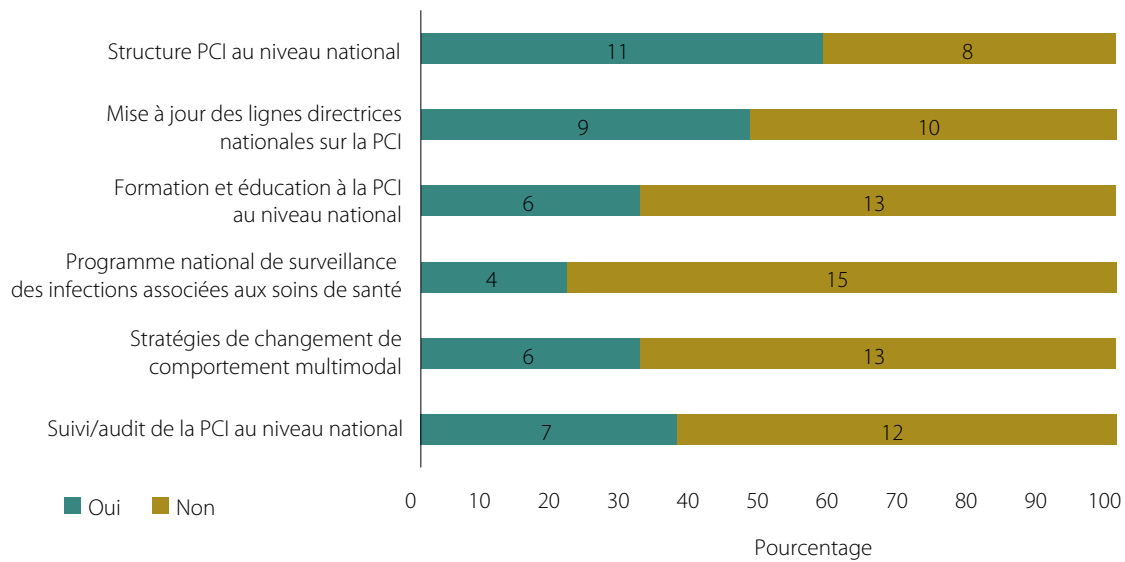
Sept pays (Émirats arabes unis, Iraq, Jordanie, Liban, Pakistan, Soudan et Tunisie) ont mené des enquêtes de prévalence ponctuelle sur l'usage des antimicrobiens, dont 137 hôpitaux de soins tertiaires ou secondaires. Les résultats préliminaires ont montré qu'entre 35 et 78 % des patients hospitalisés avaient reçu des antimicrobiens au cours de la période d'enquête, ce qui indique une forte proportion de leur utilisation dans la Région. Les enquêtes ont permis de recenser des projets d'amélioration de la qualité, comme l'amélioration de la justesse et de l'exhaustivité des données sur les antimicrobiens des patients, la nécessité de disposer de directives normalisées sur le traitement antimicrobien, et la nécessité d'une bonne gestion du diagnostic et des antimicrobiens. Les résultats de l'enquête aident les pays à élaborer des plans d'action appropriés pour lutter contre l'usage excessif et le mauvais usage des antimicrobiens dans les établissements de soins de santé.

5.9.3 Programmes de prévention et de contrôle des infections

Les programmes de prévention et de contrôle des infections nationaux et au niveau des établissements sont très limités dans la Région de la Méditerranée orientale. Des données sur la situation de ces programmes ont été recueillies pour 19 pays (Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, Émirats arabes unis, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Koweït, Liban, Maroc, Oman, Pakistan, Qatar, République arabe syrienne, Soudan, Tunisie et Yémen) dans le cadre d'entretiens personnels avec des points focaux nationaux de prévention et de lutte anti-infectieuses, à l'aide de l'outil-cadre d'évaluation de l'OMS. Les résultats ont montré que 11 pays sur 19 disposaient d'une structure spécialisée dans la prévention et la lutte anti-infectieuses au niveau national ; neuf pays disposaient de lignes directrices nationales actualisées en la matière ; six pays mettaient en œuvre des programmes nationaux de formation dans ce domaine ; quatre pays mettaient en œuvre des

programmes nationaux de surveillance des infections associées aux soins ; six pays mettaient en œuvre divers aspects des stratégies de changement de comportement multimodal ; et sept pays organisaient des activités nationales d’audit de la prévention et de la lutte anti-infectieuses (Fig. 62).

Fig. 62. Situation des programmes de lutte anti-infectieuse dans 19 pays de la Région, 2019



Source : Enquête mondiale de l’OMS sur la prévention et la lutte contre les infections et l’hygiène des mains (2019), données régionales (https://www.who.int/infection-prevention/campaigns/ipc-global-survey-2019_FR/en/).

5.9.4 Gestion des antimicrobiens et programmes de sensibilisation

En 2019, plusieurs pays de la Région ont généré des données factuelles sur la résistance aux antimicrobiens et sur l’utilisation et la consommation d’antibiotiques. Ces pays devront utiliser ces données pour concevoir et mettre en œuvre des programmes de gestion ciblés. De nombreux obstacles existent dans la Région qui entravent la mise en œuvre réussie de ces programmes, notamment : le manque ou le nombre limité de consultants en maladies infectieuses et/ou de pharmaciens cliniques essentiels à la gestion des programmes ; le manque de capacités techniques au niveau national (ministère de la Santé) pour coordonner les programmes ; et le manque de capacité des technologies de l’information pour suivre l’impact des activités.

En 2019, l’OMS a apporté un appui technique à la Jordanie en tant que premier pays de la Région à concevoir et mettre en œuvre des programmes de gestion des antibiotiques au niveau national et au niveau des établissements. Cela a été fait en collaboration avec des experts internationaux et régionaux (médecins spécialistes des maladies infectieuses et pharmaciens cliniques) qui ont examiné les données de résistance aux antimicrobiens générées par la Jordanie et ont formulé des conseils sur la mise en œuvre future d’activités de gestion. Les interventions prioritaires

étaient centrées sur les programmes de gestion de la prophylaxie chirurgicale, la gestion des diagnostics et le raccourcissement de la durée de traitement de la pneumonie acquise en communauté.

Des efforts sont déployés pour accroître la sensibilisation à la résistance aux antimicrobiens dans la Région par le biais de la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques, un événement mondial visant à sensibiliser à la résistance aux antibiotiques et à encourager les meilleures pratiques parmi le grand public, les agents de santé et les responsables de l'élaboration des politiques afin d'éviter l'émergence et la propagation de la résistance aux antimicrobiens. En 2019, les principales stratégies de campagne comprenaient des dépliants et des messages sur les réseaux sociaux, ainsi qu'une vidéo sur le problème de la résistance aux antibiotiques qui a été diffusée au cours de la semaine. En outre, l'OMS a soutenu la représentation régionale dans la campagne de la Fédération internationale des associations d'étudiants en médecine afin de promouvoir l'importance d'un bon usage des antibiotiques chez ces derniers. Le Bureau régional a également mis au point un programme pour l'adaptation de la résistance aux antimicrobiens afin d'aider les pays à s'attaquer aux causes de cette résistance et à promouvoir un changement de comportement dans l'utilisation des antibiotiques.

5.10 Environnement, changement climatique et santé

5.10.1 Environnement et santé

Les facteurs de risque environnementaux tels que la pollution atmosphérique, la pollution de l'eau et du sol, l'hygiène insuffisante et le manque de services d'assainissement, l'exposition aux produits chimiques, les changements climatiques et les rayonnements contribuent à plus de 100 types de maladies et de traumatismes. La charge est particulièrement élevée chez les enfants : on estime que 26 % des décès d'enfants et 25 % de la charge totale de morbidité chez les enfants de moins de cinq ans pourraient être évités par la réduction des facteurs de risque environnementaux. La pollution atmosphérique à elle seule est responsable de près de 100 décès prématurés d'enfants pour 100 000 habitants (22). Dans la Région de la Méditerranée orientale, les cinq principales causes de décès liés à l'environnement sont les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, les traumatismes involontaires, les infections respiratoires et les maladies diarrhéiques, qui ciblent les personnes les plus vulnérables que sont les enfants et les personnes âgées (210).

La pollution atmosphérique touche la quasi-totalité de la population mondiale. En 2016, 91 % des habitants de la planète ne respiraient pas un air pur, et plus de la moitié de la population urbaine était exposée à des niveaux de pollution de l'air extérieur au moins 2,5 fois supérieurs à la norme de sécurité fixée par l'OMS. Selon les estimations, la pollution de l'air intérieur et extérieur a causé quelque 7 millions de décès en 2016, soit un décès sur huit, dont 4,2 millions de décès prématurés dus à la pollution de l'air extérieur. L'accès insuffisant à un combustible et à des technologies de cuisson propres constitue la principale source de pollution de

l'air intérieur. À l'échelle mondiale, l'accès à des combustibles et technologies propres pour la cuisine progresse lentement pour atteindre 59 % en 2016, soit une amélioration de seulement 10 % par rapport à l'année 2000. Plus de 3 milliards de personnes n'utilisent pas de combustible propre et de poêles non polluants, ce qui a entraîné, selon les estimations, 3,8 millions de décès dus aux maladies non transmissibles (y compris les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux et le cancer) et aux infections aiguës des voies respiratoires inférieures en 2016 en raison de la pollution de l'air à l'intérieur des habitations.

Plus de 98 % de la population urbaine de la Région vit dans des endroits où l'air que l'on respire est insalubre et où elle est régulièrement exposée à des charges élevées de polluants (jusqu'à 12 fois supérieures aux niveaux sûrs recommandés par l'OMS) sous forme de particules de poussière du sol, de fumée émise par les feux de forêt, d'ozone et d'émissions atmosphériques anthropiques provenant de grands centres urbains presque non réglementés. La concentration moyenne annuelle de particules fines dans les zones urbaines est supérieure dans la Région au taux mondial et se place au deuxième rang des régions de l'OMS. Cela entraîne environ 500 000 décès prématurés annuels et d'autres problèmes de santé qui touchent de manière disproportionnée les pauvres, les femmes, les enfants et les personnes âgées. Le taux de mortalité standardisé selon l'âge attribué à la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des habitations est plus élevé dans la Région que le taux mondial, et le troisième plus élevé des régions OMS (Tableau 9 et Fig. 63) (148, 210, 211).

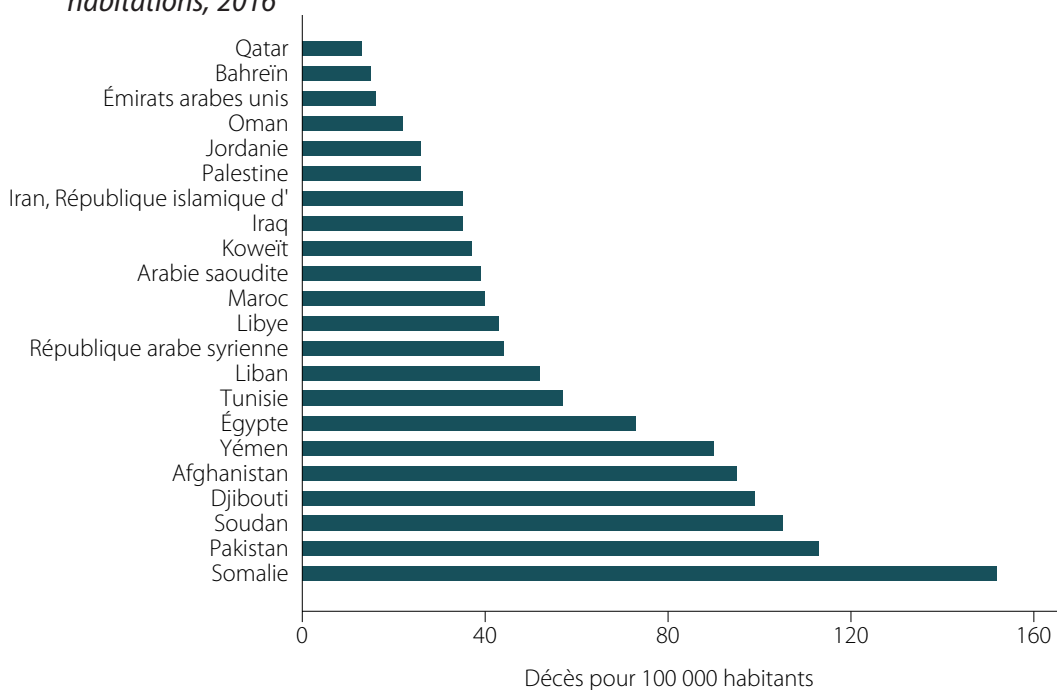
Plus de la moitié de la population mondiale est exposée à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène (WASH) qui entraînent 800 000 décès chaque année (212). Dans la Région, le taux de mortalité lié à l'eau, à l'assainissement et à l'hygiène est inférieur au taux mondial et se situe au troisième rang des taux les plus faibles parmi les régions de l'OMS (Tableau 9). Le taux de mortalité dû à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène peu sûrs est supérieur à 10 pour 100 000 habitants en Afghanistan, à Djibouti, au Pakistan, et au Soudan. De plus, il atteint 86,6 pour 100 000 habitants en Somalie ; et est égal à zéro dans tous les pays du Conseil de Coopération du Golfe (Fig. 64). L'autre facteur environnemental responsable des problèmes de santé est l'exposition involontaire à des substances toxiques, qui fait le plus souvent des victimes parmi les enfants de moins de cinq ans et les personnes âgées. La Région présente le deuxième taux de mortalité par intoxication involontaire le plus élevé de toutes les régions de l'OMS (Tableau 9). À l'échelle mondiale, les hommes sont plus exposés à des intoxications involontaires, mais ce n'est pas le cas dans la Région de la Méditerranée orientale, où le rapport hommes/femmes pour les intoxications involontaires est de 0,68 (10).

Tableau 9. Taux de mortalité par cause spécifique dus à des facteurs de risque environnementaux aux niveaux régional et mondial, 2016

	Taux de mortalité standardisé selon l'âge attribué à la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des habitations (pour 100 000 habitants)	Taux de mortalité attribuable à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène peu sûrs (pour 100 000 habitants)	Taux de mortalité par intoxication involontaire (pour 100 000 habitants)
Régional	125,0	10,6	1,5
Mondial	114,1	11,7	1,4

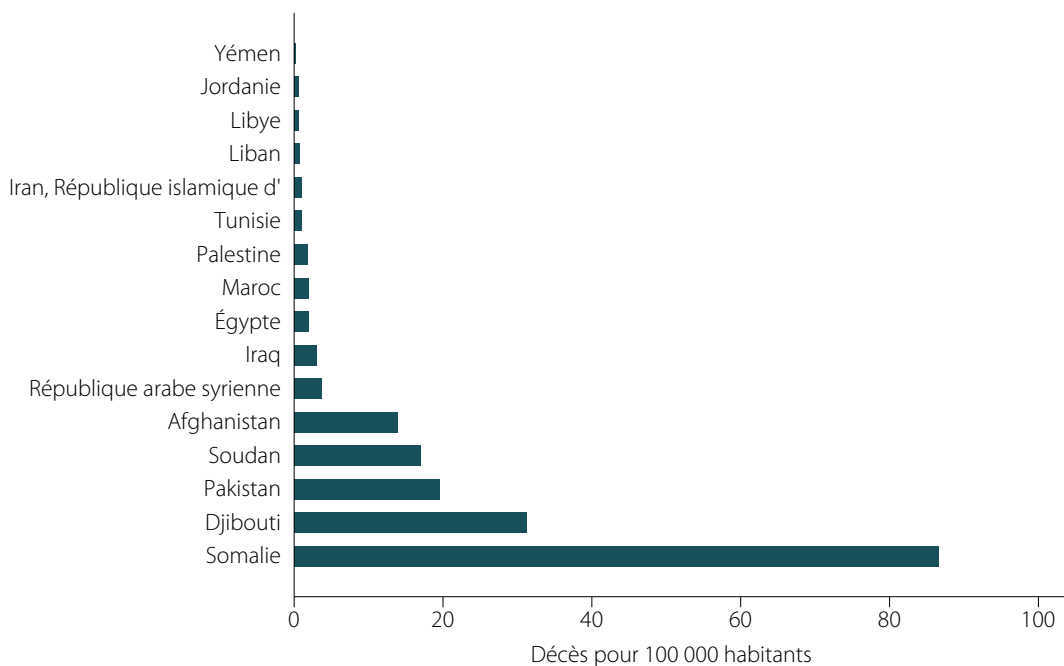
Source : OMS (2019) (10).

Fig. 63. Taux de mortalité attribué à la pollution de l'air à l'intérieur et à l'extérieur des habitations, 2016



Source : OMS (2020) (9).

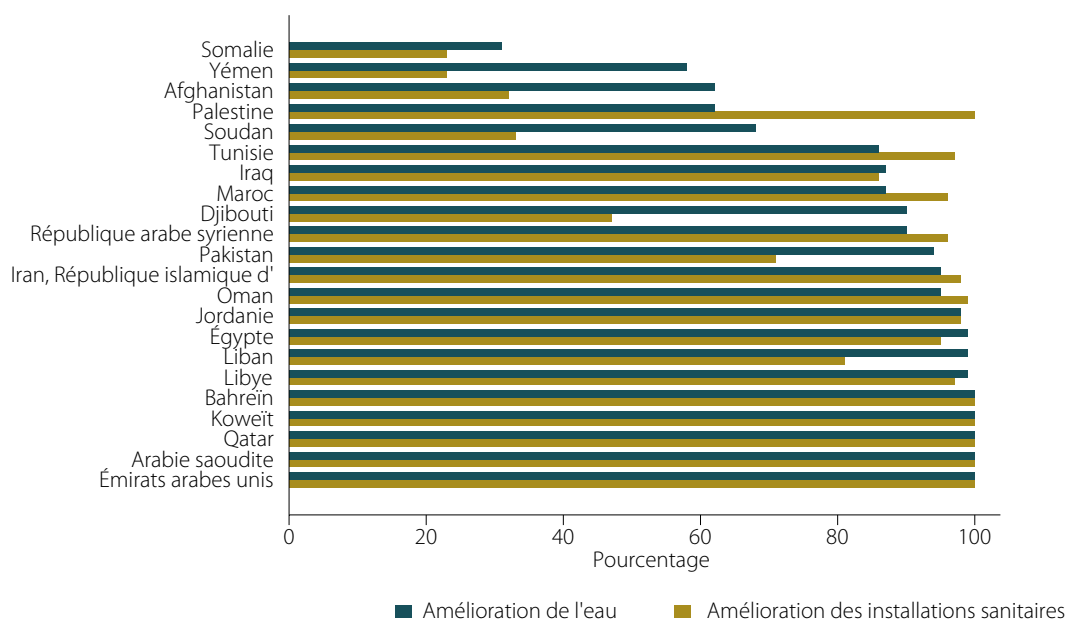
Fig. 64. Taux de mortalité attribué à des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène peu sûrs, 2017



Source : OMS (2019) (10).

L'amélioration de l'accès à l'eau potable et aux services d'assainissement est la principale intervention pour lutter contre le choléra et les maladies à transmission hydrique. Dans la Région, les pays à revenu faible en particulier (comme l'Afghanistan, Djibouti, la Somalie, le Soudan et le Yémen) ont un accès limité à l'eau potable et aux services d'assainissement (Fig. 65).

Fig. 65. Accès à l'eau potable et à des installations d'assainissement améliorées (%), 2018



Source : OMS (2020) (9).

5.10.2 Changement climatique et santé

Le changement climatique a des effets directs et indirects sur la santé humaine. Il est tout à fait clair que les températures extrêmes sont associées à une mortalité et à une morbidité humaines accrues et que les fortes précipitations peuvent entraîner l'émergence de maladies à transmission hydrique ou vectorielle dans des endroits où elles n'étaient pas endémiques auparavant. Les effets indirects sur la santé liés à la détérioration de la qualité de l'air, du sol et de l'eau peuvent comprendre une exposition accrue aux allergènes, à la pollution atmosphérique et aux maladies infectieuses, qui contribuent tous de manière significative à la fréquence accrue des maladies respiratoires. En outre, d'autres activités liées à l'industrie, au transport et à l'urbanisation, entre autres, peuvent interagir avec les effets néfastes du changement climatique et les exacerber, en particulier en ce qui concerne la qualité de l'air. Ces changements auront très probablement un impact sur l'agriculture et l'approvisionnement alimentaire et pourraient en fin de compte entraîner un changement de régime alimentaire et la malnutrition dans la Région de la Méditerranée orientale.

Les projections laissent penser que la Région de la Méditerranée orientale sera la deuxième Région la plus touchée par le changement climatique, avec notamment une pénurie d'eau renouvelable qui, selon les estimations, atteindra 50 % d'ici 2050. La synergie entre les catastrophes naturelles, l'urbanisation rapide, la pénurie d'eau et le changement climatique constitue un défi majeur pour les politiques et la planification. Les guerres et les conflits récents dans la Région ont conduit à un nombre croissant de réfugiés résidant dans des agglomérations surpeuplées où l'hygiène est insuffisante, ce qui, conjugué à l'affaiblissement des infrastructures

d'assainissement, pourrait créer des conditions favorables au choléra et à d'autres flambées de maladies à transmission hydrique. Les afflux d'eau provoqués par les fortes pluies peuvent transporter les déchets vers les grandes rivières ou les lagunes côtières, et éventuellement vers les populations humaines. La défaillance des infrastructures d'assainissement, parallèlement à ces changements, peut accroître les maladies infectieuses transmises par l'eau (213).

En 2017, le Comité régional a approuvé le cadre d'action sur le changement climatique et la santé dans la Région de la Méditerranée orientale 2017-2021 (214), qui était aligné sur la stratégie de l'OMS pour la santé et l'environnement destinée aux États arabes (2017-2030). Dans ce contexte, huit pays ont élaboré des plans d'action nationaux pour mettre en œuvre la stratégie régionale et le cadre d'action y afférent. En outre, huit États Membres ont mis à jour leurs profils sanitaires et climatiques nationaux, tandis que 82 villes dans 16 pays de la Région communiquent des données sur la qualité de l'air par le biais de la base de données de l'OMS sur la charge des maladies. Le plan d'action régional pour la mise en œuvre de la feuille de route en vue d'une action mondiale renforcée contre les effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé (2017-2021) est en cours, et la surveillance de la qualité de l'air et la notification ont progressé. Le nombre de villes de la Région qui communiquent des données de surveillance de la qualité de l'air ambiant par le biais de la base de données de l'OMS sur la qualité de l'air ambiant a augmenté de 25 % (22). Dans cinq États Membres, des rapports de situation sur l'eau et l'assainissement, incluant un suivi approfondi des cibles du sixième ODD sont en cours de préparation. Le plan d'action régional pour la sécurité sanitaire des aliments (2017-2022), qui vise à renforcer les systèmes de sécurité sanitaire des aliments selon l'approche « de la ferme à l'assiette », est une autre plateforme régionale pour traiter des effets des changements environnementaux (211).

6. Autres domaines d'action prioritaires dans la Région

6.1 Migration et réfugiés

Les bases factuelles sur l'état de santé des migrants et des réfugiés dans la Région de la Méditerranée orientale sont limitées. Les migrants et les réfugiés risquent, tout comme les populations hôtes, de contracter des maladies infectieuses et de développer des affections à plus long terme telles que les maladies non transmissibles et les troubles mentaux. En outre, les réfugiés peuvent déjà souffrir de maladies qui nécessitent un traitement continu et, à la suite d'un conflit, ils sont plus susceptibles de souffrir de problèmes psychologiques. Les migrants ont tendance à être en bonne santé, mais selon leur statut professionnel, leur lieu de transition et leur destination, ils peuvent souffrir de traumatismes professionnelles et/ou de maladies infectieuses. Le fait de travailler dans des emplois mal rémunérés ou dans le cadre de contrats temporaires ou illégaux peu sûrs peut entraîner l'exclusion sociale des migrants, un accès limité aux services de santé et leur vulnérabilité à des niveaux élevés de stress (et éventuellement à la dépression), ainsi que l'apparition précoce de maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires. Ces conséquences peuvent être attribuées à l'absence de lois nationales appropriées pour protéger les droits des migrants.

6.1.1 Réponse politique et législative à la santé des migrants et des réfugiés

Plusieurs pays de la Région ont pris des mesures législatives et politiques de haut niveau pour promouvoir des politiques de santé sensibles aux réfugiés et aux migrants afin de fournir une protection juridique et sociale et des interventions garantissant les droits fondamentaux des réfugiés et des personnes déplacées internes. À Djibouti, la loi nationale sur les réfugiés adoptée par le Parlement en 2016 a été promulguée en 2017 pour garantir les droits fondamentaux des réfugiés, y compris l'accès aux services de santé. Le Plan de riposte jordanien 2018-2020 a adopté une approche fondée sur la résilience pour maintenir la continuité des soins en répondant aux besoins à court terme des réfugiés aux côtés de ceux des Jordaniens vulnérables et en garantissant une riposte à moyen et long terme par le renforcement des capacités institutionnelles. Cependant, après un afflux de fonds de l'Union européenne pour couvrir les coûts, depuis 2016, on a enregistré une réduction du financement et des coupes en ce qui concerne les paniers de prestations offerts aux Syriens. Au Pakistan, le gouvernement, en collaboration avec le HCR, a élaboré une stratégie quinquennale en matière de santé pour la période comprise entre 2014 et 2018. Cette stratégie a permis d'intégrer les réfugiés les plus vulnérables dans le système de santé national pour leur permettre d'accéder

facilement aux services de lutte contre les maladies transmissibles et les maladies non transmissibles fournis par le biais des soins de santé primaires (215). En règle générale, le HCR négocie un accord avec chaque pays pour couvrir les réfugiés par le système de santé national, même si les pays ne sont pas signataires de la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés et du Protocole de 1967.

Le Bureau régional gère à la situation sanitaire des migrants et des réfugiés par l'élaboration d'un cadre régional visant à intégrer la santé des réfugiés et des migrants dans toutes les politiques (2019-2023). Le cadre régional est basé sur la résolution WHA70.15 relative à la promotion de la santé des réfugiés et des migrants, au Pacte mondial pour les réfugiés, au Pacte mondial pour des migrations sûres, ordonnées et régulières, et au *Plan d'action mondial pour la promotion de la santé des réfugiés et des migrants* de l'OMS (216, 217).

6.1.2 Systèmes d'information sanitaires inclusifs

Deux types de travailleurs migrants sont présents dans la Région : les migrants en situation régulière et ceux en situation irrégulière. Les migrants en situation régulière ont différents types d'accès au système de santé d'un pays, en fonction de leur contrat de travail. D'autre part, les migrants en situation irrégulière doivent payer directement les services de santé, ce qui peut entraîner des dépenses catastrophiques. Les réfugiés ont généralement accès aux services de santé car ils bénéficient d'un statut dans le pays et, à ce titre, ce qui est offert aux communautés d'accueil est offert à la population réfugiée. La communication d'informations précises aux prestataires de services et aux réfugiés/migrants peut faciliter l'accès aux services de santé. D'après les données disponibles, la réduction des barrières linguistiques et de communication est la principale intervention visant à améliorer l'accès des réfugiés et des migrants aux services. Les pays doivent également veiller à ce que les services de santé soient disponibles pour les populations de réfugiés et de migrants, sans stigmatisation ni discrimination.

Pour élaborer une politique et une riposte éclairées, les systèmes de santé ont besoin de systèmes de surveillance et d'information fiables pour recueillir les données nécessaires sur les réfugiés et les migrants. Quatorze pays de la Région recueillent des données ventilées par nationalité. Cependant, la ventilation des données dépend de la solidité du système d'information sanitaire d'un pays, et la collecte des données doit être suivie de leur analyse et de leur diffusion. En outre, le manque de définitions claires des réfugiés et des migrants dans les systèmes d'information sanitaire nationaux rend la stratification difficile.

Des efforts ont été consentis dans la Région pour améliorer le suivi de la santé et les systèmes d'information afin de recueillir des données fiables sur la situation sanitaire et la prestation de services dont bénéficient les réfugiés (215). En Afghanistan, le ministère de la Santé publique a lancé un système de suivi et de notification, en collaboration avec l'OMS et l'Organisation internationale pour les migrations (OIM), afin de suivre les mouvements massifs de population et d'enregistrer les attaques et les fermetures d'établissements de santé, dans le but de faciliter l'accès des populations déplacées aux établissements de santé existants dans les zones touchées par les conflits. En République arabe syrienne, l'OMS a renforcé et élargi

le système de surveillance des maladies et de riposte pour détecter précocement et lutter contre les maladies de l'enfant très contagieuses, comme la poliomyélite et la rougeole ; toutefois, le système ne permet pas de ventiler les données par lieu de résidence.

6.1.3 CSU et protection financière des migrants et des réfugiés

Pour parvenir à la CSU, les pays de la Région doivent fournir un accès équitable à des services de santé essentiels, des médicaments et des vaccins de qualité et abordables, ainsi qu'un soutien financier et une protection pour les réfugiés et les migrants, à l'instar de la communauté hôte. Afin d'assurer une protection financière au Soudan, un accord de haut niveau a été conclu en vue d'inclure les réfugiés urbains dans le régime national d'assurance. Les réfugiés ont été inclus dans le programme de CSU et le HCR couvre le coût, qui est plus élevé en moyenne que pour la communauté d'accueil. En République islamique d'Iran, l'initiative du gouvernement pour l'assurance maladie publique universelle offre à tous les réfugiés enregistrés la possibilité de s'inscrire et de bénéficier d'un programme complet d'assurance maladie similaire à celui proposé aux Iraniens. En Afghanistan, l'ensemble de services de santé de base garantit l'accès de toute la population aux services de santé essentiels, y compris les migrants, les rapatriés et les déplacés internes (quel que soit leur statut en matière de documents d'identité).

Au Soudan, l'OMS a soutenu la riposte du ministère fédéral de la Santé à la diarrhée aqueuse aiguë dans les centres de traitement du choléra des États accueillant des réfugiés du Soudan du Sud, traitant ainsi plus de 13 000 cas. En outre, le ministère, avec le soutien de l'OMS, du HCR et des partenaires de la santé, a mené une campagne préventive de vaccination anticholérique orale couvrant environ 140 000 réfugiés sud-soudanais. Au Liban, le ministère de la Santé publique, avec l'appui des organisations non gouvernementales internationales et des institutions concernées des Nations Unies, fournit des soins de santé primaires, des services de santé mentale et une vaccination gratuite à chaque personne résidant au Liban. Les Syriens déplacés peuvent accéder aux services de soins de santé primaires par le biais d'unités médicales mobiles qui fournissent des consultations, distribuent des médicaments gratuitement et renvoient les patients vers les centres de soins de santé primaires. Au Maroc, en 2003, le ministère de la Santé publique a autorisé les migrants à recevoir des services gratuits pour les programmes de lutte contre les maladies transmissibles et en 2008, cet accès gratuit a été élargi à tous les services fournis dans les centres de soins de santé primaires. Il en va de même en République islamique d'Iran et au Pakistan, où l'accès aux soins de santé est gratuit pour les réfugiés afghans.

6.1.4 Protection de la santé et du bien-être de la femme, de l'enfant et de l'adolescent

La protection et l'amélioration de la santé et du bien-être de la femme, de l'enfant et de l'adolescent demeurent une priorité dans la planification des services de santé destinés aux réfugiés et aux déplacés internes. En Jordanie, le gouvernement fournit gratuitement un panier de services essentiels aux réfugiés éligibles, comprenant des conseils, des soins prénatals, la planification familiale et des vaccinations ;

cependant, les accouchements ne sont pas compris. Au Liban, le secteur de la santé soutient les efforts du programme du ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur/du ministère de la Santé publique/de l'OMS en faveur de la santé à l'école en vue d'améliorer la santé des adolescents et des jeunes. Au Pakistan, le HCR, conformément à la Convention relative aux droits de l'enfant, a mis l'accent sur la promotion de l'égalité des sexes et la prévention de la violence basée sur le genre par le biais d'initiatives communautaires. Le programme relatif aux zones d'accueil et aux réfugiés soutient le renforcement des capacités des sages-femmes communautaires dans les villages de réfugiés afghans (215).

6.1.5 Prise en compte des maladies non transmissibles et de la santé mentale, y compris les initiatives communautaires

La fourniture d'une aide humanitaire et d'interventions de santé publique à long terme visant à réduire la mortalité et la morbidité en s'attaquant aux maladies non transmissibles constitue une autre mesure clé pour répondre aux besoins sanitaires des réfugiés. En 2017, l'OMS et la Croix-Rouge afghane ont commencé à renforcer la riposte face à ces maladies chez les déplacés internes et les personnes rentrant dans leurs foyers en fournissant des médicaments essentiels et en renforçant la capacité des agents de santé de première ligne dans la prise en charge des maladies non transmissibles. Au Liban, le ministère de la Santé publique, avec le soutien de l'OMS, a lancé le protocole de dépistage des MNT pour détecter le risque de maladies cardiovasculaires et fournir un traitement si nécessaire. En Somalie, le ministère fédéral de la Santé, en collaboration avec l'OIM, déploie une équipe d'intervention mobile et rapide qui s'adapte à tous les aspects des phases de développement, d'aide humanitaire, de transition et de relèvement parmi les migrants, les déplacés internes et les populations en déplacement (215).

La promotion de la continuité des soins pour les réfugiés et les migrants par le biais d'initiatives communautaires est une approche efficace pour atteindre un grand nombre de réfugiés. Dans ce contexte, il y a eu des exemples marquants dans la Région, notamment dans le domaine de la santé mentale. En Égypte, un réseau de travailleurs psychosociaux communautaire, en partenariat avec le HCR, fournit aux réfugiés syriens un en santé mentale et psychosociale culturellement pertinent. En Iraq, la santé mentale est intégrée dans les services de soins de santé primaires des camps de réfugiés en renforçant les capacités du personnel de santé non spécialisé et des agents communautaires, en mettant l'accent sur l'évaluation et la prise en charge des troubles de santé mentale prioritaires et en établissant des parcours d'orientation entre les acteurs de la santé mentale et du soutien psychosocial et les unités de soins de santé primaires dans les camps. En République arabe syrienne, l'OMS a appuyé l'intégration et l'intensification du soutien en matière de santé mentale et de soutien psychosocial dans les soins de santé primaires, notamment en formant le personnel des soins de santé et les agents de santé communautaires aux interventions de santé mentale de base. Plus de 400 centres de soins de santé primaires et centres communautaires offrent désormais des services intégrés de santé mentale et de soutien psychosocial dans toute la République arabe syrienne. En Palestine, la collaboration en cours entre l'OMS et l'UNRWA soutient la prestation de services de santé pour les réfugiés palestiniens, en particulier l'intégration

des services de santé mentale dans les soins de santé primaires dans le cadre de l'approche de la médecine familiale (215).

6.2 Cadres de vie sains et urbanisme

Ces initiatives sont réparties en quatre catégories à savoir : les villages-santé ; les villes-santé ; les écoles-santé ; les marchés-santé ; les lieux de travail-santé ; et le rôle de la femme et de l'homme dans la santé et le développement. L'objectif commun de ces approches est de mettre en place des mesures politiques, physiques et économiques ainsi que des plans d'action multisectoriels pour toutes les parties prenantes concernées et les différents segments de la communauté, ce qui aura un impact positif sur l'environnement global et la qualité de vie. Ces initiatives communautaires ont été expérimentées et mises en œuvre sous diverses formes dans la plupart des pays de la Région de la Méditerranée orientale. En dépit du succès de la mise en œuvre dans certains pays, le principal défi consiste à assurer la durabilité et l'engagement afin d'intensifier et d'étendre la mise en œuvre (153).

Les villes de la Région sont confrontées à plusieurs défis tels que la pollution de l'environnement et des transports, les maladies transmissibles, les maladies non transmissibles, la consommation de drogues, le chômage, l'accès insuffisant à l'eau potable et à l'assainissement, la violence, les modes de vie sédentaires, les maladies mentales, les réfugiés et la promiscuité. Ces défis sont aggravés par des conflits et des troubles politiques. La santé en milieu urbain et les villes-santé sont les deux cadres principaux régissant l'élaboration d'initiatives en faveur de la santé au niveau des villes. Les villes-santé et les villages-santé de la Région sont le résultat d'interventions multisectorielles et communautaires dans le cadre d'une vision commune de la santé et du bien-être.

La Région possède deux décennies d'expérience dans des initiatives communautaires réussies qui renforcent la participation communautaire, l'appropriation et le leadership dans le développement communautaire durable et l'amélioration de la santé. Le programme Villes-santé a été lancé pour la première fois en République islamique d'Iran. En 2012, le Bureau régional de l'OMS a mis en place le Réseau régional des Villes-santé, auquel participent actuellement 97 villes d'Afghanistan, des Émirats arabes unis, de Bahreïn, d'Égypte, de la République islamique d'Iran, de Jordanie, du Koweït, du Liban, du Maroc, d'Oman, du Pakistan, du Qatar, du Soudan et de Tunisie, guidées par les 80 indicateurs du Bureau régional de l'OMS pour la mise en œuvre du Programme des Villes-santé (218). Le programme dispose d'un site Web dynamique, et toute ville ayant l'engagement politique de prendre des mesures en faveur d'une ville saine peut demander à rejoindre le Réseau. Le programme traite de questions telles que l'amélioration des services de santé, l'approvisionnement en eau, l'assainissement, la pollution, le logement, la promotion de modes de vie sains, la génération de revenus, l'éducation, les problèmes des femmes et les besoins des enfants (219).

Ces dernières années, le programme des villes et villages-santé a été revitalisé, principalement dans les pays du Conseil de Coopération du Golfe et en République

islamique d'Iran (220). En Jordanie, l'Alliance jordanienne contre les maladies non transmissibles a également commencé à travailler sur la création de Villes-santé avec une mise en œuvre réussie à Amman en collaboration avec le Réseau des Villes-santé de Bloomberg. Pour progresser vers une Ville-santé durable dans la Région, les communautés locales doivent participer à l'évaluation des besoins, l'identification des priorités, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des plans et programmes connexes afin de renforcer l'appropriation locale et la durabilité (153).

6.3 Rôle de la société civile, des organisations non gouvernementales et des réseaux

6.3.1 Organisations de la société civile

Les quatre priorités et fonctions de la société civile sont la sensibilisation, le plaidoyer, la responsabilisation et l'accès. La cartographie des organisations de la société civile dans la Région réalisée par l'Alliance de la Méditerranée orientale pour la lutte contre les MNT a montré la croissance des organisations œuvrant dans ce domaine, en mettant l'accent sur la prévention. Toutefois, le nombre global d'organisations de la société civile travaillant dans le domaine de la lutte contre les MNT est encore très faible dans la Région.

La société civile joue un rôle essentiel dans la sensibilisation de divers publics, y compris le grand public, les populations marginalisées et même les parties prenantes gouvernementales. Certains exemples marquants de la Région illustrent cette diversité d'auditoire, comme les programmes communautaires en République islamique d'Iran, le plaidoyer des organisations non gouvernementales en faveur du sevrage tabagique en Égypte et les initiatives de dépistage et de sensibilisation au cancer du sein en Jordanie. Les facteurs de réussite comprennent les partenariats multisectoriels, les moyens de communication innovants et holistiques et l'inclusion des populations cibles dans les efforts de planification, de suivi et d'évaluation qui permettent une amélioration continue.

La cartographie des organisations de la société civile dans la Région met en évidence des domaines spécifiques dans lesquels les organisations peuvent particulièrement réussir et avoir une influence en matière de plaidoyer. L'acceptabilité accrue du rôle de la société civile dans le contexte multiculturel de la Région peut être utilisée pour véhiculer des messages adaptés de promotion de la santé, en particulier des messages tenant compte des sexospécificités. Par exemple, les organisations de la société civile jouent un rôle important dans la promotion d'habitudes saines telles que l'activité physique chez les femmes dans la Région. Les organisations de la société civile peuvent s'impliquer pour pallier la pénurie de personnels de santé ou assurer la prévention et les soins des maladies non transmissibles auprès des populations déplacées. Elles peuvent également tirer parti de l'essor de la santé mobile dans la Région en établissant un réseau actif avec les jeunes, en travaillant par le biais des technologies d'application mobile afin d'atteindre les objectifs de sensibilisation. Les organisations de la société civile peuvent lever des fonds par des moyens innovants, tels que des événements de financement

participatif (*crowdfunding*). En outre, elles peuvent mobiliser la collaboration entre de multiples parties prenantes et institutionnaliser les interventions dans le cadre des organisations partenaires. Les organisations de la société civile motivent la société en sollicitant le soutien d'ambassadeurs extérieurs tels que des membres du clergé. Ces organisations peuvent faciliter le partage des connaissances régionales en créant des réseaux régionaux coordonnés.

La société civile joue un rôle essentiel pour améliorer l'accès aux soins de santé et aux services de prévention, en particulier les services de lutte contre les maladies non transmissibles, en impulsant un changement systémique dans les communautés locales et en faisant pression pour l'amélioration des politiques, de la législation et du financement grâce à un engagement à multiples facettes, y compris la fourniture d'un financement, la prestation de services de santé de haute qualité et adaptés aux patients, l'offre d'un soutien juridique et d'une médiation entre les membres de la communauté et le gouvernement, et la mise en œuvre de programmes de prévention. Des exemples en provenance d'Arabie saoudite, des Émirats arabes unis, de la République islamique d'Iran, de la Jordanie et du Liban montrent la contribution des organisations de la société civile dans différents domaines, tels que : la fourniture de services de santé cardiovasculaire aux femmes défavorisées ; le plaidoyer en faveur de la réduction du tabagisme ; la réduction de l'impact du cancer grâce à un soutien financier et moral ; l'amélioration de l'accès à la réanimation cardio-respiratoire grâce à l'éducation ; et l'utilisation des solutions de santé mobile pour atteindre les patients à revenu faible. Parmi les facteurs importants contribuant à la réussite de ces programmes figurent la bonne gouvernance, l'encadrement efficace des principaux membres de la communauté tels que les chefs religieux, la disponibilité de bénévoles engagés, le soutien des médias et la création d'environnements favorables aux patients.

La responsabilisation est cruciale pour suivre les progrès réalisés par les organisations de la société civile et pour conduire le changement politique et programmatique. Les organisations de la société civile de la Région de la Méditerranée orientale ne sont toutefois pas actives dans ce domaine, et il n'existe que quelques exemples. Le Réseau pour la protection des consommateurs au Pakistan applique la responsabilité à la fois comme un outil et dans le processus de plaidoyer pour la protection de ces derniers. L'Association iranienne antitabac s'est attachée à responsabiliser les décideurs par le biais de son initiative de lutte contre les pipes à eau. Ces organisations surveillent les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs convenus, interpellent les gouvernements et exigent la transparence, ainsi que l'autonomisation des communautés.

Les organisations de la société civile dans la Région rencontrent des obstacles communs pour atteindre leurs objectifs, notamment : un manque de financement et d'expertise ; une collaboration insuffisante avec le monde universitaire pour produire des données probantes ; une évaluation et des plans d'évaluation insuffisants, et une assimilation limitée des enseignements tirés ; une coordination inadéquate entre les différentes organisations et même une concurrence ou un dédoublement des efforts des organisations non gouvernementales ; des relations complexes avec le gouvernement ; un conflit d'intérêts potentiel dans les partenariats avec l'industrie et l'ingérence de l'industrie ; une inclusion limitée par le gouvernement ou une

résistance de celui-ci ; des systèmes bureaucratiques ou juridiques complexes ; et une distinction peu claire et préjudiciable entre la société civile et le gouvernement, ce qui souligne la nécessité de l'indépendance.

Le défi majeur tient au fait que de nombreuses organisations de la société civile dans la Région ne fonctionnent pas conformément aux cadres de suivi et de responsabilisation du gouvernement, et ne bénéficient donc que d'un soutien politique et d'une reconnaissance limités. Il s'agit là aussi d'une mesure cruciale pour suivre les progrès accomplis au regard des engagements pris dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles de 2011 et le document final de 2014 des Nations Unies. Il est nécessaire de renforcer la coordination régionale et la création de coalitions ainsi que le partage de bonnes pratiques entre les organisations de la société civile (148).

6.3.2 Participation communautaire et agents de santé communautaires

Les agents de santé communautaires sont souvent les défenseurs de la participation communautaire et de l'éducation en matière de santé. Les programmes concernant les agents de santé communautaires sont particulièrement importants dans la Région de la Méditerranée orientale en raison du taux élevé d'analphabétisme, de la médiocrité des infrastructures dans certaines zones et du manque de cohésion au sein des communautés, qui dans certains cas peuvent manquer de confiance à l'égard d'autres structures gouvernementales et non gouvernementales. Le renforcement des programmes d'agents de santé communautaires peut être particulièrement important pour améliorer la santé dans des domaines tels que la santé maternelle et infantile, la santé mentale et la réduction de la charge de morbidité des maladies infectieuses. Dans la Région, 13 pays ont mis en place un programme d'agents de santé communautaires, dont certains ont particulièrement bien réussi (Afghanistan, Égypte, République islamique d'Iran, Jordanie, Koweït, Maroc, Oman, Pakistan, Palestine, République arabe syrienne, Soudan, Tunisie et Yémen) (221).

L'OMS s'efforce de renforcer les capacités d'intervention communautaire en mettant au point des outils et des lignes directrices fondés sur des bases factuelles. Par exemple, le Bureau régional a conçu un module de formation sur la promotion de la santé et du développement des nouveau-nés, des nourrissons et des enfants jusqu'à l'âge de cinq ans dans leur foyer à l'intention des agents de promotion de la santé au niveau communautaire (121).

6.4 Déterminants sociaux de la santé et santé dans toutes les politiques

Dans la Région de la Méditerranée orientale, l'OMS continue à soutenir la mise en œuvre de la Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, adoptée en 2011. Les travaux se poursuivent en vue de renforcer les capacités des pays à adopter la santé dans toutes les politiques, l'action intersectorielle et la participation sociale pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et la différenciation homme-femme. Ceci incluait l'adaptation régionale, l'expérimentation et la mise en œuvre des cadres mondiaux de l'OMS visant à soutenir l'intégration de l'égalité des sexes, de l'équité et des droits humains dans les politiques de santé et la planification nationales. Le Bureau régional participe activement aux efforts collectifs des Nations Unies en matière d'égalité des sexes et aux initiatives inter-institutions, notamment avec l'UNFPA, ONU Femmes et la Ligue des États arabes. Il existe des exemples de démarches réussies dans la Région pour adopter l'approche de la santé dans tous les pays, y compris en Arabie saoudite, aux Émirats arabes unis, au Pakistan, au Qatar et au Soudan.

Plusieurs ministères de la Santé de la Région ont incorporé les déterminants sociaux de la santé dans leur programme de santé et deux pays, la République islamique d'Iran et le Maroc, sont devenus des champions dans ce contexte. Le Secrétariat des déterminants sociaux de la santé du ministère iranien de la Santé a été amélioré pour devenir le Département des Affaires sociales, et il a pris la responsabilité de tous les ODD liés à la santé.

Le Rapport mondial sur l'écart entre les sexes 2017 a révélé d'importantes lacunes dans la prise en compte des droits des femmes dans la Région, notamment en ce qui concerne leur participation à l'économie, leur éducation, leur santé et leur autonomisation sociopolitique (222). L'appui technique a été maintenu de façon à encourager les efforts nationaux déployés pour renforcer la réponse du secteur de la santé à la violence à l'égard des femmes, notamment en Afghanistan et au Pakistan. Les efforts déployés au niveau des pays pour traiter des déterminants sociaux de la santé comprennent : la réalisation d'évaluations approfondies à Oman et aux Émirats arabes unis ; la formation à la mise en œuvre de la santé dans toutes les politiques en Arabie saoudite et aux Émirats arabes unis (pour renforcer les capacités à créer une unité au sein du ministère de la Santé dans le cadre de la *Vision 2030* et élaborer un nouveau plan de transformation de la santé) ; l'élaboration et le réexamen d'un cadre d'action stratégique sur la santé dans toutes les politiques au Pakistan ; et l'élaboration d'une feuille de route pour la mise en œuvre de l'approche de la santé dans toutes les politiques au Soudan.

Malgré ces efforts, les progrès accomplis dans la prise en compte des déterminants sociaux de la santé dans la Région ont été limités. *La Vision 2023* plaide en faveur d'une action dans les secteurs autres que celui de la santé et pour que la réflexion sur ces déterminants sociaux constitue une priorité. La cartographie régionale, les outils d'évaluation et un cadre régional sur les déterminants sociaux de la santé sont nécessaires pour fournir un soutien plus solide aux pays (22, 98). L'OMS a relevé le défi en mettant en place une Commission des déterminants sociaux de la santé

dans la Région de la Méditerranée orientale. La Commission a été conjointement convoquée par le Bureau régional pour la Méditerranée orientale, l'Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé et l'Institute for Health Equity de l'University College London. La Commission a pour but d'établir une base factuelle exhaustive des inégalités en matière de santé dans la Région ainsi que des facteurs à l'origine de ces inégalités, et d'évaluer des moyens pratiques d'y remédier dans le contexte des pays de la Région, y compris ceux qui sont confrontés à des conflits et à des situations d'urgence. La Commission travaillera sur une période d'un an, d'octobre 2019 à septembre 2020. Un rapport final sera publié par l'OMS et présenté au Comité régional. À l'aide des données les plus récentes disponibles, le rapport comprendra des définitions pour les déterminants sociaux de la santé et des exemples spécifiques au contexte dans la Région, ainsi que des exemples de situations où des précédents examens des déterminants sociaux de la santé ont conduit à des mesures pour atténuer et réduire les inégalités.

Conclusion

Les objectifs du Millénaire pour le développement et les ODD qui leur ont succédé ont créé de nouvelles possibilités d'améliorer sensiblement l'état de santé et de bien-être dans le monde. Dans de nombreux pays, l'espérance de vie a augmenté dans un contexte de défis complexes et récurrents comme la pauvreté, les inégalités, le changement climatique et les crises humanitaires prolongées. Le treizième PGT de l'OMS (2019-2023) offre de nouvelles possibilités de consolider les efforts de l'OMS et des États Membres pour faire progresser le Programme de développement durable à l'horizon 2030 en s'efforçant d'atteindre les cibles du « triple milliard ».

Dans la Région de la Méditerranée orientale, faire progresser la couverture sanitaire universelle a été identifié en tant que priorité stratégique dans la *Vision 2023*. La couverture sanitaire universelle a également été réaffirmée lors d'une réunion en 2018 à Salalah Oman, où les ministres de la Santé ont signé le Pacte mondial du Partenariat international pour la santé CSU2030, confirmant ainsi leur engagement à réaliser la CSU au moyen d'une approche pangouvernementale et pansociétale. Les ministres ont approuvé la Déclaration de Salalah sur la CSU, qui fournit une feuille de route pour le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région. La Conférence mondiale sur les soins de santé primaires tenue à Astana (Kazakhstan) en 2018 a de nouveau souligné le rôle crucial des soins de santé primaires dans la réalisation de la CSU et l'instauration de la santé pour tous. La nécessité de définir des paniers de services de santé essentiels spécifiques à chaque pays, et le fait de garantir leur prestation efficace et leur haute qualité constituent un point de départ stratégique pour l'élargissement de la couverture sanitaire universelle. L'OMS a entamé un processus de consultation inclusif afin de définir des actions prioritaires concrètes, fondées sur des bases factuelles, pour les pays. Ces actions font désormais partie du cadre d'action pour promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région.

Promouvoir la santé et le bien-être tout au long de la vie est une priorité de premier plan pour la Région. Parmi les domaines stratégiques clés figurent la promotion de la santé des femmes avant, pendant et après une grossesse, ainsi que la santé des nouveau-nés, des enfants, des adolescents et des personnes âgées. La Région de la Méditerranée orientale, aux côtés de la Région africaine, a le taux de mortalité néonatale le plus élevé au monde et il est donc essentiel de mettre en œuvre des interventions visant à traiter les principales causes de décès néonataux telles que la prématurité, la pneumonie, les complications intrapartum et la septicémie néonatale. L'OMS aide aussi les pays à intégrer la santé sexuelle et reproductive et droits connexes dans leurs politiques, programmes et pratiques nationaux. Des travaux sont en cours pour réorganiser et repositionner la prestation des services de santé mentale pour les hommes et les femmes dans les zones touchées par un conflit, et pour lutter contre la prévalence croissante des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Un autre domaine prioritaire est celui de la prise en compte des déterminants sociaux de la santé, à travers une approche multisectorielle

et un plaidoyer en faveur de la santé dans toutes les politiques. Cette approche phare vise à créer des synergies à tous les niveaux des pouvoirs publics et dans tous les secteurs, et pas seulement entre les ministères de la Santé, afin d'intégrer la santé des populations et l'équité en santé dans les politiques publiques. La santé dans toutes les politiques continuera à guider les pays vers la réalisation de la couverture sanitaire universelle.

Les maladies transmissibles continuent de représenter une cause de morbidité et de mortalité importante dans la Région dont la plupart peut être évitée. La perturbation de la prestation des services de santé due aux conflits, aux déplacements massifs de population, aux catastrophes environnementales et au changement climatique a entraîné la réémergence de maladies transmissibles représentant des menaces importantes, accompagnées de nombreuses épidémies dévastatrices. L'action de l'OMS dans la Région consiste essentiellement à renforcer les soins de santé primaires afin de prévenir les maladies transmissibles et de lutter contre ces dernières. L'accent est mis sur le renforcement des systèmes de santé, y compris la surveillance, les services de laboratoire et la prestation de services, afin de parvenir à une meilleure intégration des services à tous les niveaux de soins de santé.

En 2018, les dirigeants mondiaux ont convenu de redoubler d'efforts pour relever le défi des MNT lors de la Troisième Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur les maladies non transmissibles. Les pays ont renouvelé leur engagement à réduire d'un tiers les décès prématurés dus aux MNT par la prévention et le traitement et à promouvoir la santé mentale et le bien-être (cible 3.4 des ODD). La collaboration avec les pays de la Région porte essentiellement sur l'identification de mesures innovantes susceptibles d'accélérer les progrès vers la réalisation de la quatrième cible du troisième ODD à l'horizon 2030. Ces mesures visent à réduire le tabagisme et l'usage nocif de l'alcool, à promouvoir une alimentation saine et l'activité physique.

Dans la Région, les risques environnementaux évitables causent plus de 850 000 décès par an. Conformément au cadre d'action régional sur la santé et le changement climatique 2017-2021, les pays mettent à jour leur profil national en la matière. Le plan d'action régional pour la mise en œuvre de la feuille de route en vue d'une action mondiale renforcée contre les effets néfastes de la pollution de l'air sur la santé (2017-2021) est en cours, et la surveillance de la qualité de l'air et la notification ont progressé. On a également observé une augmentation de 25 % du nombre de villes régionales déclarant leurs données de surveillance de la qualité de l'air ambiant par le biais de la base de données mondiale sur la pollution de l'air ambiant en milieu urbain de l'OMS. Ces progrès ont conduit à affiner les estimations de la charge de morbidité due à la pollution atmosphérique dans tous les pays de la Région.

En dépit des avancées obtenues en matière d'amélioration de la santé, plusieurs défis subsistent dans la Région – en particulier les situations d'urgence qui se produisent à une échelle sans précédent. Ces situations d'urgence ont entraîné la destruction et la perturbation des systèmes de santé et l'augmentation des mouvements de population. Les attaques perpétrées contre les soins de santé continuent à poser des défis en matière de prestation de services de santé, faisant de la Méditerranée orientale la Région la plus dangereuse pour les agents de santé

parmi toutes les régions de l'OMS. Les interventions visant à élaborer et à renforcer les plans de préparation et de riposte sont essentielles si l'on veut atteindre l'objectif de la couverture sanitaire universelle. En outre, les interventions dans les pays en conflit doivent comprendre des efforts pour garantir la prestation de services, faciliter le renforcement des institutions, coordonner les parties prenantes nationales et internationales et définir des paniers intégrés de services de santé essentiels, qui peuvent être contractés ou fournis par le ministère de la Santé ou achetés à l'étranger.

Les nouvelles exigences en matière de données pour suivre les progrès en vue de la couverture sanitaire universelle – et les cibles du « triple milliard » en particulier – exercent une pression sur les systèmes nationaux d'information sanitaire existants pour qu'ils produisent des données pertinentes et opportunes. Les systèmes d'information doivent garantir des flux de saisie de données adéquats tout en ayant la capacité analytique de fournir des actions prévisibles pour une riposte efficace. Pour surmonter ces difficultés, il faut réaliser des évaluations complètes des systèmes d'information sanitaire, élaborer des stratégies nationales pour les systèmes d'information sanitaire, et améliorer les capacités nationales en matière de certification et d'analyse des décès, de codage des CIM et (le cas échéant) d'utilisation de plateformes pertinentes pour améliorer la notification des données systématiques. Les efforts supplémentaires passent par une collaboration étroite avec les pays en vue d'élaborer des plans nationaux d'enquête auprès des ménages, de rationaliser les processus et de veiller à ce que les informations clés soient disponibles en temps voulu pour les pays.

Le Programme de développement durable à l'horizon 2030 est non seulement une étape clé pour la santé publique mondiale, mais aussi un appel à l'élaboration de stratégies permettant de relever les défis sanitaires dans l'intérêt de tous les secteurs de la société. La poursuite du Programme 2030 permettra aux effets des réalisations dans le domaine de la santé de satisfaire les besoins de chaque population. Malgré la complexité des crises humanitaires dans la Région, la voie à suivre est claire. Toutes les populations doivent bénéficier de la couverture sanitaire universelle, c'est-à-dire de la santé pour tous et par tous, afin que chacun dans la Région de la Méditerranée orientale puisse jouir d'une meilleure qualité de vie.

Références

1. Santé et objectifs de développement durables

1. Résolution 70/1. 2030 Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030. Dans : Soixante-dixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies en 2015. New York : United Nations; 2015 A/RES/70/1; <https://undocs.org/fr/A/RES/70/1>, consulté le 15 avril 2020.
2. Cadre mondial d'indicateurs relatifs aux objectifs et aux cibles du Programme de développement durable à l'horizon 2030 New York: Nations Unies; 2018 (A/RES/71/313, E/CN.3/2018/2; https://unstats.un.org/sdgs/indicators/Global%20Indicator%20Framework_A.RES.71.313%20Annex.French.pdf, consulté le 16 novembre 2019).
3. Les cibles des ODD en matière de santé et celles liées à la santé. Chapitre 6. Dans : World health statistics 2016: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2016/EN_WHS2016_Chapter6.pdf, consulté le 19 novembre 2019).
4. Howden-Chapman P, Siri J, Chisholm E, Chapman R, Doll CNH, Capon A. SDG 3: ensure healthy lives and promote wellbeing for all at all ages. Dans : A guide to SDG interactions: from science to implementation. Paris: International Science Council; 2017 (<https://council.science/publications/a-guide-to-sdg-interactions-from-science-to-implementation/>, consulté le 3 décembre 2019).
5. Treizième programme général de travail, 2019-2023 Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/328842/WHO-PRP-18.1-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 15 avril 2020).

2. La Région de la Méditerranée orientale en bref

6. Mokdad AH, Forouzanfar AH, Daoud F, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, Khalil I, et al. Health in times of uncertainty in the Eastern Mediterranean Region, 1990–2013: a systematic analysis for the global burden of disease study 2013. *Lancet Glob Health*. 2016; 4(10):e704–13 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6660972/>, consulté le 14 avril 2020).
7. Mandil A, Chaaya M, Saab D. Health status, epidemiological profile and prospects: Eastern Mediterranean Region. *Int. J. Epidemiol*. 2013;42:616–26.
8. Global trends: forced displacement in 2018. Genève: L'Agence des Nations Unies pour les réfugiés ; 2019 (<https://www.unhcr.org/5d08d7ee7.pdf>, consulté le 15 avril 2020).
9. Monitoring health and health system performance in the Eastern Mediterranean Region: core indicators and indicators on the health-related Sustainable Development Goals 2019. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la

Méditerranée orientale ; 2020 (<http://applications.emro.who.int/docs/EMHST245E.pdf?ua=1>, consulté le 15 avril 2020).

10. World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/, consulté le 15 avril 2020).
11. WHO's strategy for the Eastern Mediterranean Region, 2020–2023: turning *Vision 2023* into action. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<https://applications.emro.who.int/docs/EMRPUB-RDO-014-2019-EN.pdf?ua=1>, consulté le 30 avril 2020).

3. Instauration de la couverture sanitaire universelle

3.1 Indice de la couverture des services de la couverture sanitaire universelle

12. Salalah Declaration on Universal Health Coverage 2018. The road to universal health coverage in the Eastern Mediterranean Region. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (http://www.emro.who.int/images/stories/health-topics/uhc/salalah_uhc_declaration_-_final.pdf, consulté le 30 avril 2020).
13. Faire progresser la couverture sanitaire universelle Soixante-cinquième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC65/4) Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_4_20535_FR.pdf?ua=1, consulté le 24 novembre 2019).
14. Tracking universal health coverage: Rapport de suivi mondial 2017 Genève et Washington (DC) : Organisation mondiale de la Santé et Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272598/9789242513554-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 15 avril 2020).
15. Le Rapport mondial de suivi 2019 de l'OMS, intitulé Les soins de santé primaires pour atteindre la couverture sanitaire universelle Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf, consulté le 15 avril 2020).

3.2 Gouvernance

16. Health systems: governance [Site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>, consulté le 15 février 2020).
17. Couverture sanitaire universelle [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; (<http://www.emro.who.int/fr/health-topics/uhc/index/Page-1.html>, consulté le 15 novembre 2020).
18. Universal Health Coverage Partnership: supporting policy dialogue on national health policies, strategies and plans and universal health coverage. Year 6 report

2017. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://www.uhcpartnership.net/wp-content/uploads/2019/03/Annual_Report_Umbrella_Chapter_2017_report_final.pdf, consulté le 15 avril 2020).

19. Le Partenariat pour la Couverture Sanitaire Universelle [Site Web] Genève: Organisation mondiale de la Santé (<https://www.uhcpartnership.net/fr/>, consulté le 26 août 2020).
20. Health diplomacy: global health needs health diplomacy [Site Web]. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (<http://www.emro.who.int/health-topics/health-diplomacy/about-health-diplomacy.html>, consulté le 15 avril 2020).
21. Fifth seminar on health diplomacy, Cairo, Egypt 7–8 May 2016: summary report. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246199>, consulté le 15 avril 2020).
22. Activité de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région de la Méditerranée orientale : Rapport annuel du Directeur régional pour l'année 2018 Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<http://www.emro.who.int/fr/annual-report/2018/index.html>, consulté le 15 avril 2020).
23. Résolution 72/139 de l'Assemblée générale des Nations Unies Santé mondiale et politique étrangère : s'occuper de la santé des plus vulnérables pour une société inclusive. New York : Nations Unies ; 2018 (<https://undocs.org/fr/A/RES/72/139>, consulté le 15 avril 2020).
24. Magnusson RS. Legal capacities required for prevention and control of noncommunicable diseases. Bull World Health Organ. 2018;97:108–17.

3.3 Prestation de services et qualité des soins

25. Ottersen T, Norheim OF, Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couvre Universelle et Equitable Faire des choix justes pour une couverture sanitaire universelle : rapport final du Groupe Consultatif de l'OMS sur la Couverture Sanitaire Universelle et Equitable Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/185069/9789242507157_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 15 avril 2020).
26. Mirza Z, Mataria A, Salah H, Gedik G, Ismail A. 'Health benefits package': a centerpiece of universal health coverage. East Mediterranean Health J. 2018;24(4):405–6.
27. Vision 2023 : Région de la Méditerranée orientale : la Santé pour tous et par tous. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RD_Vision_2018_20676_fr.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
28. Progress report on strengthening primary health care based health systems. Fifty-sixth session of the Regional Committee for the Eastern Mediterranean (EM/RC56/INF.DOC.4). Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2009 (http://applications.emro.who.int/docs/EM_RC56_INF_DOC_4_en.pdf, consulté le 24 novembre 2019).
29. Résolution EM/RC60/R.2 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur la couverture sanitaire universelle Le Caire: Bureau régional de

- l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC60_Resolutions_2013_R2_15145_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
30. Report on primary health care in the Eastern Mediterranean Region: review of progress over the last decade (2008–2018). Projet de rapport, octobre 2018. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-eastern-mediterranean.pdf?sfvrsn=2a5a2528_2, consulté le 15 avril 2020).
 31. Développer la médecine familiale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle Soixante-troisième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC63/Tech.Disc.1). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2016_tech_disc_1_19023_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
 32. Résolution EM/RC63/R.2 du Comité régional de la Méditerranée orientale sur le développement de la médecine familiale pour progresser vers la couverture sanitaire universelle Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (https://applications.emro.who.int/docs/RC63_Resolutions_2016_R2_19198_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
 33. Salah H, Kidd M, editors. Family practice in the Eastern Mediterranean Region: universal coverage and quality primary care. La Floride : CRC Press Taylor and Francis Group; 2019.
 34. Présentation du cadre d'action pour le secteur hospitalier dans la Région de la Méditerranée orientale. Soixante-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC66/5). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_5_fr.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
 35. Résolution WHA72.6. Action mondiale pour la sécurité des patients. Dans : Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, 20-28 mai 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R6-fr.pdf, consulté le 15 avril 2020).
 36. Patient safety [Site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019
 37. Letaief M, Hirschhorn L, Sheikh A, Siddiqi S. Measuring the quality of primary health care: a regional initiative in the Eastern Mediterranean Region: universal health coverage and quality primary care. Dans : Salah H, Kidd M, editors. Family Practice in the Eastern Mediterranean Region: universal coverage and quality primary care. La Floride : CRC Press Taylor and Francis Group; 2019:119–136.
 38. Engagement du secteur privé pour faire avancer la couverture sanitaire universelle Soixante-cinquième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC65/8). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_8_20547_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).

3.4 Financement de la santé et protection financière

39. Financement de la santé [Site Web] Genève : Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/health_financing/fr/, consulté le 29 février 2020).

40. Strengthening health financing systems in the Eastern Mediterranean Region towards universal health coverage: health financing atlas 2018. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311328>, consulté le 15 avril 2020).
41. Organisation mondiale de la Santé, Banque mondiale. Tracking universal health coverage: first global monitoring report. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/174536>, consulté le 15 avril 2020).
42. Siddiqi S, Mataria A, Banzon E. Benefits and pitfalls of social health insurance in pursuit of universal health coverage: lessons for the Eastern Mediterranean. *East Mediterranean Health J.* 2014;20(9):257–8.

3.5 Données sanitaires et systèmes d'information sanitaire

43. Résolution EM/RC59/R.3 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur le renforcement des systèmes de santé dans les pays de la Région de la Méditerranée orientale : difficultés, priorités et options pour les actions futures. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2012 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Resolutions_2012_3_14699_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
44. Résolution EM/RC60/R.2014 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur la Stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil 2014-2019. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2013 (https://applications.emro.who.int/docs/RC60_Resolutions_2013_R7_15150_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
45. Regional strategy for the improvement of civil registration and vital statistics systems 2014–2019. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2014 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2014_EN_1754.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
46. Rapport de situation sur la stratégie régionale pour l'amélioration des systèmes d'enregistrement des actes et de statistiques d'état civil 2014-2019. Soixante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (EM/RC66/INF.DOC.3). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_Inf_Doc_3_fr.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
47. Alwan A, Ali M, Aly E, Badr A, Doctor H, Mandil A, Rashidian A, Shideed O. Strengthening national health information systems: challenges and response. *East Mediterranean Health J.* 2016;22(11):840–50.
48. Sahay S, Rashidian A, Doctor HV. Challenges and opportunities of using DHIS2 to strengthen health information systems in the Eastern Mediterranean Region: a regional approach. *E J Info Sys Dev Countries.* 2020;86(1):688:e12108.
49. Health of refugees and migrants: situation analysis and practices in addressing the health needs of refugees and migrants: examples of public health interventions and practices. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (<https://www.who.int/migrants/publications/EMRO-report.pdf?ua=1>, consulté le 15 avril 2020).

50. Résolution EM/RC65/R.2 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur l'approche régionale pour mettre en œuvre le treizième programme général de travail pour la période 2019-2023 ; Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC65_Resolutions_2018_R2_20649_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
51. Résolution EM/RC65/R.3 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur l'engagement du secteur privé pour faire avancer la couverture sanitaire universelle. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC65_Resolutions_2018_R3_20652_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
52. Résolution EM/RC66/R.5 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur le renforcement des capacités institutionnelles nationales pour l'élaboration de politiques de santé fondées sur des bases factuelles. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<https://applications.emro.who.int/docs/RC66-R5-fre.pdf?ua=1>, consulté le 15 avril 2020).
53. Rashidian A. Effective health information systems for delivering the Sustainable Development Goals and the universal health coverage agenda. *East Mediterranean Health J.* 2019;25(12):849–51.
54. Rashidian A, Doctor H, Aly E, Badr A. Health information in primary care and family practice: concept, status and a vision for the Eastern Mediterranean Region (EMR), In: Salah H, Kidd M, editors. *Family practice in the Eastern Mediterranean Region : universal coverage and quality primary care.* La Floride : CRC Press Taylor and Francis Group; 2019.

3.6 Personnels de santé

55. World health statistics 2018: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf>, consulté le 15 avril 2020).
56. Renforcer les personnels infirmiers afin de promouvoir la couverture sanitaire universelle dans la Région de la Méditerranée orientale Soixante-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC66/4). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_4_fr.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
57. Gedik FN, Buchan J, Mirza Z, Radishian A, Siddiqi S, Dussault G. The need for research evidence to meet health workforce challenges in the Eastern Mediterranean Region (Editorial). *East Mediterranean Health J.* 2018;24(9):811–2.
58. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://www.who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf, consulté le 15 avril 2020).
59. Framework for action for health workforce development in the Eastern Mediterranean Region 2017–2030. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (http://applications.emro.who.int/docs/EMROPub_2018_EN_20314.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).

60. Bader L, Bates I, John C. From workforce intelligence to workforce development: advancing the Eastern Mediterranean pharmaceutical workforce for better health outcomes. *East Mediterranean Health J.* 2018;24(9):899–904.
61. Manuel sur les comptes nationaux des personnels de santé. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/275750/9789242513110-fre.pdf?ua=1>, consulté le 15 avril 2020).
62. Meeting on health workforce observatories in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J.* 2018;24(9):965–7.
63. Examen de l'enseignement médical dans la Région de la Méditerranée orientale: enjeux, priorités et cadre d'action. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250490/RC_technical_papers_2015_3_16504_FR.pdf?sequence=3&isAllowed=y, consulté le 15 avril 2020).
64. Problèmes sanitaires auxquels sont confrontées les populations affectées par des catastrophes et des situations d'urgence Soixante-cinquième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC65/INF.DOC.8). Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_Inf_Doc_8_20532_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
65. Occupational health and safety of health workers, emergency responders and other workers in public health emergencies: a manual for protecting health workers and responders. Genève: Organisation mondiale de la Santé et Organisation mondiale du Travail ; 2017 (https://www.who.int/occupational_health/Web_OSH_manual.pdf, consulté le 15 avril 2020).
66. Global plan of action on workers' health (2008–2017): baseline for implementation. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://www.who.int/occupational_health/who_workers_health_web.pdf, consulté le 15 avril 2020).

3.7 Accès aux médicaments, aux vaccins et aux produits sanitaires

67. Essential medicines and health products: essential medicines [Site Web]. Genève: Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/medicines/services/essmedicines_def/en/, consulté le 24 novembre 2019).
68. Rapport de situation sur l'amélioration de l'accès aux aides techniques. Soixante-cinquième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC65/INF.DOC.3). Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_Inf_Doc_3_20517_FR.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
69. Eze S, Ijomah W, Wong TC. Accessing medical equipment in developing countries through remanufacturing. *Jnl Remanufactur.* 2019;9:207–33.
70. UN Commission on Life-Saving Commodities for Women and Children. Commissioners' report September 2012. New York: Nations Unies ; 2012 (https://www.unicef.org/media/files/UN_Commission_Report_September_2012_Final.pdf, consulté le 18 novembre 2019).

3.8 Capacité de recherche et utilisation des bases factuelles

71. Promotion et développement de la recherche [Site Web] Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; (<http://www.emro.who.int/fr/entity/research/>).
72. El Rassi R, Meho LI, Nahlawi A, Salameh JS, Bazarbachi A, Akl EA. Medical research productivity in the Arab countries: 2007–2016 bibliometric analysis. *J. Global Health* 2018; 8(2).
73. El-Jardali F, Akl EA, Karroum LB, Kdouh O, Akik C, Fadlallah R, Hammoud R. Systematic reviews addressing identified health policy priorities in Eastern Mediterranean countries: a situational analysis. *Health Res Policy Syst.* 2014;12:48.
74. Rashidian A, Jahanmehr N, Jabbour S, Zaidi S, Soleimani F, Bigdeli M. Bibliographic review of research publications on access to and use of medicines in low-income and middle-income countries in the Eastern Mediterranean Region: identifying the research gaps. *BMJ Open.* 2013;3:10 e003332.
75. Al-Gasseer N, Shideed O. Clinical trial registration in the Eastern Mediterranean region: a luxury or a necessity? *East Mediterranean Health J.* 2012;18(2):108–11.
76. Solaymani-Dodaran M, Khalili D, Hosseini H, Najafi L, Kamali K, Ranjbar P, et al. Iranian Registry of Clinical Trials two years on and the timing of registrations. *J. Evid Based Med.* 2011;4(3):168–71.
77. Renforcement des capacités institutionnelles nationales pour l'élaboration de politiques de santé fondée sur des bases factuelles. Soixantième-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC66/6). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_6_fr.pdf?ua=1, consulté le 15 avril 2020).
78. Rashidian A, Mandil A, ElFeky S, Al-Mandhari A. WHO collaborating centres in the Eastern Mediterranean Region: an agenda for action and improvement. *East Mediterranean Health J.* 2018;24(11):1035–7.
79. Tadmouri GO, Mandil A, Rashidian A. Biomedical and health research geography in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J.* 2019, 25(10):728-743.
80. Tadmouri GO, Mandil A, Rashidian A. Development of an Eastern Mediterranean Region search strategy for biomedical citations indexed in PubMed. *East Mediterranean Health J.* 2017;23(9):619–29.
81. Mandil A, El-Jardali F, El-Feky F, Nour M, Al-Abbar M, Bou-Karroum L. Health research institutional mapping: an Eastern Mediterranean regional perspective. *East Mediterranean Health J.* 2018;24(2):189–97.
82. Badakhshan A, Arab M, Rashidian A, Mehrdad N, Zendehtdel K. Priority-setting in health research in Iran: a qualitative study on barriers and facilitators. *Health Res Policy Syst.* 2018; 16(1):57.
83. Ismail SA, McDonald A, Dubois E, Aljiohani FG, Coutts AP, Majeed A et al. Assessing the state of health research in the Eastern Mediterranean Region. *J. R. Soc Med.* 2013;106(6):224233.

84. El-Jardali F, Saleh S, Khodor R, Abu Al Rub R, Arfa C, Ben Romdhane H, et al. An institutional approach to support the conduct and use of health policy and systems research: the nodal institute in the Eastern Mediterranean Region. *Health Res Policy Syst.* 2015;13:40.
85. A 20-year journey. Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé. Genève : OMS et Alliance pour la recherche sur les politiques et les systèmes de santé; 2017 (https://www.who.int/alliance-hpsr/20th-anniversary/alliancehpsr_a20yearjourney.pdf?ua=1, consulté le 26 août 2020).
86. WHO Regional Committee for the Eastern Mediterranean resolution EM/RC28A/R9 on the regional medical library. Alexandrie : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 1978.
87. Yousefi-Nooraie R, Rashidian A, Nedjat S, Majdzadeh R, Mortaz-Hedjri S, Etemadi A, Salmasian H. Promoting development and use of systematic reviews in a developing country. *J Eval Clin Practice* 2009; 15: 1029-1034.
88. El-Jardali, Lavis JN, Ataya N, Jamal D. Use of health systems and policy research evidence in the health policymaking in Eastern Mediterranean countries: views and practices of researchers. *Implement Sci.* 2012;7:2.
89. El-Jardali F, Mandil A, Jamal D, BouKarroum L, El-Feky S, Nour M, et al. Engagement of health research institutions in knowledge translation in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J.* 2018;24(7):672–9.
90. Maleki K, Hamadeh RR, Gholami J, Mandil A, Hamid S, Butt ZA, et al. The knowledge translation status in selected Eastern Mediterranean universities and research institutes. *PLoS One.* 2014;9(9):e103732.

4. Situations d'urgence sanitaire

4.1 Situation régionale

91. Organisation mondiale de la Santé et Pan American Health Organization. Hospital safety index: guide for evaluators, 2nd ed. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258966>, consulté le 17 avril 2020).

4.2 Préparation à la riposte aux flambées

92. Buliva E, Elhakim M, Tran Minh NN, Elkholy A, Mala P, Abubaker A, et al. Emerging and reemerging diseases in the World Health Organization (WHO) Eastern Mediterranean Region—progress, challenges, and WHO initiatives. *Front Public Health.* 2017;5:276 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29098145/>, consulté le 13 septembre 2020).
93. Pandemic Influenza Preparedness (PIP) Framework [website]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (<http://www.emro.who.int/health-topics/pip-framework/index.html>, consulté le 24 novembre 2019).
94. Cadre de préparation en cas de grippe pandémique pour l'échange des virus grippaux et l'accès aux vaccins et autres avantages. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44853/9789242503081_fre.pdf?sequence=1, consulté le 17 avril 2020).

95. Cordes KM, Cookson ST, Boyd AT, Hardy C, Malik MR, Mala P, et al. Real-time surveillance in emergencies using the Early Warning Alert and Response Network. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(Suppl. 1):S131–S137.
96. EWARN [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; (<http://www.emro.who.int/health-topics/ewarn/index.html>, consulté le 24 novembre 2019).
97. Prioritizing diseases for research and development in emergency contexts [Site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/blueprint/priority-diseases/en/>, consulté le 16 avril 2020).
98. Activité de l’Organisation mondiale de la Santé dans la Région de la Méditerranée orientale : Rapport annuel du Directeur régional pour l’année 2017. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (<http://www.emro.who.int/fr/annual-report/2017/index.html>, consulté le 17 avril 2020).
99. Noormal B, Eltayeb E, Al Nsour M, Mohsni E, Khader Y, Salter M, et al. Innovative approaches to improve public health practice in the Eastern Mediterranean Region: findings from the Sixth Eastern Mediterranean Public Health Network Regional Conference. *JMIR Public Health Surveill.* 2019;5(1):e11382.
100. Lam E, Al-Tamimi W, Russell SP, Obaid-ul Islam, Butt M, Blanton C, Musani AS et al. Oral cholera vaccine coverage during an outbreak and humanitarian crisis, Iraq, 2015. *Emerg Infect Dis.* 2017;23(1):38–45.
101. Huge measles campaign in drought-hit Somalia aims to protect children and save lives [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (<https://reliefweb.int/report/somalia/huge-measles-campaign-drought-hit-somalia-aims-protect-children-and-save-lives>, consulté le 26 novembre 2019).

4.3 Préparation à la riposte aux urgences humanitaires

102. Catastrophes naturelles dans le Moyen-Orient et l’Afrique du Nord : Aperçu régional. Banque internationale pour la reconstruction et le développement/Banque mondiale 2014 ; (<http://documents1.worldbank.org/curated/en/315791468108273774/pdf/816580FRENCH0N00Box385309B00PUBLIC0.pdf>, consulté le 18 novembre 2019).
103. WHO’s work in emergencies 2016: the year in review. Le Caire : Bureau régional de l’OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (https://reliefweb.int/sites/reliefweb.int/files/resources/EHA_2016_3_Dec.pdf, consulté le 17 avril 2020).
104. Charlson F, van Ommeren, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2019;394(10194):240–8.
105. Soixante-Douzième Assemblée mondiale de la Santé. Situation sanitaire dans le territoire palestinien occupé, y compris Jérusalem-Est, et dans le Golan syrien occupé. Rapport du Directeur général (A72/33). Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_33-fr.pdf, consulté le 26 août 2020).
106. Charara R, Forouzanfar M, Naghavi M, Moradi-Lakeh M, Afshin A, Vos T, et al. The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990–2013. *PLoS ONE.* 2013;12(1):e0169575.

107. Les premiers secours psychologiques : guide pour les travailleurs humanitaires sur le terrain Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2011 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44779/9789242548204_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 2 avril 2020).
108. Guide d'intervention humanitaire mhGAP (GIH-mhGAP) : prise en charge clinique des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les situations d'urgence humanitaire Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/180972/9789242548921_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 2 avril 2020).
109. Incapacités [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (<http://www.emro.who.int/fr/health-topics/disabilities/index.html>, consulté le 26 novembre 2019).
110. Note d'orientation sur la gestion du handicap et des risques liés aux situations d'urgence pour la santé. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 ; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/127847/9789242506242_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 26 novembre 2019).

4.5 Reconstruction des systèmes de santé dans les pays touchés par des situations d'urgence

111. Newbrander W, Ickx P, Feroz F, Stanekzai H. Afghanistan's basic package of health services: its development and effects on rebuilding the health system. *Glob Public Health*. 2014;9 Suppl. S1:S6–S28.
112. Kruk ME., Myers M, Varpilah ST, Dahn BT. What is a resilient health system? Lessons from Ebola. *Lancet*. 2015;385(9980):1910–2.
113. Implementation guide for health systems recovery in emergencies: transforming challenges into opportunities. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (in press).

5. Promotion de la santé tout au long de la vie

5.1 Santé reproductive, santé de la mère, du nouveau-né, de l'enfant et de l'adolescent et vieillissement

114. Maternal mortality and morbidity burden in the Eastern Mediterranean Region: findings from the global burden of disease 2015 study. *Int. J. Public Health*. 2018;63(Suppl. 1):S47–S61.
115. Jadoon B, Mahaini R; Gholbzouri K. Determinants of over and underuse of caesarean births in the Eastern Mediterranean Region: an updated review. *East Mediterranean Health J*. 2019;25(11):837–46.
116. Female genital mutilation. Evidence brief. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329885/WHO-RHR-19.19-eng.pdf?ua=1>, consulté le 17 avril 2020).

117. Standards pour l'amélioration de la qualité des soins maternels et néonataux dans les établissements de santé Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254673/9789242511215-fre.pdf?sequence=1&ua=1>, consulté le 17 avril 2020).
118. OMS disque pour le choix des méthodes contraceptives selon les critères de recevabilité médicale, mise à jour 2015 Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2015 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249516/9789242549256-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 17 avril 2020).
119. Integrating sexual and reproductive health and rights package in national health policies, programmes and practices in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J.* 2019;25(10):763–4.
120. Summary report on the consultative meeting and workshop on adopting an integrated sexual and reproductive health and rights package in national health policies, programmes and practices in the Eastern Mediterranean Region. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (http://applications.emro.who.int/docs/IC_Meet_Rep_2019_WRH_108_en.pdf?ua=1, consulté le 17 avril 2020).
121. Cadre régional de mise en œuvre pour mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents et améliorer la santé et le développement. Soixantième-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC66/3). Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_3_fr.pdf?ua=1, consulté le 17 avril 2020).
122. Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326495/9789241515887-eng.pdf>, consulté le 17 avril 2020).
123. Saving the lives of mothers and children [Site Web]. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2013 (<http://www.emro.who.int/about-who/regional-director/saving-the-lives-of-mothers-and-children.html>, consulté le 17 avril 2020).
124. Qazi S, Aboubaker S, MacLean R, Fontaine O, Mantel C, Goodman T, et al. Ending preventable child deaths from pneumonia and diarrhoea by 2025. Development of the integrated global action plan for the prevention and control of pneumonia and diarrhoea. *Arch Dis Child.* 2015;100(Suppl. 1):S23–8.
125. Santé de l'enfant et de l'adolescent : santé du nouveau-né. Every newborn action plan [Site Web]. Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (<http://www.emro.who.int/child-adolescent-health/newborn-health/every-newborn-action-plan.html>, consulté le 17 avril 2020).
126. Cibles mondiales de nutrition 2025 Note d'orientation sur l'allaitement au sein Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255728/WHO_NMH_NHD_14.7_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y, consulté le 19 novembre 2019).
127. GBD 2015 Eastern Mediterranean Region Adolescent Health Collaborators. Adolescent health in the Eastern Mediterranean Region: findings from the

- global burden of disease 2015 study. *Int. J. Public Health*. 2018;63 (Suppl. 1):79–96.
128. Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030) New York : Nations Unies ; 2015 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strategie-mondiale-femme-enfant-ado-2016-2030.pdf?ua=1, consulté le 19 novembre 2019).
129. Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 2017 (https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/framework-accelerated-action/en/, consulté le 13 septembre 2020).
130. Organisation mondiale de la Santé, Fonds des Nations Unies pour l'enfance, Groupe de la Banque mondiale. Soins attentifs pour le développement de la petite enfance : un cadre pour aider les enfants à survivre et à s'épanouir afin de transformer la santé et le potentiel humain. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325724/9789242514063-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 17 avril 2020).
131. Mise en œuvre du volet santé de l'adolescent de la Stratégie mondiale des Nations Unies pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent, 2016-2030. EM/RC64/5. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_technical_papers_2017_5_20044_fr.pdf?ua=1, consulté le 5 décembre 2019).
132. Résolution EM/RC66/R.2 du Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale sur le Cadre régional de mise en œuvre pour mettre fin aux décès évitables de nouveau-nés, d'enfants et d'adolescents et améliorer la santé et le développement. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<https://applications.emro.who.int/docs/RC66-R2-fre.pdf?ua=1>, consulté le 17 avril 2020).
133. Regional framework of joint strategic actions for young people in the Arab States. and Middle East and North Africa region; 2016–2017. United Nations Inter-Agency Technical Task Team on Young People (UN IATTTYP); 2015 https://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/op_reports/wfp282333.pdf, consulté le 19 novembre 2019.
134. Santé des personnes âgées [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; (<http://www.emro.who.int/fr/entity/elderly-health/>, consulté le 26 août 2020).
135. de Carvalho IA, Epping-Jordan J, Pot AM, Kelley M, Toro N, Thiyagarajan J, et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bull World Health Organ*. 2017;95:756–63.
136. Primary health care for older persons: a regional manual for primary health care workers, good health adds years to life. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (en arabe).
137. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025, Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (https://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/action_plan_2017_2025/en/, consulté le 17 avril 2020).

138. Yaghmour SM, Bartlett R, Brannelly T. Dementia in Eastern Mediterranean countries: a systematic review. *Dementia* (London). 2019;18(7-8):2635–61.

5.2 Violence, traumatismes et incapacités

139. Strengthening the health system response to gender-based violence in the Eastern Mediterranean Region. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (<http://www.emro.who.int/violence-injuries-disabilities/violence-events/international-day-eliminating-violence-against-women-2018.html>, consulté le 17 avril 2020).
140. Jewkes R, Hilker LM, Khan S, Fulu E, Busiello F, Fraser E. What works to prevent violence against women and girls - evidence reviews. Paper 3: response mechanisms to prevent violence against women and girls. Pretoria: What Works to Prevent Violence Against Women and Girls Programme; 2015 https://resourcecentre.savethechildren.net/node/11880/pdf/2015_ww_evidence_review_3.pdf, consulté le 17 avril 2020.
141. Strengthening the health system response to gender-based violence in the Eastern Mediterranean Region: countries at the centre [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 <http://www.emro.who.int/violence-injuries-disabilities/violence-events/international-day-eliminating-violence-against-women-2018.html>, consulté le 19 novembre 2019.
142. Medical protocol/guidelines for management of victims of gender-based violence (including sexual violence). Ministère de la Santé et de la Population et UNFPA ; 2015 (<https://egypt.unfpa.org/en/publications/medical-protocol-guidelines-management-victims-gender-based-violence-including-sexual-0>, consulté le 11 février 2020).
143. Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/277372/WHO-NMH-NVI-18.20-fre.pdf?ua=1>, consulté le 11 février 2018).
144. Road safety in the Eastern Mediterranean Region: facts from the global status report on road safety 2015. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258925>, consulté le 19 novembre 2019).
145. Santé oculaire universelle : plan d'action mondial 2014-2019 Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (https://www.who.int/blindness/AP2014_19_French.pdf?ua=1, consulté le 17 avril 2020).
146. Rapport mondial sur la vision. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331812/9789240002975-fre.pdf>, consulté le 17 avril 2020).

5.3 Maladies non transmissibles

147. Cadre d'action régional pour la mise en œuvre de la Déclaration politique des Nations unies sur les maladies non transmissibles (MNT), contenant des indicateurs destinés à évaluer les progrès accomplis par les pays à

- l'horizon 2030. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<https://applications.emro.who.int/docs/WHOEMNCD146F-fre.pdf>, consulté le 17 avril 2020).
148. Accélération de la mise en œuvre régionale de 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, 2018. Soixantième-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC66/7). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_7_fr.pdf?ua=1; consulté le 19 novembre 2019).
 149. WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, third edition. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (<https://www.who.int/publications-detail/who-global-report-on-trends-in-prevalence-of-tobacco-use-2000-2025-third-edition>, consulté le 17 avril 2020).
 150. WHO STEPwise approach for non-communicable diseases risk factor surveillance: Lebanon, 2016–2017. Ministère de la Santé publique, Liban ; 2019 (https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/Lebanon_STEPS_report_2016-2017.pdf?ua=1, consulté le 17 avril 2020).
 151. WHO report on the global tobacco epidemic, 2019. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/tobacco/global_report/en/, consulté le 17 avril 2020).
 152. EL-Awa F, Bettcher D, Al-Lawati JA, Alebshehy R, Gouda H, Fraser CP. The status of tobacco control in the Eastern Mediterranean Region: progress in the implementation of the MPOWER measures. *East Mediterranean Health J.* 2020;26(1):102–9.
 153. NCD Alliance, editors. Handbook of civil society case studies: noncommunicable disease prevention and control in the Eastern Mediterranean Region Genève : NCD Alliance ; 2017 (https://ncdalliance.org/sites/default/files/resource_files/Handbook_EMROCaseStudies_WEB_0.pdf, consulté le 17 avril 2020).
 154. Maladies non transmissibles : Sédentarité [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (<http://www.emro.who.int/fr/noncommunicable-diseases/causes/physical-inactivity.html>, consulté le 17 avril 2020).
 155. Global status report on alcohol and health 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 (https://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/en/, consulté le 19 novembre 2019).
 156. Promoting physical activity in the Eastern Mediterranean Region through a life-course approach. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2014 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2014_EN_1603.pdf?ua=1, consulté le 19 novembre 2019).

5.4 Maladies non transmissibles prioritaires

157. GBD 2015 Eastern Mediterranean Region Diabetes and Chronic Kidney Disease Collaborators. Diabetes mellitus and chronic kidney disease in the Eastern Mediterranean Region: findings from the Global Burden of

- Disease 2015 study. *Int J Public Health*. 2018; (Suppl. 1):S177–S186 (<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2Fs00038-017-1014-1.pdf>, consulté le 19 novembre 2019).
158. GBD 2015 Eastern Mediterranean Region Cardiovascular Disease Collaborators. Burden of cardiovascular diseases in the Eastern Mediterranean Region, 1990–2015: findings from the Global Burden of Disease 2015 study. *Int. J. Public Health*. 2018;63(Suppl. 1):S137–S149 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5973984/>, consulté le 15 avril 2020).
 159. Maladies cardiovasculaires [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (<http://www.emro.who.int/fr/health-topics/cardiovascular-diseases/index.html>, consulté le 17 avril 2020).
 160. Boutayeb A, Boutayeb S, Boutayeb W. Multi-morbidity of non communicable diseases and equity in WHO Eastern Mediterranean countries. *Int. J. Equity Health*. 2013;12:60.
 161. Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2010 (https://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf, consulté le 15 avril 2020).
 162. Hammerich A. How are countries dealing with their current cardiovascular disease burden? A snapshot from the WHO Eastern Mediterranean Region (EMR). *Glob Cardio Sci Pract*. 2018;(1):1.
 163. Lyons G, Sankaranarayanan R, Miller AB, Slama S. Scaling up cancer care in the WHO Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J*. 2018;24(1):104–10.
 164. Asthme [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; (<http://www.emro.who.int/fr/health-topics/asthma/index.html>, consulté le 3 avril 2020)
 165. Masjedi M, Ainy E, Zayeri F, Paydar R. Assessing the prevalence and incidence of asthma and chronic obstructive pulmonary disease in the Eastern Mediterranean Region. *Turk Thorac J*. 2018; 19: 56–60.
 166. Forum of International Respiratory Societies. The global impact of respiratory disease – second edition. Sheffield: European Respiratory Society, 2017 https://www.who.int/gard/publications/The_Global_Impact_of_Respiratory_Disease.pdf, consulté le 19 novembre 2019.

5.5 Santé mentale et troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives

167. GBD 2015 Eastern Mediterranean Region Mental Health Collaborators. The burden of mental disorders in the Eastern Mediterranean Region, 1990–2015: findings from the global burden of disease 2015 study. *Int. J. Public Health*. 2018;63 (Suppl. 1):S25–7.
168. Mental health atlas 2017: resources for mental health in the Eastern Mediterranean Region. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/327491>, consulté le 26 août 2020).

169. Mental health atlas 2017. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 https://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/, consulté le 17 avril 2020.
170. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1, consulté le 17 avril 2020).
171. Regional framework to scale up action on mental health in the Eastern Mediterranean Region. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2016 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2016_EN_18700.pdf, consulté le 2 avril 2020).
172. Guide d'intervention mhGAP pour la prise en charge des troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives dans les structures de soins non spécialisées – version 2.0. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274363/9789242549799_fre.pdf?ua=1, consulté le 2 avril 2020).
173. Saraceno B, Gater R, Rahman A, Saeed K, Eaton J, Ivbijaro G, et al. Reorganization of mental health services: from institutional to community-based models of care. *East Mediterranean Health J.* 2015;21(7):477–85.
174. Barry MM, Clarke AM, Petersen I. Promotion of mental health and prevention of mental disorders: priorities for implementation. *East Mediterranean Health J.* 2015;21(7):503–11.
175. Rahman A, Hamoda HM, Rahimi-Movaghar A, Khan M, Saeed K. Mental health services for youth in the Eastern Mediterranean Region: challenges and opportunities. *East Mediterranean Health J.* 2019;25(2):80–1.
176. Global health estimates (GHE) [Site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé (http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/, consulté le 26 août 2020).
177. World drug report 2019. Vienne : Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime ; 2019 <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>, consulté le 2 avril 2020.
178. Atlas: substance use in the Eastern Mediterranean. EMRO technical publication series, 45. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (https://applications.emro.who.int/dsaf/emropub_2017_19560.pdf, consulté le 2 avril 2020).
179. Cadre d'action régional pour le renforcement de la réponse de santé publique face à l'utilisation de substances psychoactives Soixantième-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC66/8). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_8_fr.pdf?ua=1, consulté le 2 avril 2020).

5.6 Double fardeau de la malnutrition

180. Stratégie régionale sur la nutrition 2010–2019 et plan d'action Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2011 (<http://www.emro.who.int/fr/nutrition/strategy/>, consulté le 17 avril 2020).

181. Strategy on nutrition for the Eastern Mediterranean Region, 2020–2030. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 <http://applications.emro.who.int/docs/9789290222996-eng.pdf>, consulté le 17 avril 2020.

5.7 Élimination et éradication des maladies transmissibles à fort impact

182. Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins et du plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020. Soixante-sixième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC66/INF.DOC.4). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2019_Inf_Doc_4_fr.pdf?ua=1, consulté le 17 avril 2020).
183. Van den Ent MMVX, Mallya A, Sandhu H, Anya BP, Yusuf N, Ntakibirora M, et al. Experiences and lessons from polio eradication applied to immunization in 10 focus countries of the Polio Endgame Strategic Plan. *J. Infect Dis.* 2017;216(Suppl.1):S250–9.
184. The RED strategy [Site Web]. Genève : Organisation mondiale de la Santé https://www.who.int/immunization/programmes_systems/service_delivery/red/en/, consulté le 17 avril 2020.
185. Planification et mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires de haute qualité avec des vaccins injectables Exemple des vaccins contre la rougeole et la rubéole Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330569/9789242511253-fre.pdf?ua=1>, consulté le 17 avril 2020).
186. Eastern Mediterranean vaccine action plan 2016–2020: a framework for implementation of the global vaccine action plan. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (http://applications.emro.who.int/docs/EMROPUB_2019_EN_22331.pdf, consulté le 17 avril 2020).
187. Maher C. The push to eradicate poliomyelitis in the Eastern Mediterranean Region (Editorial). *East Mediterranean Health J.* 2017;23(9):587–8.
188. Rapport de situation sur l'éradication de la poliomyélite Soixante-cinquième session du Comité régional de la Méditerranée orientale. EM/RC65/INF.DOC.1. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_Inf_Doc_1_20511_FR.pdf?ua=1, consulté le 17 avril 2020).

5.8 Maladies transmissibles prioritaires

189. Atta H., Barwa C, Zamani G, Snow RW. Malaria and complex emergencies in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J.* 2016;22(4):235–6.
190. World Malaria Report 2018. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2018 <https://www.who.int/malaria/publications/world-malaria-report-2018/report/en/>, consulté le 17 avril 2020.

191. Bin Ghouth AS. Dengue in the WHO Eastern Mediterranean Region: challenges to understand its epidemiology. *Health and Primary Care*. 2018;2(2):1–2.
192. Données de l'Observatoire mondial de la santé. Neglected tropical diseases [Site Web]. Genève: Organisation mondiale de la Santé (https://www.who.int/gho/neglected_diseases/en/, consulté le 12 janvier 2020).
193. Actualisation à l'échelle mondiale des informations relatives à la chimioprévention des maladies tropicales négligées en 2018 Relevé épidémiologique hebdomadaire 2019;94(38) : 425-440 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327677/WER9438-425-438-en-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 12 janvier 2020).
194. Alliance OMS pour l'élimination mondiale du trachome d'ici 2020: Rapport de situation sur l'élimination du trachome, 2018 Relevé épidémiologique hebdomadaire, 2019;94(29):317–28 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327677/WER9438-425-438-en-fr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 12 janvier 2020).
195. Schistosomiase et géohelminthiases: nombre de personnes traitées en 2018 Relevé épidémiologique hebdomadaire. 2019;94(50):601–2 (<https://extranet.who.int/iris/restricted/bitstream/handle/10665/330108/WER9450-eng-fre.pdf?ua=1>, consulté le 12 janvier 2020).
196. Global tuberculosis report 2019. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2019 (https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/, consulté le 12 janvier 2020).
197. Tuberculosis country profiles [Site Web]. Genève: Organisation mondiale de la Santé (<https://www.who.int/tb/country/data/profiles/en/>, consulté le 12 janvier 2020).
198. Multisectoral accountability framework to accelerate progress to end tuberculosis by 2030. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2019 <https://www.who.int/tb/publications/MultisectoralAccountability/en/>.
199. Aziz MA, Baghdadi S, Hajjeh R. What would it take to eliminate tuberculosis in the Eastern Mediterranean Region? *East Mediterranean Health J*. 2017;23(6):394–4 (http://applications.emro.who.int/emhj/v23/06/EMHJ_2017_23_06_393_394.pdf, consulté le 19 novembre 2019).
200. Hermez J, Khattabi H, Sabry A, Riedner G, Hajjeh R. Achieving the Sustainable Development Goal 3: challenges in HIV testing in the Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J*. 2017;23(10):647–8.
201. UNAIDS data 2019. Genève: Programme des Nations Unies sur le VIH/sida ; 2019 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf, consulté le 17 avril 2020).
202. Global hepatitis report 2017. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255016/9789241565455-eng.pdf?sequence=1>, consulté le 17 avril 2020).
203. WHO HBsAg country estimates (https://www.who.int/immunization/monitoring_surveillance/routine/coverage/WUENIC_notes.pdf, consulté le 17 avril 2020).

204. WHO-UNICEF estimates of HepB3 coverage. Update July 2019 [database]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 (https://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoveragehepb3.html, consulté le 17 avril 2020).
205. Rapport de situation sur le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles, 2019 : responsabilisation pour les stratégies du secteur mondial de la santé, 2016-2021 Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329875/WHO-CDS-HIV-19.7-fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y>, consulté le 17 avril 2020).

5.9 Résistance aux antimicrobiens

206. Antimicrobial resistance: tackling a crisis for the health and wealth of nations. The review on antimicrobial resistance, chaired by Jim O'Neill, December 2014. Londres : Review on Antimicrobial Resistance; 2014 (https://amr-review.org/sites/default/files/AMR%20Review%20Paper%20-%20Tackling%20a%20crisis%20for%20the%20health%20and%20wealth%20of%20nations_1.pdf, consulté le 17 avril 2020).
207. So AD, Ramachandran R, Love DC, Korinek A, Fry JP, Heaney CD. A framework for costing the lowering of antimicrobial use in food animal production. John Hopkins Center for a Livable Future ; 2016 (https://amr-review.org/sites/default/files/ReAct_CLF_Hopkins_UKAMRReview_CommissionedPaper.pdf, consulté le 17 avril 2020).
208. La résistance aux antimicrobiens dans la Région de la Méditerranée orientale. Soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC64/R.5) Le Caire: Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (https://applications.emro.who.int/docs/RC64_Resolutions_2017_R5_20137_FR.pdf?ua=1&ua=1&ua=1, consulté le 17 avril 2020).
209. Global Antimicrobial Resistance System (GLASS) [database]. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 2019 (<https://www.who.int/glass/en/>, consulté le 17 avril 2020).

5.10 Environnement, changement climatique et santé

210. Landrigan JP, Fuller R, Acosta NRJ, Adeyi O, Basu NN, Balde AB, et al. The Lancet Commission on pollution and health. *Lancet*. 2018;391:462–512.
211. Al-Yousfi AB, Bakir H, Malkawi M. The environmental health nexuses within the strategic roadmap: regional work priorities for the WHO Eastern Mediterranean Region. *East Mediterranean Health J*. 2018;24(2):117–8.
212. WHO global strategy on health, environment and climate change: the transformation needed to transform lives and well-being sustainably through healthy environments. Genève: Organisation mondiale de la Santé ; 2020 https://www.who.int/phe/publications/WHO-STRATEGY-LAY5_fn_red.pdf, consulté le 17 avril 2020.
213. Thiebault S, Moatti J, editors. The Mediterranean region under climate change. Marseilles : Alliance nationale de recherche sur l'environnement (Allenvi) ; 2016 (<https://books.openedition.org/irdeditions/24549?lang=en>, consulté le 26 novembre 2019).

214. Changement climatique et santé : cadre d'action 2017-2021 Soixante-quatrième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC64/4). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2017 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259150/RC_technical_papers_2017_4_20041_fr.pdf?sequence=3&isAllowed=y, consulté le 17 avril 2020).

6. Autres domaines d'action prioritaires dans la Région

215. Health of refugees and migrants: situation analysis and practices in addressing the health needs of refugees and migrants: examples of public health interventions and practices. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (<https://www.who.int/migrants/publications/EMRO-report.pdf?ua=1>, consulté le 19 novembre 2019).
216. Élaboration d'un projet de plan d'action mondial pour la santé des réfugiés et des migrants Soixante-cinquième session du Comité régional de la Méditerranée orientale (EM/RC65/12). Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2018 (https://applications.emro.who.int/docs/RC_Technical_Papers_2018_12_20559_FR.pdf?ua=1, consulté le 26 août 2020).
217. International Health Regulations (IHR): consultation discusses regional strategy and plan of action on health of migrants and refugees [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2019 (<http://www.emro.who.int/international-health-regulations/ihr-news/promoting-health-of-migrants-and-displaced-populations-in-the-eastern-mediterranean-region.html>, consulté le 26 novembre 2019).
218. de Leeuw E, Simos J, editors. Healthy cities, the theory, policy and practice of value-based urban planning. New York : Springer; 2017.
219. Regional healthy city network [Site Web]. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale (<http://applications.emro.who.int/hcn/>, consulté le 19 novembre 2019).
220. de Leeuw E. A brief overview of healthy cities evidence [Site Web]. Global Health Consultants ; 2015 (<https://glocalhealthconsultants.com/a-brief-overview-of-healthy-cities-evidence/>, consulté le 26 novembre 2019).
221. Community health workers: a strategy to ensure access to primary health care services. Le Caire : Bureau régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale ; 2014 (http://applications.emro.who.int/dsaf/EMROPUB_2014_EN_1760.pdf, consulté le 26 août 2020).
222. The global gender gap report 2017. Cologny/Genève : Le forum économique mondial ; 2017 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2017.pdf, consulté le 17 avril 2020).

Le présent profil de Santé et de Bien-être pour la Région de la Méditerranée orientale présente une évaluation complète de la situation sanitaire aux niveaux régional et national, en utilisant les données disponibles jusqu'en octobre 2019. Il s'articule autour des objectifs et des priorités stratégiques du *treizième programme général de travail de l'OMS* (treizième PGT), à savoir l'instauration de la couverture sanitaire universelle, l'intervention dans les situations d'urgence sanitaire et la promotion de la santé des populations tout au long de la vie.



BUREAU RÉGIONAL DE LA

**Organisation
mondiale de la Santé**
Méditerranée orientale

