

{loadposition annualreport2014} Aperçu

On a assisté en 2014 à une recrudescence des situations d'urgence et à une augmentation des besoins sanitaires, qui y sont associés, pour les populations affectées dans de nombreux pays de la Région. Au total, 58 millions de personnes sont touchées par des situations d'urgence dans la Région, dont 16 millions de réfugiés ou de personnes déplacées dans leur propre pays. Plus de la moitié des réfugiés du monde entier sont originaires de trois pays de la Région de la Méditerranée orientale (Afghanistan, République arabe syrienne et Somalie) et trouvent un accueil dans quatre pays seulement (République islamique d'Iran, Jordanie, Liban et Pakistan). Du fait de la crise syrienne, la population de réfugiés syriens en 2014 a été multipliée par deux en Jordanie et a triplé au Liban. À l'heure actuelle, près de 25 % de la population totale du Liban est constituée de réfugiés. La Région accueille par ailleurs le plus grand nombre de personnes déplacées du fait d'un conflit, l'Iraq, la République arabe syrienne et le Soudan comptant parmi les cinq principaux pays au niveau mondial à héberger des personnes déplacées.

En Iraq, près de 5,2 millions de personnes dans l'ensemble du pays avaient besoin d'aide humanitaire à la date de mai 2015, dont 2,1 millions sont des personnes déplacées. Il s'agit d'une des plus importantes populations de personnes déplacées dans le monde. Dans les zones touchées par l'insécurité, on estime que 80 % des établissements de santé étaient partiellement opérationnels et 4 % n'étaient pas opérationnels en décembre 2014. Le départ de près de la moitié de l'ensemble des professionnels de santé a créé un vide dans la prestation de soins de santé primaires, de chirurgie traumatologique et de soins obstétricaux dans les zones où la violence prévalait. La fourniture de médicaments et de matériel était irrégulière en raison de l'inaccessibilité des routes et des pénuries d'électricité et d'essence. Dans les trois gouvernorats formant la région du Kurdistan, l'afflux rapide et massif de personnes déplacées a submergé le système de santé, provoquant des pénuries de médicaments critiques et surchargeant les établissements de santé. En raison de l'ampleur, du degré d'urgence et de la complexité sans précédent du conflit, en août 2014, le Comité permanent interorganisations a déclaré que la crise en Iraq constituait un niveau 3 d'urgence, soit le plus haut niveau d'urgence, et le second dans la Région après la classification de la crise en République arabe syrienne au niveau 3 en 2012.

En République arabe syrienne, en décembre 2014, près de 12,2 millions de personnes ont été touchées à l'intérieur du pays, y compris 7,6 millions de personnes déplacées et 4,8 millions de personnes vivant dans des zones difficiles d'accès ou assiégées. Quatre millions de personnes supplémentaires sont des réfugiés trouvant un abri en Égypte, en Iraq, en Jordanie, au Liban et en Turquie. Selon les informations fournies, sur les 113 hôpitaux publics évalués dans le pays fin mars 2015, 44 % étaient pleinement opérationnels, 36 % partiellement opérationnels et 20 % pas opérationnels. Les populations avaient un accès de plus en plus limité aux services de base, notamment aux soins de santé d'importance vitale, et les établissements de santé en

fonctionnement se trouvaient dans l'impossibilité de faire face aux besoins croissants des populations touchées dans les zones de conflit. En raison des conditions de vie dans des lieux surpeuplés ainsi que de la baisse significative de la couverture vaccinale globale, les populations étaient de plus en plus vulnérables aux maladies transmissibles telles que la rougeole, la typhoïde et la coqueluche.

En mars 2015, le conflit au Yémen s'est intensifié, la violence concernant 19 des 22 gouvernorats du pays. En juin, plus de 20 millions de personnes étaient touchées, près de 15 millions de personnes nécessitant des services de soins de santé. Le nombre des personnes déplacées avait presque doublé en mai, atteignant plus d'un million de personnes au total. Des pénuries graves de médicaments et de fournitures médicales, et le manque de carburant pour faire fonctionner les générateurs des hôpitaux et garantir la chaîne du froid pour les vaccins, ont entraîné l'effondrement progressif du système de santé. Les pénuries de carburant ont également eu pour conséquence que 9,4 millions de personnes, selon les estimations, ont un accès limité – ou pas d'accès du tout – à l'eau potable. Des augmentations soudaines de cas suspects de paludisme et de dengue ont été signalées, avec 3000 cas suspects et un certain nombre de décès. Le manque d'accès a empêché l'OMS et les partenaires d'évaluer la situation et de fournir des mesures de lutte antivectorielle. Une incidence non négligeable des maladies diarrhéiques et de la pneumonie a aussi continué d'être notifiée. Les retards et des annulations de campagnes de vaccination ont accru le risque de flambées de rougeole et fait augmenter le risque de réintroduction de la poliomyélite dans le pays, bien que, à la date de juin, aucun cas de poliomyélite n'ait été notifié. Une pause humanitaire de cinq jours en mai a permis à l'OMS et aux partenaires d'intensifier la riposte dans l'ensemble du pays. Toutefois, les appels lancés en faveur de l'organisation d'une seconde pause durant le mois de Ramadan ont échoué.

Au Pakistan, les opérations militaires dans l'agence du Nord-Waziristan ont entraîné le déplacement de 500 000 personnes en juin 2014, portant à un million le nombre total de personnes déplacées, dont 74 % sont des femmes et des enfants. Les mauvaises conditions météorologiques, la promiscuité dans les communautés d'accueil ainsi que la mauvaise nutrition ont augmenté le risque de maladies à transmission hydrique telles que le choléra et les maladies diarrhéiques ainsi que les maladies transmises par l'air comme la pneumonie et la rougeole.

En Libye, en juin 2014, des conflits entre forces rivales ont éclaté dans les villes de Tripoli et Benghazi. En décembre 2014, plus de 2,5 millions de personnes avaient besoin d'aide humanitaire, dont 400 000 personnes déplacées. Les pénuries de médicaments et de fournitures médicales ainsi que l'évacuation de nombreux personnels de santé internationaux œuvrant dans le pays ont affaibli le système de santé et les établissements de santé toujours opérationnels ont été débordés.

En Palestine, 51 jours de combats à Gaza en juillet et août 2014 ont fait 2333 morts et 15 788 blessés parmi la population palestinienne. Un demi-million de personnes ont été déplacées et jusqu'à 22 000 maisons ont été détruites ou rendues inhabitables ; et 100 000 personnes étaient toujours sans domicile à la fin de 2014. Le conflit a provoqué une détérioration étendue des infrastructures, dont les hôpitaux, les dispensaires et les ambulances, ainsi que des installations d'approvisionnement en eau et d'assainissement, ce qui s'est traduit par une limitation de l'accès aux services de base.

En Afghanistan, alors que le conflit armé gagnait en intensité et s'étendait géographiquement, le nombre de personnes nécessitant un accès aux services de santé a connu une augmentation, passant de 3,3 millions en 2013 à 5,4 millions en 2014. Le conflit continue de perturber lourdement la prestation de services de santé. Plus de 30 % de la population afghane n'a toujours pas accès, ou alors difficilement, aux soins de santé essentiels.

En Somalie, les Nations Unies ont tiré la sonnette d'alarme au mois de juin 2014 sur la « crise humanitaire imminente ». Près de la moitié de la population du pays n'a pas accès aux services de base et environ 3,2 millions d'hommes et de femmes ont besoin de services de santé d'urgence. Le système de soins de santé demeure faible et il existe un manque important d'agents de santé qualifiés. L'impact de cette insuffisance de services de base est ressenti le plus fortement par les personnes déplacées qui continuent d'être touchées par des flambées épidémiques dues aux mauvaises conditions d'hygiène et aux services de santé limités.

Les catastrophes naturelles ont également fait des victimes supplémentaires. En septembre 2014, les inondations au Soudan ont entraîné le déplacement de plus de 320 000 hommes, femmes et enfants, et les pluies de la mousson ainsi que les crues éclaircies au Pakistan ont touché près de 1,8 million de personnes et causé 282 décès et 489 blessés. On estime que plus de 42 000 maisons ont été endommagées ou détruites, tandis qu'environ 976,5 millions d'hectares de terres agricoles ont été inondés, au moment même où les récoltes étaient sur le point de commencer. Certaines zones touchées avaient déjà subi des inondations en 2013.

L'OMS s'est pleinement mobilisée pour fournir une réponse face aux situations d'urgence susmentionnées en prenant la tête du groupe de responsabilité sectorielle Santé des Nations Unies et en mettant en œuvre ses fonctions en matière de renforcement de la surveillance des maladies et des systèmes d'alerte précoce, de renforcement des autres fonctions de santé publique, y compris la lutte contre les flambées de maladie et la vaccination et en aidant à maintenir les soins de santé de base et les services sauveteurs de vies humaines.

Enjeux et riposte de l'OMS aux situations d'urgence

L'accès limité du fait de l'insécurité représente l'un des défis les plus importants qui entravent la capacité de l'OMS à organiser une riposte. En République arabe syrienne, l'accès limité a requis des moyens plus novateurs pour atteindre les populations nécessiteuses. Au Yémen, l'accès restreint au pays par tous les ports a retardé la livraison des fournitures sanitaires nécessaires en urgence. À l'intérieur du pays, la violence et l'insécurité ont rendu certaines zones inaccessibles, et ont augmenté le risque de maladies telles que le paludisme et la dengue du fait du manque d'accès des patients aux soins de santé et donc au diagnostic et au traitement en temps voulu. Parmi les défis supplémentaires, on peut citer les attaques ciblées et répétées contre des agents de soins de santé, des établissements sanitaires et des infrastructures de santé. En 2014, le Bureau régional de l'OMS a officiellement condamné ces attaques en Afghanistan, en Iraq, en Palestine, au Soudan, en République arabe syrienne et au Yémen. Le manque de financement durable pour la santé dans les ripostes aux situations d'urgence a aussi représenté un important défi, entravant la capacité de l'OMS et des partenaires en santé à riposter, et faisant courir le risque de la fermeture des services de santé et des programmes de santé existants. En 2014, la santé était financée à 45,6 % dans la Région tandis que la coordination était financée à 84,8 % et l'alimentation à 61,8 %. Malgré l'augmentation des besoins, la santé n'était financée qu'à 12,5 % pour 2015, à la date de mai. Les pays en crise continuent d'être fortement dépendants de l'aide humanitaire et de l'aide financière extérieure, qui peuvent ne pas toujours arriver au moment où les besoins sont les plus urgents.

Alors que les besoins en soins post-traumatiques ont augmenté, la capacité de riposte des partenaires a diminué du fait de l'insécurité. En République arabe syrienne, où un million de personnes ont été victimes de traumatismes durant le premier trimestre de 2015, les partenaires en santé ont été contraints à se retirer complètement des « points chauds », laissant un vide critique dans la prestation des soins post-traumatiques. Les mouvements de population de masse, associés aux faibles taux de vaccination et aux pénuries de vaccins, ont fait courir le risque de flambées épidémiques de maladies à la région dans son ensemble. Les flambées de poliomyélite et de rougeole en République arabe syrienne du fait de la crise ont entraîné la réintroduction de la poliomyélite en Iraq en 2014 après que le pays fût exempt de cette maladie pendant 14 ans.

Parmi les problèmes opérationnels rencontrés par l'OMS et les partenaires en santé, l'on peut citer la désorganisation des systèmes de santé ; l'augmentation du nombre de patients nécessitant des soins traumatiques (en particulier dans les zones difficiles d'accès) ; l'augmentation du nombre de personnes déplacées à l'intérieur de leur propre pays ; la grave pénurie de personnels de santé car ceux-ci ont pris la fuite avec leur famille ; l'interruption des systèmes d'orientation-recours en raison de l'insécurité et du blocage des routes ; et le manque important de médicaments essentiels et de vaccins. Les déplacements en masse de population

ont augmenté le risque de maladies transmissibles car les personnes déplacées à l'intérieur du territoire ont cherché refuge dans les camps surpeuplés et les espaces publics. De plus, les infrastructures pour l'eau et l'hygiène endommagées ont augmenté le risque de maladies à transmission hydrique. Les systèmes de surveillance des maladies ont été perturbés en raison des données et des informations limitées. Les patients souffrant de maladies non transmissibles chroniques ont été forcés de trouver d'autres lieux de traitement car les établissements de santé ont dû cesser leurs activités ou ont signalé des pénuries de médicaments essentiels. Les besoins en matière de santé mentale ont également augmenté du fait de la violence.

Suite à la classification au niveau 3 de la crise en Iraq, qui a impliqué une riposte organisationnelle mondiale, le bureau de pays de l'OMS a été renforcé par l'affectation de plus de 21 membres du personnel international dans tous les domaines d'expertise à compter de mai 2015. De plus, l'OMS a établi des centres d'activités et/ou points focaux dans l'ensemble des 19 provinces. Grâce au financement de l'Arabie saoudite, l'OMS a mis en service 10 unités sanitaires mobiles dans le nord de l'Iraq, couvrant 300 000 personnes déplacées et leurs communautés d'accueil. Ce projet s'inscrit dans le cadre de l'action plus large consistant à fournir rapidement un panier essentiel de services de soins de santé primaires et secondaires. En mai 2015, un accès direct aux médicaments et au matériel médical essentiels achetés et livrés par l'OMS a pu être garanti à 3,5 millions de personnes en Iraq.

Deux cas de poliomyélite ont été confirmés en Iraq début 2014. L'OMS, en collaboration avec des partenaires de santé nationaux et du système des Nations Unies, a pu vacciner plus de 5 millions d'enfants contre la poliomyélite durant les trois campagnes de vaccination nationales, à la date de mai 2015.

En République arabe syrienne en 2014, l'OMS a distribué plus de 13,8 millions de traitements médicaux aux personnes qui en avaient besoin dans l'ensemble du pays, dont plus de 32 % sont allés aux zones difficiles d'accès et aux zones sous contrôle de l'opposition. L'OMS a également mobilisé plus de 17 000 agents de santé pour vacciner environ 2,9 millions d'enfants contre la poliomyélite à travers 10 campagnes de vaccination et 1,1 million d'enfants ont été vaccinés contre la rougeole.

Au Yémen, de mars à juin 2015, l'OMS a distribué près de 130 tonnes de médicaments et de fournitures médicales et plus de 500 000 litres de carburant pour maintenir la fonctionnalité des principaux hôpitaux, entrepôts de vaccins, ambulances, laboratoires nationaux, centres de néphrologie et d'oncologie, et centres de santé dans 13 gouvernorats, atteignant un total de plus de 4,7 millions de bénéficiaires, dont 700 000 personnes déplacées et 140 000 enfants de moins de cinq ans. L'OMS a aussi livré de l'eau potable et des kits d'assainissement et des

fournitures aux établissements de santé et aux personnes déplacées accueillis dans les communautés touchées, et a fourni des services d'approvisionnement en eau saine par camions aux établissements de santé et aux communautés comptant de grands nombres de personnes déplacées. L'OMS a aussi livré des antituberculeux et des antipaludiques et a apporté un appui à la lutte et la riposte contre les flambées de maladies.

Pendant et après le conflit à Gaza, l'OMS a facilité la livraison de médicaments et de fournitures médicales à des hôpitaux et établissements de santé pour pouvoir traiter des centaines de milliers de patients. Le système de groupe de responsabilité sectorielle Santé des Nations Unies a été réactivé avec l'OMS en tant que chef de file, et avec le ministère de la Santé. L'OMS a pris la tête des activités de la composante santé de l'évaluation multisectorielle, et a dirigé le groupe santé dans le cadre de l'évaluation conjointe du secteur de la santé. Malgré le conflit, l'OMS a veillé à la poursuite des activités de plaidoyer en faveur de l'accès des patients aux systèmes d'orientation-recours à l'étranger, œuvrant au niveau politique pour faciliter l'accès des patients à ces services.

Gestion des risques sanitaires

Le Comité régional a approuvé la nécessité de renforcer l'état de préparation aux situations d'urgence ainsi que l'action d'urgence par le biais d'une approche prenant en compte tous les risques (EM/RC61/R.1). Le Comité régional a demandé un soutien technique renforcé de l'OMS afin de développer les capacités nationales de gestion des risques liés aux situations d'urgence. Fin 2014, 19 pays avaient bénéficié d'un soutien pour réviser leurs plans nationaux existants de préparation et de riposte aux situations d'urgence, en vue d'adopter l'approche complète. Jusqu'à présent, deux pays ont finalisé un plan national de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire englobant l'ensemble des risques. En appui au processus de planification, le protocole complet d'évaluation des risques multiples a été testé en République islamique d'Iran ainsi qu'une analyse complète de la vulnérabilité. En Afghanistan, on a renforcé les capacités de prise en charge de grands nombres de victimes, en collaboration avec les partenaires.

En 2014, l'action de l'OMS dans les situations d'urgence dans la Région a été possible grâce à l'appui de plusieurs donateurs, notamment l'Arabie saoudite, l'Australie, le Canada, la Chine, la Commission européenne, la Corée, les Émirats arabes unis, les États-Unis d'Amérique, la Finlande, l'Italie, le Japon, le Koweït, la Norvège, la Fédération de Russie, la Suisse, la Turquie, et le Royaume Uni.

Mise en œuvre des stratégies adoptées par le Comité régional

Des progrès ont été accomplis en ce qui concerne la mise en œuvre des résolutions approuvées par le Comité régional. Le processus consistant à mettre en place un fonds de solidarité régional pour les situations d'urgence a été lancé afin qu'il soit possible de financer une riposte renforcée/rapide pour répondre aux catastrophes naturelles et causées par l'homme dans la Région. Le Comité régional a renforcé cette idée, en exhortant les États Membres à contribuer au Fonds en y consacrant au minimum 1 % du budget qui leur est alloué par l'OMS, en plus des autres contributions volontaires, chaque fois que cela est possible.

Dans le but de créer un fichier régional d'experts formés capables de répondre rapidement et efficacement à toute situation d'urgence, y compris les flambées épidémiques, le Bureau régional a fourni un soutien au renforcement des capacités des points focaux pour l'action d'urgence pour la formation à la mobilisation rapide de personnels en cas de situation d'urgence, et cet appui se poursuivra chaque année. Afin de garantir l'approvisionnement et la mise à disposition de fournitures médicales et de matériels aux pays confrontés à des situations d'urgence dans la Région et au-delà, l'OMS est sur le point de finaliser un accord avec le gouvernement des Émirats arabes unis pour établir un centre spécialisé pour la logistique/les opérations humanitaires de l'OMS.

L'OMS continuera de coopérer avec les États Membres en vue de renforcer la capacité des systèmes de santé à prévenir les situations d'urgence et les crises, en atténuer les effets, s'y préparer et organiser l'action d'urgence et le relèvement en suivant une approche en faveur de la santé globale et multisectorielle, et en mettant particulièrement l'accent sur le renforcement des capacités techniques en matière de préparation.

Friday 26th of April 2024 04:29:05 PM