Organisation mondiale de la Santé

CONSEIL EXÉCUTIF
Cent trente-huitième session
Point 8.4 de l'ordre du jour provisoire

EB138/23
22 janvier 2016

L'action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur

Rapport du Directeur général

1. Pour faire suite à la demande formulée par le Conseil exécutif dans la résolution EBSS3.R1 (2015), adoptée à la session extraordinaire sur l'épidémie d'Ebola, le Directeur général soumet le présent rapport sur toutes les situations d'urgence classées de niveau 3 par l'OMS et les situations d'urgence déclarées de niveau 3 par le Comité permanent interorganisations des Nations Unies, pour lesquelles l'OMS a pris des mesures entre le 1er janvier et le 17 octobre 2015. Le présent document a pour but de compléter les informations fournies dans le document A68/23.

2. Pendant la période considérée, l'OMS est intervenue dans des situations d'urgence majeures dans 42 pays, avec 27 situations d'urgence aiguës et 19 situations d'urgence prolongées (à la fois aiguës et prolongées pour quatre pays ; voir l'annexe). Les situations d'urgence aiguës ont toutes été classées de niveau 1, 2 ou 3 selon le Cadre d'action d'urgence de l'OMS, y compris sept situations d'urgence simultanées évaluées comme de niveau 3, le plus grave.[1] L'OMS a déclaré deux nouvelles situations d'urgence de niveau 3 entre janvier et octobre 2015 : le tremblement de terre au Népal (classée en avril) et la crise humanitaire qui s'aggrave au Yémen (classée en juillet). Elles s'ajoutent aux cinq autres situations d'urgence de niveau 3 en cours : la crise humanitaire complexe en Iraq (classée en août 2014), l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (classée en juillet 2014) et les conflits en République centrafricaine (classée en décembre 2013), au Soudan du Sud (classée en février 2014) et en République arabe syrienne (classée en janvier 2013). Ces sept situations d'urgence de niveau 3 impliquent directement 11 pays (l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest concerne la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone ; la crise en République arabe syrienne touche la Jordanie, le Liban et la Turquie). Depuis le rapport présenté à la Soixante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, une situation d'urgence de niveau 3, le conflit/les troubles civils en République centrafricaine, a été classée à un niveau inférieur.

3. En 2015, à l'exception de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest et du tremblement de terre au Népal, le classement de l'OMS correspondait à celui du Comité permanent interinstitutions. La situation d'urgence de niveau 3 selon le Comité permanent en République

[1] Le Cadre d'action d'urgence distingue trois niveaux d'urgence qui déterminent l'étendue de l'appui organisationnel requis pour faire face à la situation d'urgence : 1, 2 et 3. Une urgence de niveau 1 n'appelle de la part de l'OMS qu'une action minime ; le niveau 2 appelle une action modérée de l'OMS ; et le niveau 3 appelle une action de grande envergure. Les membres compétents de l'équipe mondiale de gestion des situations d'urgence de l'Organisation déterminent le niveau d'urgence après avoir examiné l'étendue, l'urgence, la complexité et le contexte de la situation. Une fois l'urgence évaluée, l'action de l'OMS est suivie en fonction des normes bien définies d'efficacité limitées dans le temps.

centrafricaine a été désactivée le 13 mai 2015. L'OMS l'a ensuite ramenée à une situation d'urgence de niveau 2. Un résumé de l'activation par l'OMS des urgences de niveau 3 correspondant à la période considérée figure dans le tableau ci-après (par ordre alphabétique) :

Tableau. Résumé de l'activation par l'OMS des situations d'urgence de niveau 3

Pays	Date d'activation du niveau 3	Date de désactivation du niveau 3
Épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest	26 juillet 2014	En cours
Iraq	12 août 2014	En cours
Népal	27 avril 2015	23 juin 2015 (passé au niveau 1)
République arabe syrienne	3 janvier 2013	En cours
République centrafricaine	13 décembre 2013	3 juin 2015 (passé au niveau 2)
Soudan du Sud	12 février 2014	En cours
Yémen	1er juillet 2015	En cours

4. En dehors des situations d'urgence de niveau 3 à forte visibilité, l'OMS est également intervenue pour répondre aux besoins de santé des populations touchées dans 16 autres situations d'urgence considérées comme aiguës, à savoir neuf situations de niveau 2 et sept situations de niveau 1 : inondations au Malawi, au Mozambique, à Madagascar et au Myanmar, cyclone Pam au Vanuatu et à Tuvalu et cyclone Maysak dans des États fédérés de Micronésie, conflits et/ou déplacements connexes de population au Burundi, au Cameroun, en Libye, au Niger, au Nigéria, aux Philippines, en République-Unie de Tanzanie, en Ukraine et au Yémen. Certains pays ont connu plusieurs situations d'urgence au cours de la période considérée, liées ou non à l'événement qui avait conduit à la déclaration initiale d'une urgence par l'OMS ; ce fut le cas des flambées de choléra qui ont compliqué les conflits de niveau 3 en Iraq et au Soudan du Sud, des inondations qui ont compliqué la crise prolongée au Myanmar et de la riposte à l'épidémie d'Ebola en Sierra Leone ; ainsi que du deuxième tremblement de terre qui a compliqué les efforts de relèvement suite au précédent séisme de niveau 3 au Népal.

5. L'OMS fait également face à des crises prolongées dans 19 pays, zones et territoires : Afghanistan, Cisjordanie et Bande de Gaza, pays de la Corne de l'Afrique (Djibouti, Érythrée et Éthiopie), Myanmar, Pakistan, République démocratique du Congo, Sahel (Burkina Faso, Cameroun, Gambie, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal et Tchad), Somalie et Soudan.

6. Dans tous les cas, l'action d'urgence de l'OMS était fondée sur le Cadre d'action d'urgence de l'OMS, qui définit des normes d'efficacité s'articulant autour des quatre fonctions essentielles de l'Organisation, à savoir la direction/coordination, la gestion de l'information, l'expertise technique et les services de base (logistique, achats, ressources humaines et gestion financière). Dans les urgences de niveau 3, l'OMS a appliqué trois principes essentiels : le principe de montée en puissance, en vertu duquel des personnels des bureaux de l'OMS dans les pays ont été réaffectés et des professionnels de l'urgence expérimentés ont été déployés ; le principe de désignation d'un responsable de l'action d'urgence, en vertu duquel des fonctionnaires chevronnés ont été chargés d'épauler le chef du bureau de l'OMS dans le pays dans son rôle de direction et de coordination ; le principe des mesures « sans regrets », en vertu duquel des ressources humaines et financières d'un niveau correspondant aux attentes sont mises à disposition dès le début de toute situation d'urgence, y compris l'accès au compte de réserve pour les interventions d'urgence du Siège de l'OMS et aux fonds d'urgence régionaux gérés

par les bureaux régionaux de l'Afrique, des Amériques et de la Méditerranée orientale. L'OMS a utilisé ses fonds d'urgence en plusieurs occasions en 2015 pour démarrer des opérations, mais aussi pour des prêts-relais pour assurer la continuité des opérations au Mozambique, au Nigéria, au Soudan et au Vanuatu.

7. L'OMS a soutenu les gouvernements et dirigé, codirigé ou appuyé la coordination du groupe de responsabilité sectorielle Santé dans 24 pays pour garantir une couverture adéquate et la qualité des services de santé d'urgence là où l'accès est possible. L'OMS a soutenu les soins de santé primaires et les soins hospitaliers en mettant en place des équipes mobiles et des dispensaires, en achetant des médicaments et des fournitures, en formant des agents de santé et en aidant les partenaires à gérer des dispensaires mobiles. En outre, la surveillance des flambées, la préparation et la riposte ont été renforcées.

8. Selon le Bureau de la coordination des affaires humanitaires de l'ONU, les besoins humanitaires mondiaux n'ont jamais été aussi importants. En octobre 2015, US $19,5 milliards étaient nécessaires pour répondre aux besoins de plus de 82,5 millions de personnes vulnérables dans 37 pays. À la fin du premier semestre 2015, les appels humanitaires n'étaient financés qu'à hauteur de 26 %, soit le pourcentage le plus bas des 10 dernières années. Sur l'ensemble des besoins en matière de santé, 47 % seulement sont financés. Même si plusieurs donateurs ont accru leur aide humanitaire, l'écart entre les besoins et le financement ne cesse de s'élargir, gênant le déroulement des opérations. Par exemple, l'Iraq est la première situation d'urgence de niveau 3 dans laquelle les déficits de financement ont contraint l'OMS et ses partenaires à fermer des services de santé, au détriment de près de 3 millions de personnes.

ACTION DE L'OMS DANS LES SITUATIONS D'URGENCE DE NIVEAU 3

République centrafricaine

9. La crise en République centrafricaine a déplacé plus d'un million de personnes depuis décembre 2013. Au 4 décembre 2015, 2,3 millions de personnes avaient besoin d'une aide humanitaire, la plupart d'un accès aux soins de santé. Près des deux tiers des services de santé étaient tributaires d'une aide extérieure pour pouvoir continuer à fonctionner.

10. L'OMS a accru sa présence dans les pays en déployant par phases 55 membres du personnel et en réaffectant 31 membres du personnel des bureaux de pays pour faire face à la crise. On compte actuellement 69 membres du personnel à Bangui et dans trois bureaux sous-nationaux (Bambari, Bandoro et Bouar). L'OMS prévoit de créer deux bureaux de terrain supplémentaires dès que les conditions de sécurité le permettront.

11. L'OMS dirige le groupe de responsabilité sectorielle Santé dans le pays (composé de 64 partenaires), qui œuvre à dispenser des services de santé d'urgence aux personnes qui en ont le plus besoin. Des soins de santé gratuits sont ainsi dispensés à près de 1,2 million de personnes parmi les plus vulnérables. Un système d'alerte précoce et d'intervention a été mis en place sur les principaux sites qui accueillent des personnes déplacées à l'intérieur du pays, à Bangui, Bimbo, Begoua, Kaga Bandoro, Bambari et Ngakobo, afin de renforcer le système national de surveillance. Le système d'alerte précoce et d'intervention couvre actuellement près de 60 % des sites accueillant des personnes déplacées. En 2015, au moins 53 585 enfants âgés de 6 mois à 15 ans ont été vaccinés contre la rougeole au cours de campagnes de vaccination de masse à Batangafo, Bria, Bakouma et Birao. Malgré ces efforts, la couverture vaccinale systématique reste faible. À l'heure actuelle, seulement

environ 43 % des nourrissons âgés de 0 à 11 mois ont été vaccinés au moyen du vaccin pentavalent. Dans les quatre districts sanitaires,[1] moins de 15 % des nourrissons ont été vaccinés. Les principales difficultés que pose la fourniture de services de santé de base ou d'urgence restent le manque d'accès en raison de l'insécurité, les coûts opérationnels élevés, le manque de fonds et de ressources humaines, le nombre limité de partenaires de l'action sanitaire et l'effondrement du système national d'approvisionnement en médicaments essentiels.

12. Tandis que la situation sécuritaire reste instable dans plusieurs régions, certaines personnes déplacées commencent à rentrer chez elles. Le Secrétariat a récemment apporté son soutien au Ministère de la santé pour l'élaboration d'un plan de transition du secteur de la santé pour 2015-2016.

13. Le groupe de responsabilité sectorielle Santé en République centrafricaine avait besoin de US $63 millions en 2015. Au 1er octobre 2015, le déficit de financement était de 63 %. L'OMS a reçu moins de 13 % des fonds nécessaires.

Épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest

14. Après un pic de plus de 950 cas confirmés par semaine au plus fort de l'épidémie d'Ebola, le nombre de cas comptabilisés actuellement en Afrique de l'Ouest est le plus bas des 12 derniers mois. L'étendue géographique de l'épidémie a été considérablement réduite et la grande majorité des cas survenus en Guinée, en Sierra Leone et au Libéria depuis juillet 2015 peuvent être rattachés du point de vue épidémiologique à des chaînes de transmission connues. Il n'y a pas eu plus de cinq cas par semaine sur cette période. Des éléments solides attestent que les stratégies et tactiques utilisées à ce jour fonctionnent. Au 4 décembre 2015, la Sierra Leone avait déclaré la fin de la transmission de la maladie et était au 27e jour de la période de 90 jours de surveillance accrue ; En Guinée, 18 jours s'étaient écoulés depuis que le dernier cas s'était révélé négatif deux fois ; et le Libéria, qui avait précédemment déclaré la fin de la transmission le 3 septembre, avait documenté trois nouveaux cas les 19 et 20 novembre, probablement dus à la réintroduction du virus par l'intermédiaire d'un survivant. La riposte devrait éliminer d'ici fin 2016 toutes les chaînes de transmission consécutives à la flambée initiale.

15. Bien que l'incidence d'Ebola ait largement diminué, le risque de réintroduction dû à la persistance du virus est apparu comme la menace de fond pour l'élimination d'Ebola dans un avenir proche et le maintien d'une incidence zéro dans la région. La flambée de juillet 2015 au Libéria, qui était probablement le résultat de la persistance de virus chez un homme survivant qui s'était rétabli quelques mois plus tôt, a confirmé la possibilité d'une reprise de la transmission. Si le risque de réintroduction dû à la persistance du virus chez certains survivants diminue avec le temps, il est important en raison du nombre élevé de personnes touchées par l'épidémie.

16. Suite au démantèlement de la Mission des Nations Unies pour l'action d'urgence contre l'Ebola (fin juillet 2015), les partenaires de la riposte ont établi une entité qui lui succède, le Dispositif de collaboration interinstitutions sur Ebola, dont l'OMS assure la direction technique et la coordination. À la lumière des changements intervenus dans l'épidémiologie dans la région, le Dispositif de collaboration interinstitutions sur Ebola a élaboré et met actuellement en œuvre un plan pour la phase 3 de la riposte.

[1] Vakaga, dans la région 5 et Haut Mbomou, Kembe et Mobaye, dans la région 6.

17. La phase 3 s'appuie sur l'augmentation rapide du nombre de lits de traitement, les équipes chargées des inhumations en toute sécurité et dans la dignité, et les moyens de changement des comportements mis en place lors de la phase 1 (août à décembre 2014) et sur l'amélioration des capacités de dépistage des cas, recherche des contacts et participation de la communauté lors de la phase 2 (janvier à juillet 2015).[1] Pour parvenir à une situation « d'incidence zéro » et la maintenir, la phase 3 prend en compte dans les activités de relèvement et de riposte en cours de nouvelles connaissances et de nouveaux outils, allant des vaccins, outils diagnostiques et interventions aux conseils et aux soins dispensés aux survivants. Beaucoup de progrès opérationnels ont été pris en compte dans les dernières initiatives nationales en la matière, par exemple l'opération Northern Push en Sierra Leone ou la stratégie du « cerclage » en Guinée et l'opération de réaction rapide au Libéria. La phase 3 reconnaît également la nécessité d'établir des liens solides entre riposte, relèvement précoce et renforcement à plus long terme du système de santé, comme indiqué dans les plans nationaux de relèvement du système de santé. Comme dans les phases précédentes de la riposte, tous les partenaires ont souligné l'impérieuse nécessité pour les communautés, les ménages et les personnes touchées, de participer pleinement à la mise en œuvre et leurs préoccupations ont été comprises.

18. Tout au long de l'épidémie, l'OMS a collaboré étroitement avec un large éventail de partenaires gouvernementaux, locaux et internationaux. Parmi les principaux partenaires opérationnels figurent les institutions spécialisées, les fonds et programmes du système des Nations Unies (PAM, UNFPA, UNICEF et PNUD, par exemple), des organisations non gouvernementales (telles que le Comité international de secours, l'International Medical Corps, Médecins sans frontières et Save the Children), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, le Gouvernement cubain et ses équipes médicales, l'Organisation internationale pour les migrations, l'Organisation ouest-africaine de la santé et l'Union africaine.

19. L'opération d'urgence mise en place par l'OMS en riposte à l'épidémie d'Ebola en Afrique de l'Ouest est la plus importante de l'histoire de l'Organisation. Au 1er octobre 2015, plus de 1013 membres du personnel avaient été déployés dans plus de 60 sites sur le terrain dans les trois principaux pays touchés : la Guinée, le Libéria et la Sierra Leone. Au total, dans l'ensemble des pays d'Afrique de l'Ouest qui ont connu une transmission active du virus Ebola, plus de 2200 experts techniques ont été déployés par l'OMS, dont 962 dépêchés par les partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. En outre, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique ont directement envoyé des experts de la surveillance, de la recherche des contacts, de la gestion des données, des analyses de laboratoire et de l'éducation sanitaire, et ont soutenu les évaluations de la préparation dans les pays voisins non touchés par la maladie à virus Ebola.

20. Tirant parti de ses propres compétences mais aussi des liens solides qu'elle entretient avec les gouvernements, le Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie, le Réseau de laboratoires des agents pathogènes émergents et dangereux, le Réseau mondial de lutte contre les infections, les équipes médicales étrangères et les partenaires en réserve, l'OMS a joué un rôle majeur en développant les capacités essentielles des services cliniques, de santé publique, de lutte contre l'infection et de laboratoire dans les trois principaux pays touchés. En application de son rôle normatif, l'OMS a fourni ou produit plus de 50 documents d'orientation technique portant sur un large éventail

[1] On trouvera une description complète des activités et des capacités des phases 1 et 2 dans la *Feuille de route pour la riposte de l'OMS au virus Ebola* (à l'adresse http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/response-roadmap/en/, consulté le 3 décembre 2015), *Ebola Outbreak Overview of Needs and Requirements* (à l'adresse https://ebolaresponse.un.org/sites/default/files/onr2015.pdf, consulté le 3 décembre 2015) et *Flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest : plan de riposte stratégique de l'OMS 2015,* à l'adresse http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/ebola-strategic-plan/en/ (consulté le 3 décembre 2015).

de questions cliniques et de santé publique. Au total, plus de 8600 personnes ont reçu une formation dans le cadre de programmes de l'OMS et de programmes de ses partenaires utilisant des matériels mis au point par l'OMS, formations dispensées en présentiel ou en ligne.

21. L'OMS a également facilité l'étude et l'examen de nombreux vaccins, médicaments, thérapies et outils diagnostiques pour le dépistage et le traitement de la maladie à virus Ebola. Des procédures d'examen accélérées ont permis de rendre rapidement disponibles plusieurs de ces produits diagnostiques et vaccins, ce qui a favorisé la réussite des essais de vaccins et de produits diagnostiques en Guinée et en Sierra Leone. Au 17 octobre, c'est surtout un essai parrainé par l'OMS utilisant le vaccin rVSV-ZEBOV qui avait fait le plus de progrès. L'essai repose sur la stratégie de vaccination « en anneau » utilisée pour l'éradication de la variole. Il a deux objectifs principaux : évaluer la protection que confère le vaccin aux individus et évaluer si la vaccination a un effet sur la transmission globale de la maladie à virus Ebola dans l'anneau. Des résultats intermédiaires ont été publiés dans *The Lancet* fin juillet.[1] Les résultats laissent supposer que l'efficacité du vaccin rVSV pourrait aller jusqu'à 100 %. Les résultats définitifs concernant l'efficacité et les données concernant la transmission sont attendus au dernier trimestre de 2015. L'OMS a également soutenu la mise au point d'un test de diagnostic par amplification génique (PCR) automatisé et évalue plusieurs tests de diagnostic rapide.

22. L'OMS a entrepris un travail de fond dans toutes les Régions pour aider les États Membres à se préparer à d'éventuels cas de maladie à virus Ebola, y compris moyennant des missions de soutien technique dans 15 pays prioritaires de la Région africaine, une aide à l'élaboration de plans d'intervention pour ces pays, un suivi des capacités de préparation et la diffusion d'orientations techniques.

23. L'OMS a apporté un soutien à chacun des trois pays touchés pour l'élaboration de plans nationaux de relèvement et de résilience définissant des stratégies pour la réactivation des services de santé essentiels et des fonctions du système de santé à plus long terme. Chacun des trois plans nationaux a désigné la lutte contre l'infection comme un domaine hautement prioritaire pour un relèvement précoce. Ces plans ont fait partie des documents de base de la Conférence internationale du Secrétaire général sur le relèvement après l'Ebola, tenue à New York les 9 et 10 juillet 2015. L'OMS et la communauté internationale continuent d'appuyer des autorités nationales dans la mise en œuvre de ces plans de relèvement.

24. Bien que des progrès importants aient été accomplis au cours des derniers mois, la flambée a révélé qu'à de nombreux égards, les structures, systèmes et capacités de l'OMS et la culture de l'Organisation demandent à être réformés et mieux adaptés. À cet égard, et suite à la résolution EBSS3.R1, adoptée par le Conseil exécutif à sa session extraordinaire sur l'épidémie d'Ebola, et à la décision WHA68(10) (2015), l'OMS procède à un examen et à une réforme réfléchis et approfondis de ses capacités de gestion des risques et de riposte aux situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires. Cette réforme est placée sous l'égide du Groupe consultatif du Directeur général sur la réforme de l'action de l'OMS en cas de flambées et de situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires et humanitaires, créé le 9 juillet 2015 et présidé par le Dr David Nabarro, Envoyé spécial du Secrétaire général pour Ebola, et s'inspire du rapport du groupe d'experts chargé de l'évaluation intérimaire de la riposte à Ebola, demandé dans la résolution EBSS3.R1 et publié le 7 juillet 2015.

[1] http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(15)61117-5/abstract (consulté le 23 décembre 2015).

Iraq

25. Au cours des 18 mois écoulés, la crise humanitaire en Iraq a entraîné quatre vagues massives successives de déplacement de population, touchant plus de 8,6 millions de personnes, dont 3 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays et ayant besoin d'une aide humanitaire. Près de 7,8 millions de personnes ont besoin d'une assistance sanitaire. Les services de santé sont surchargés et les médicaments et fournitures font défaut. Dans quatre des zones les plus touchées du pays, 14 hôpitaux et plus de 170 centres de santé ont été endommagés ou détruits. La santé, la protection, l'alimentation, l'eau et l'assainissement sont des besoins prioritaires alors que la violence et les déplacements continuent d'exacerber une situation humanitaire très difficile dans tout le pays.

26. L'OMS et ses partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé ont soutenu le Ministère iraquien de la santé dans son action contre une épidémie de choléra touchant l'ensemble du pays. L'OMS a fait venir des experts du choléra, des épidémiologistes et des spécialistes de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène, de la prise en charge des cas et des services de laboratoire, du Siège, des bureaux régionaux et d'organisations partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique et Centre international de recherche sur les maladies diarrhéiques du Bangladesh) pour apporter un soutien au Ministère de la santé. Un groupe spécial opérationnel pour le choléra a été chargé de coordonner les activités. L'OMS a fourni 15 kits interinstitutions de lutte contre les maladies diarrhéiques et 600 000 comprimés de chlore, et soutenu la surveillance et l'alerte précoce et la prise en charge des cas dans les centres de santé des gouvernorats et districts touchés. Des messages de prévention du choléra ont été largement diffusés. Afin de prévenir la poursuite de la propagation du choléra dans la région, le Secrétariat de l'OMS et ses partenaires ont aidé le Ministère de la santé à organiser une campagne massive de vaccination anticholérique orale. Plus de 500 000 doses de vaccin ont été fournies, de quoi protéger 255 000 personnes à haut risque (personnes déplacées à l'intérieur du pays et réfugiés) dans tout le pays. Fin octobre, l'épidémie avait commencé à régresser.

27. L'OMS a intensifié sa présence sur le terrain, créant des centres à Bagdad, Erbil et Basrah, et des sous-centres à Dahuk et Sulaymaniyah, et déployant 81 membres du personnel en renfort. Un réseau de points focaux nationaux dessert 15 gouvernorats. L'OMS dirige et coordonne le groupe de responsabilité sectorielle Santé qui rassemble 48 partenaires.

28. L'OMS et ses partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé, travaillant avec le Ministère iraquien de la santé, ont aidé à dispenser des services de santé salvateurs à 3,2 millions de personnes en déployant 27 dispensaires mobiles et 30 ambulances, en formant 1250 agents de santé locaux à différents aspects de la prise en charge des urgences de santé publique, en achetant et en distribuant pour plus de US $17,5 millions de médicaments, de vaccins et de fournitures pour réapprovisionner les stocks d'urgence dans quelque 1400 centres de santé dans tout le pays, et en surveillant la qualité de l'eau dans les camps de personnes déplacées et autres lieux. Entre janvier et juin 2015, jusqu'à 3,4 millions de personnes ont reçu des soins de santé, notamment dans les gouvernorats du nord et du centre, qui hébergent de grands nombres de personnes déplacées, ainsi que dans le gouvernorat d'Anbar touché par le conflit. Plus de 300 000 patients ont été orientés sur des soins de niveaux secondaire et tertiaire. En outre, 3,4 millions d'enfants âgés de 9 à 59 mois ont été vaccinés contre la rougeole et 5,3 millions d'enfants ont été vaccinés contre la poliomyélite. La surveillance des flambées de maladie a été considérablement renforcée : le nombre de sites de notification a triplé, passant de 18 en mai 2014 à 54 en août 2015.

29. Les principaux problèmes restent le déficit de financement et l'accès. La livraison de fournitures médicales essentielles reste difficile dans une grande partie de l'Iraq car la situation est extrêmement instable. Un grave déficit de financement en août 2015 a entraîné la clôture de 84 % des programmes

de santé financés par les partenaires humanitaires, en grande partie dans les gouvernorats du nord, privant ainsi 3 millions de personnes d'accès à des services de santé dont elles avaient besoin d'urgence. Des efforts accélérés de sensibilisation et de mobilisation des ressources ont débouché sur l'engagement des donateurs et permis de sauver une centaine de projets sanitaires. Toutefois, le déficit financier reste important. La mise en œuvre du plan d'action humanitaire 2015 en Iraq nécessite US $60,9 millions pour le groupe de responsabilité sectorielle Santé, dont US $16,6 millions seulement (27 %) avaient été reçus au 1er octobre 2015. L'OMS a lancé un appel d'un montant de US $22,5 millions, mais n'avait reçu que US $14 millions (62 %) en octobre 2015.

Népal

30. Le 25 avril 2015, un tremblement de terre de magnitude 7,8 a frappé le Népal, son épicentre étant situé dans le district de Gorkha, à environ 140 kilomètres au nord-ouest de Katmandou. Il a été suivi de douzaines de fortes répliques, y compris un séisme d'une magnitude de 7,3 le 12 mai 2015, dont l'épicentre se situait dans le district de Sindhupalchowk, à quelque 72 kilomètres au nord-est de Katmandou, qui a entraîné des blessés et dommages supplémentaires. Selon le Gouvernement népalais, 8960 personnes ont été tuées, 22 322 personnes ont été blessées[1] et plus de 5,6 millions de personnes ont été touchées. Un peu plus de la moitié des 75 districts du pays ont été touchés, dont 14 avaient besoin d'une assistance prioritaire. Vingt-six hôpitaux et 1100 centres de santé ont été endommagés et 90 % des centres de santé situés à l'extérieur des grandes villes ont été rendus inutilisables. À Katmandou, les cinq hôpitaux principaux sont restés en activité bien qu'ayant subi des dégâts, en partie grâce aux efforts de réhabilitation entrepris dans le cadre d'un plan de préparation aux situations d'urgence et du programme pour la sécurité des hôpitaux soutenu par l'OMS. Les priorités immédiates étaient la prise en charge des blessés, la fourniture de soins médicaux, obstétricaux et chirurgicaux d'urgence pour les autres problèmes de santé prioritaires et un soutien à la réadaptation des personnes sorties de l'hôpital, ainsi qu'un soutien psychosocial aux habitants touchés.

31. Le secteur de la santé a pu se mobiliser rapidement, en grande partie grâce au vaste travail de préparation effectué depuis 10 ans par le Gouvernement népalais avec l'aide de l'OMS. La stratégie du Gouvernement pour la prise en charge des risques de catastrophe, y compris les composantes santé et la planification, a été élaborée par le Ministère de la santé et de la population avec l'appui de l'OMS.

32. Le Gouvernement népalais a fait appel à l'aide médicale internationale d'urgence et a activé son centre d'opérations pour les situations d'urgence sanitaire. Des membres du personnel de l'OMS ont été déployés pour aider le Ministère de la santé et de la population à procéder à des évaluations rapides. L'OMS a coordonné l'accueil international puis le déploiement de plus de 150 équipes médicales étrangères (principalement des entités publiques fournissant une aide médicale et chirurgicale d'urgence) pour répondre aux besoins sur différents lieux. Elle a coprésidé le groupe de responsabilité sectorielle Santé, regroupant 148 partenaires, qui ont fourni des soins de santé primaires et autres interventions prioritaires de santé publique. L'OMS a dégagé US $675 000 sur des fonds internes pour intensifier les opérations et a immédiatement mobilisé les médicaments essentiels et les fournitures requis pour répondre aux besoins de 100 000 personnes pendant trois mois, ainsi que 539 tentes, des fournitures chirurgicales pour 1200 patients, des kits de traumatologie pour 500 patients, des kits interinstitutions du traitement des maladies diarrhéiques pour 2100 patients et 9 tentes médicales. En septembre 2015, l'OMS avait déployé au total 50 kits pour camps médicaux et 48 tonnes de fournitures et de médicaments pour traiter plus de 4 millions de personnes dans les 14 districts les plus touchés, où 85 % des centres de santé avaient été endommagés.

[1] Informations disponibles à l'adresse http://drrportal.gov.np/ (consulté le 3 décembre 2015).

33. L'OMS a organisé le redéploiement rapide de 34 membres du personnel des bureaux régionaux, de pays et du Siège pour soutenir cette action. Des membres du personnel de l'OMS étaient présents dans les 14 districts les plus touchés, où ils ont aidé des autorités sanitaires de district à coordonner l'aide des partenaires et ont fourni un soutien technique pour des questions de santé publique telles que la gestion d'un grand nombre de blessés, la santé mentale et les soins obstétricaux, et le renforcement de la surveillance des maladies.

34. Un appel interinstitutions a été lancé à la suite du séisme. En octobre 2015, le secteur de la santé avait reçu moins de la moitié (47 %) des US $41,8 millions requis. L'OMS a reçu un peu plus de la moitié du montant requis.

Soudan du Sud

35. Depuis l'escalade du conflit en décembre 2013, la situation humanitaire d'ensemble a continué à se détériorer. En décembre 2015, plus de 2,3 millions de personnes avaient été déplacées et 4,6 millions d'autres avaient besoin d'urgence d'une aide humanitaire. Les services de santé étaient gravement perturbés en raison des attaques subies par les installations, les agents de santé et les patients, auxquelles venaient s'ajouter les pénuries de médicaments et de personnels. Le risque de flambées de maladies transmissibles et d'aggravation rapide de la malnutrition restait élevé, en particulier dans des lieux comme les sites de protection des civils de Bentiu et Malakal, en raison de mauvaises conditions d'assainissement et d'hygiène. Le nombre estimatif de personnes confrontées à une insécurité alimentaire sévère avait presque doublé depuis le début de 2015, atteignant 4,6 millions, dont 250 000 enfants gravement malnutris – les chiffres les plus élevés depuis que la guerre a commencé.

36. L'OMS maintient sa présence à Bentiu (État d'Unity), Bor (État de Jonglei) et Mingkaman (État du Haut-Nil). Elle compte au total 121 membres du personnel au Soudan du Sud, avec des points focaux dans les 10 États. Si les roulements des renforts ont diminué au cours des neuf derniers mois, des roulements à court terme sont encore nécessaires. L'OMS dirige le groupe de responsabilité sectorielle Santé et assure la coordination des 60 partenaires du secteur de la santé.

37. Le Secrétariat aide le Ministère de la santé aux niveaux central et sous-national pour le renforcement des services de santé à fournir des interventions efficaces, sûres et de qualité aux personnes qui en ont besoin. Le Secrétariat et les partenaires sanitaires de l'OMS ont aidé le Ministère de la santé à actualiser les plans d'intervention en cas de grands nombres de victimes pour Bentiu, Malakal et Melut, ainsi qu'à former des équipes d'intervention rapide au niveau des États et des comtés, chargées d'enquêter en cas de flambées de maladies émergentes et d'y faire face. Le Soudan du Sud compte au total 47 équipes d'intervention rapide, qui totalisent 298 membres.

38. Bien que le groupe de responsabilité sectorielle Santé ait accru ses efforts pour faire face au paludisme, aux infections respiratoires aiguës et à la diarrhée aqueuse aiguë, il reste beaucoup à faire pour endiguer le nombre de cas et sauver la vie des personnes infectées. Entre janvier et août 2015, l'OMS et ses partenaires de l'action sanitaire ont livré des fournitures et des médicaments salvateurs pour plus de 950 000 personnes, livré d'autres fournitures pour soutenir les interventions d'urgence dans 11 centres, vacciné au moyen du vaccin antipoliomyélitique oral plus de 2,4 millions d'enfants de moins de cinq ans dans les sept États stables et vacciné plus de 37 000 personnes déplacées au moyen du vaccin anticholérique oral.

39. Près de US $93 millions étaient nécessaires aux opérations d'urgence du groupe de responsabilité sectorielle Santé en 2015, dont US $16,7 millions pour l'OMS. En octobre 2015, l'OMS n'avait reçu que 41 % des fonds demandés.

République arabe syrienne

40. Depuis le début du conflit en mars 2011, le nombre de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire est passé d'un million à 12,2 millions. Plus d'un million de personnes ont été blessées et près de 7,6 millions de personnes ont été déplacées. Cinq pays voisins (Égypte, Iraq, Jordanie, Liban et Turquie) ont absorbé de grands nombres de réfugiés, ce qui pèse lourdement sur leurs services sociaux et sur les communautés locales. Le nombre de réfugiés enregistrés a atteint 4 millions – soit le chiffre le plus élevé pour un seul conflit en plus d'un quart de siècle. Cela comprend 2,2 millions de Syriens enregistrés par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés en Égypte, en Iraq, en Jordanie et au Liban et 1,7 million de Syriens enregistrés par le Gouvernement turc. Plus d'un million de réfugiés syriens vivent au Liban, représentant 30 % de la population et la plus forte concentration de réfugiés au monde. Le nombre de personnes vivant dans des zones difficiles, voire impossibles d'accès pour les organismes d'aide a pratiquement doublé au cours des deux dernières années (passant de 2,5 millions en 2013 à 4,8 millions en 2015). À l'heure actuelle, les organismes des Nations Unies et leurs partenaires n'arrivent à joindre qu'un tiers des personnes qui en ont besoin dans des zones difficiles d'accès ou assiégées. La moitié de la population du pays est dépourvue d'accès régulier à l'eau potable.

41. En République arabe syrienne, le conflit a eu des répercussions majeures sur l'accès aux soins de santé, le système de santé syrien s'étant détérioré et le profil de santé publique du pays ayant été considérablement modifié (nombre accru de patients présentant des traumatismes, flambées de poliomyélite et de rougeole, problèmes de santé publique et complications dues aux maladies non transmissibles non traitées).

42. L'OMS a fait passer ses capacités opérationnelles en République arabe syrienne à plus de 80 membres du personnel, dont 90 % sont des ressortissants nationaux ; à cela s'ajoute un réseau décentralisé de 57 points focaux médicaux dans les 14 gouvernorats, y compris dans des zones isolées et contrôlées par l'opposition. L'OMS a des bureaux subsidiaires à Alep, Hassake et Homs et prévoit de s'installer à Lattakia. Elle travaille en partenariat actif avec plus de 60 organisations non gouvernementales pour améliorer l'accès et mettre en place des modalités durables pour la prestation de services de santé. En outre, les équipes des centres OMS de Gaziantep (Turquie) et d'Amman (Jordanie) soutiennent les opérations transfrontières dans le cadre d'une approche couvrant l'ensemble de la Syrie, afin d'élargir la prestation de services de santé dans les zones difficiles d'accès et assiégées.[1]

43. Entre janvier et août 2015, l'OMS a distribué 14,3 millions de traitements médicaux en République arabe syrienne, contre 13,8 millions entre janvier et décembre 2014. L'OMS a soutenu au total 13 tournées de campagnes nationales de vaccination antipoliomyélitique et deux campagnes locales depuis 2013. La première campagne nationale a permis de vacciner 2,9 millions d'enfants de moins de cinq ans, tandis que les deux autres n'ont atteint que 2,27 millions de ces enfants car deux gouvernorats n'étaient plus accessibles en raison d'une escalade de la violence. Au total, 1,6 million d'enfants ont également été vaccinés contre la rougeole en avril 2015. Le nombre de sites sentinelles qui rendent compte au système d'alerte précoce et d'intervention est passé de 104 en 2012 à 948 en 2015 ; 39 % de ceux-ci sont situés dans des zones difficiles d'accès. L'OMS a mis en place une planification d'urgence pour l'ensemble de la Syrie et prépositionné des moyens de lutte contre le choléra avec ses partenaires au vu de la flambée enregistrée en Iraq.

[1] Conformément aux résolutions 2139 (2014), 2165 (2014) et 2191 (2014) du Conseil de sécurité des Nations Unies.

44. La crise a lourdement surchargé les systèmes de santé des pays voisins qui accueillent des réfugiés. L'OMS s'emploie avec les gouvernements hôtes et ses partenaires du secteur de la santé à évaluer, suivre et gérer les principaux risques pour la santé publique et la charge pour le secteur de la santé liée à une augmentation importante des consultations ambulatoires et des hospitalisations et au besoin accru de médicaments, en particulier pour traiter les maladies non transmissibles. Parmi les autres difficultés rencontrées figurent la nécessité de former du personnel et de prendre en charge les problèmes de santé mentale, la tuberculose, la leishmaniose et d'autres problèmes de santé publique propres aux populations réfugiées. L'OMS dispose d'équipes dans tous les pays voisins ainsi que d'une équipe de coordination à Amman afin d'apporter son soutien à tous les pays touchés par la crise.

45. Si beaucoup a été accompli, les besoins humanitaires continuent d'augmenter. Des lacunes subsistent en raison de l'augmentation des besoins sanitaires, de la difficulté d'accès aux services, des capacités opérationnelles limitées des différents partenaires et du manque de fonds. En 2015, les secteurs de la santé de la République arabe syrienne et des pays voisins ont lancé des appels pour un montant total de US $687,2 millions, dont le bureau de l'OMS en République arabe syrienne qui a besoin de US $131,6 millions, pour continuer à fournir des médicaments, des fournitures médicales et du matériel à un nombre croissant de personnes de plus en plus vulnérables, à renforcer la prise en charge des traumatismes, à élargir la prestation des services de vaccination, à fournir des services de santé mentale et de réadaptation physique, à renforcer l'appui général aux service de santé des pays voisins et à soutenir une approche régionale de la surveillance des maladies transmissibles et de la riposte. En octobre 2015, le bureau de l'OMS en République arabe syrienne n'avait reçu que 39 % des fonds demandés.

Yémen

46. Depuis le soulèvement de mars 2015, la violence au Yémen n'a fait qu'augmenter, entraînant une augmentation spectaculaire des besoins humanitaires. Les infrastructures civiles ont été pour la plupart endommagées ou détruites. Les restrictions qui touchent les importations commerciales ont entraîné de graves pénuries et de fortes augmentations des prix pour les produits de base comme le carburant, les aliments et les médicaments. La plupart des établissements de santé situés dans des gouvernorats où la sécurité n'est pas assurée soit ont cessé de fonctionner, soit ne fonctionnent qu'en partie. Au moins 160 établissements de santé du pays ont fermé leurs portes en raison du manque de médicaments, de fournitures, de matériel et de carburant pour faire fonctionner les générateurs, l'approvisionnement en électricité étant de plus en plus aléatoire. Le départ des professionnels de la santé qui fuient la violence a entraîné des pénuries d'agents de santé qualifiés, créant des lacunes dans la prestation de soins de santé primaires et de soins traumatologiques, chirurgicaux et obstétricaux dans des zones où la violence est en augmentation. Au total 2,6 millions d'enfants de moins de 15 ans sont exposés au risque de rougeole et 2,5 millions d'enfants de moins de cinq ans sont exposés au risque de maladies diarrhéiques, tandis que 1,3 million sont exposés au risque d'infections respiratoires aiguës.

47. Outre les 250 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays, plus de 1,4 million de personnes ont été contraintes de quitter leur maison. Ces chiffres ne font qu'augmenter avec la poursuite du conflit. Ainsi, 15,2 millions de personnes auraient besoin d'urgence d'une aide humanitaire, dont 10,3 millions devraient faire l'objet d'interventions sanitaires. Les combats qui se poursuivent rendent extrêmement difficile et risquée la fourniture d'une aide qui, pourtant, pourrait sauver des vies.

48. L'OMS a un bureau principal à Sanaa et deux bureaux subsidiaires à Aden et Hodeida, ainsi qu'un bureau de liaison à Amman (Jordanie) et une base logistique à Djibouti, où travaillent 75 membres du personnel recrutés au niveau national et 17 au niveau international (10 de ces derniers

au Yémen). L'ensemble des membres du personnel international des Nations Unies est basé à Sanaa, où il fournit un soutien à distance depuis des bases situées à Amman et Djibouti. En raison de l'intensité des combats, les Nations Unies ont dû remettre à plus tard leur projet de développer leur présence dans six centres d'aide humanitaire (Sanaa, Aden, Hodeida, Saada, Taïz et Hadramout).

49. L'OMS codirige le groupe de responsabilité sectorielle Santé qui comprend 20 partenaires avec le Ministère de la santé publique et de la population. Malgré la détérioration de la situation sécuritaire, les restrictions d'accès pour l'aide humanitaire et l'aide extérieure limitée, l'OMS et ses partenaires ont fait face aux besoins sanitaires accrus de la population en faisant en sorte que les principaux établissements de santé continuent de fonctionner, en réouvrant des établissements de santé fermés et en maintenant la chaîne d'approvisionnement en médicaments et la chaîne du froid pour les vaccins.

50. Depuis mars 2015, l'OMS a apporté son soutien au Ministère de la santé publique et de la population en achetant et en livrant plus de 181 tonnes de médicaments, de fournitures médicales et de vaccins, en formant et en déployant 50 équipes médicales mobiles et 20 équipes médicales fixes dans 11 gouvernorats, en affectant du personnel dans 18 hôpitaux dans 7 des gouvernorats les plus touchés, et en fournissant 780 190 litres de carburant pour maintenir en service les ambulances, les systèmes de chaîne du froid et les établissements de santé (dont 51 hôpitaux, 7 grands centres, 6 dépôts de vaccins et 8 centres de dialyse rénale). Avec ses partenaires de l'action sanitaire, l'OMS a financé, selon les estimations, le traitement de 1,2 million de patients outre les 24 641 patients ayant eu besoin de soins traumatologiques et chirurgicaux. L'OMS a fourni de l'eau potable, des fournitures d'hygiène et du matériel de nettoyage aux personnes déplacées dans tous les gouvernorats touchés. Au total, 5,4 millions des 5,7 millions d'enfants de moins de cinq ans visés ont été vaccinés contre la poliomyélite et plus de 1,5 million des 1,8 million d'enfants âgés de 6 mois à 15 ans visés ont été vaccinés contre la rougeole dans les zones à haut risque. Depuis le début 2015, 2082 alertes ont été lancées et ont fait l'objet d'enquêtes dans le cadre du système de surveillance des maladies et un appui a été fourni au Ministère de la santé publique et de la population pour élaborer et mettre en place des plans de lutte contre la dengue et le choléra.

51. Le manque de fonds et les difficultés d'accès entravent les efforts déployés pour combler des lacunes critiques dans la prestation de soins de santé pour la population touchée. En 2015, le groupe de responsabilité sectorielle Santé a demandé US $152 millions, dont US $70 millions pour l'OMS, pour répondre aux besoins de santé de 10,3 millions de bénéficiaires, dont 1,4 million de personnes déplacées dans le pays. Le déficit de financement de l'OMS au 1er octobre 2015 était de 56 %.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

52. Le Conseil exécutif est invité à prendre note du présent rapport.

ANNEXE

LISTE DES SITUATIONS D'URGENCE AIGUËS/CLASSÉES ET DES CRISES PROLONGÉES AU COURS DE LA PÉRIODE CONSIDÉRÉE

(1er JANVIER-1er OCTOBRE 2015)

Pays, territoire ou zone/urgence	Type de crise	Date du classement initial	Date de révision du classement	Niveau
Burundi	Conflit/troubles civils	18/05/2015		1
Cameroun	Conflit/troubles civils	01/04/2015		2
Guinée	Épidémie d'Ebola	26/07/2014		3
Iraq	Conflit/troubles civils	12/08/2014		3
Jordanie	Déplacement de réfugiés – conflit en République arabe syrienne	03/01/2013		3
Liban	Déplacement de réfugiés – conflit en République arabe syrienne	03/01/2013		3
Libéria	Épidémie d'Ebola	26/07/2014		3
Libye	Conflit/troubles civils	28/08/2014		1
Madagascar	Inondations	09/03/2015 (niveau 2)	19/03/2015	1
Malawi	Inondations	20/01/2015		2
Micronésie (États fédérés de)	Cyclone Maysak	02/04/2015		1
Mozambique	Inondations	28/01/2015		2
Myanmar	Inondations	10/08/2015		2
Népal	Tremblement de terre	27/04/2015 (niveau 3)	23/06/2015	1
Niger	Conflit/troubles civils	07/04/2015		2
Nigéria	Conflit/troubles civils	07/04/2015		2
Philippines	Conflit/troubles civils	10/03/2015		1
République arabe syrienne	Conflit/troubles civils	03/01/2013		3
République centrafricaine	Conflit/troubles civils	13/12/2013 (niveau 3)	25/05/2015	2
République-Unie de Tanzanie	Déplacement de réfugiés	18/05/2015		1
Sierra Leone	Épidémie d'Ebola	26/07/2014		3
Soudan du Sud	Conflit/troubles civils	12/02/2014		3

Pays, territoire ou zone/urgence	Type de crise	Date du classement initial	Date de révision du classement	Niveau
Turquie	Déplacement de réfugiés – conflit en République arabe syrienne	03/01/2013		3
Tuvalu	Cyclone Pam	16/03/2015		1
Ukraine	Conflit/troubles civils	20/02/2014		2
Vanuatu	Cyclone Pam	16/03/2015		2
Yémen	Conflit armé	04/04/2015 (niveau 2)	01/07/2015	3
Afghanistan	Crise prolongée	N/A		N/A
Burkina Faso	Crise prolongée	N/A		N/A
Cameroun	Crise prolongée	N/A		N/A
Cisjordanie et Bande de Gaza	Crise prolongée	N/A		N/A
Djibouti	Crise prolongée	N/A		N/A
Érythrée	Crise prolongée	N/A		N/A
Éthiopie	Crise prolongée	N/A		N/A
Gambie	Crise prolongée	N/A		N/A
Mali	Crise prolongée	N/A		N/A
Mauritanie	Crise prolongée	N/A		N/A
Myanmar	Crise prolongée	N/A		N/A
Niger	Crise prolongée	N/A		N/A
Nigéria	Crise prolongée	N/A		N/A
Pakistan	Crise prolongée	N/A		N/A
République démocratique du Congo	Crise prolongée	N/A		N/A
Sénégal	Crise prolongée	N/A		N/A
Somalie	Crise prolongée	N/A		N/A
Soudan	Crise prolongée	N/A		N/A
Tchad	Crise prolongée	N/A		N/A

= = =