



Urgences de santé publique : préparation et action

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

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport est soumis pour faire suite aux demandes formulées dans la résolution EBSS3.R1 (2015) et la décision WHA68(10) (2015). Il fournit des informations 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, ainsi que sur les urgences de santé publique de portée internationale ayant nécessité une intervention de l'OMS entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2021. Il fait également suite à la résolution WHA73.8 (2020) dans laquelle il était demandé de faire rapport sur la méthodologie, la mise en œuvre et les résultats du système de surveillance des attaques visant les services de santé dans les situations d'urgence humanitaire complexes. La suite donnée à la demande présentée dans la même résolution, par laquelle le Directeur général était prié de mener des consultations et de faire des propositions concernant les éventuels dispositifs complémentaires permettant au Directeur général d'avertir la communauté internationale de la gravité et/ou de l'ampleur d'une urgence de santé publique en vue de mobiliser l'aide indispensable et de faciliter la coopération internationale,¹ figure dans un rapport distinct.

SITUATIONS D'URGENCE DE NIVEAU 3 ACTIVES PENDANT LA PÉRIODE COMPRISE ENTRE LE 1^{ER} JANVIER ET LE 30 SEPTEMBRE 2021

2. Au cours de la période visée, l'OMS est intervenue dans le cadre de 76 situations d'urgence, parmi lesquelles figuraient 59 situations d'urgence aiguës classées et 17 situations d'urgence prolongées classées (voir l'annexe, Tableaux 1 et 2). Cinq urgences aiguës classées de niveau 3 étaient actives au cours de la période visée par le rapport (voir le Tableau ci-dessous), y compris trois urgences déclarées de niveau 3 par le Comité permanent interorganisations des Nations Unies : la pandémie de maladie à coronavirus (COVID-19), qui a été déclarée urgence de santé publique de portée internationale en 2020 ; la riposte humanitaire dans le nord du Tigré en Éthiopie ; et la situation d'urgence complexe en Afghanistan. En raison de leur ampleur, de leur complexité et des difficultés opérationnelles qui leur sont inhérentes, ces situations d'urgence de niveau 3 appelaient l'appui le plus large à l'échelle de l'Organisation entière.

¹ Document EB148/17.

Tableau. Situations d'urgence de niveau 3/situations d'urgence prolongées de niveau 3 actives entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2021 (dans l'ordre chronologique de la date du classement initial)

Pays	Région de l'OMS	Date du classement initial	Situation au 30 septembre 2021
Urgences aiguës			
Guinée : maladie à virus Ebola 2021	Afrique	18 février 2021	Urgence en cours de niveau 3
Riposte humanitaire dans le nord du Tigré ;	Afrique	18 novembre 2020	Urgence en cours de niveau 3
Monde entier : pandémie de COVID-19	Monde entier	14 janvier 2020	Urgence en cours de niveau 3 ; urgence de santé publique de portée internationale déclarée le 30 janvier 2020
Afghanistan : situation d'urgence complexe	Méditerranée orientale	28 octobre 2015	Urgence en cours de niveau 3
République arabe syrienne : situation d'urgence complexe	Méditerranée orientale	3 janvier 2013	Urgence en cours de niveau 3
Urgences prolongées			
République démocratique du Congo : situation d'urgence complexe 2017-2019	Afrique	29 août 2017	Urgence en cours (prolongée de niveau 3 depuis le 25 septembre 2020)
Somalie : situation d'urgence complexe	Méditerranée orientale	16 février 2017	Urgence en cours (prolongée de niveau 3 depuis le 8 août 2019)
Yémen : situation d'urgence complexe	Méditerranée orientale	2 avril 2015	Urgence en cours (prolongée de niveau 3 depuis le 6 mai 2020)
Nigeria : crise humanitaire 2016 (nord-est)	Afrique	1 ^{er} avril 2015	Urgence en cours (prolongée de niveau 3 depuis le 10 octobre 2018)
Soudan du Sud : crise humanitaire	Afrique	12 février 2014	Urgence en cours (prolongée de niveau 3 depuis le 1 ^{er} mai 2017)

3. Conformément au Cadre d'action d'urgence de l'OMS, toutes les situations d'urgence classées ont été gérées par le système de gestion des incidents de l'OMS. Le cas échéant, les premiers financements destinés à mettre en place des structures de gestion des incidents ont été mis à disposition par le Fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence, qui peut débloquer des fonds en 24 heures. Fin septembre 2021, 20,07 millions de dollars des États-Unis (USD) avaient été débloqués pour appuyer les opérations de riposte aux situations d'urgence de l'OMS.

4. L'OMS a élaboré des plans d'intervention stratégique et des opérations conjointes avec les autorités sanitaires nationales et ses partenaires pour toutes les situations d'urgence classées et prolongées. L'Organisation a appuyé les efforts déployés par les gouvernements nationaux pour améliorer la qualité et la couverture des services de santé ; renforcer les soins de santé primaires, les soins de santé secondaires et les soins hospitaliers en déployant des équipes mobiles et en renforçant les

établissements de santé ; améliorer les systèmes de surveillance et d'alerte rapide ; conduire les campagnes de vaccination ; distribuer des médicaments et des fournitures ; et former les personnels de santé. À la suite des révisions apportées au Plan de réponse humanitaire global COVID-19, le nombre de personnes ciblées par l'aide apportée dans le cadre du Groupe sectoriel pour la santé, en partenariat avec plus de 900 partenaires nationaux et internationaux, est passé à 160 millions dans 56 pays. Bien que l'augmentation soit principalement liée aux besoins dus à la pandémie de COVID-19, l'OMS renforce activement la coordination contextuelle et la collaboration multisectorielle afin d'obtenir de meilleurs résultats en matière de santé en collaboration avec les autorités nationales, le Comité permanent interorganisations des Nations Unies, le Bureau des Nations Unies pour la coordination des affaires humanitaires et d'autres réseaux mondiaux de partenaires.

5. Il a été particulièrement difficile de mettre en place des opérations de riposte aux situations d'urgence avec les partenaires du secteur de la santé à l'échelle nationale en raison de l'ampleur et de la nature inédites des perturbations causées par la pandémie de COVID-19, qui a exacerbé les obstacles à la mise en œuvre existants déjà auparavant, tels que les difficultés d'accès humanitaire ; les ressources financières insuffisantes pour assurer durablement et sans interruption des services de santé vitaux aux victimes des crises et aux populations vulnérables ; les attaques dirigées contre les agents de santé et les établissements de soins ; et l'escalade des coûts sur le terrain.

ACTIVITÉS DE PRÉPARATION, DE RIPOSTE ET DE COORDINATION AUX NIVEAUX MONDIAL, RÉGIONAL ET NATIONAL POUR LES SITUATIONS D'URGENCE DE NIVEAU 3 ACTIVES

Pandémie de COVID-19 : urgence de santé publique de portée internationale

6. La riposte de l'OMS à la pandémie de COVID-19 a été rapide, coordonnée et soutenue à une échelle sans précédent. L'OMS a déclenché son système d'appui à la gestion des incidents en vertu de son Cadre d'action d'urgence le 1^{er} janvier 2020 et a publié son premier plan stratégique mondial de préparation et de riposte le 4 février 2020. Dès lors, l'OMS a été au centre de la riposte mondiale à la pandémie de COVID-19, depuis la mobilisation de l'expertise mondiale jusqu'au travail sur le terrain avec les communautés dans certains des contextes les plus complexes au monde. Le Plan stratégique de préparation et de riposte décrivait les mesures essentielles nécessaires aux niveaux mondial, national et local pour stopper la transmission, réduire l'exposition, protéger les personnes vulnérables et sauver des vies. Cette stratégie fondamentale, qui a été actualisée en février 2021, a évolué avec l'amélioration de nos connaissances du virus et la mise au point d'outils efficaces permettant de mettre en œuvre des mesures de lutte contre la COVID-19. Notamment, la mise à jour la plus récente du Plan stratégique de préparation et de riposte a intégré la vaccination en tant que pilier supplémentaire de la riposte, alignant ainsi pleinement tous les piliers du plan sur ceux du Dispositif pour accélérer l'accès aux outils de lutte contre la COVID-19 (Accélérateur ACT). Un rapport intérimaire sur le soutien de l'OMS à la mise en œuvre du Plan stratégique de préparation et de riposte jusqu'en septembre 2021 a été publié.¹ Des informations spécifiques relatives à la riposte à la COVID-19 dans le contexte d'autres situations d'urgence classées de niveau 3 et dans le contexte des travaux de l'OMS dans le domaine des urgences sanitaires sont détaillées dans les sections correspondantes ci-dessous.

¹ 2021 Mid-Year Report: WHO Strategic Action Against COVID-19. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

République démocratique du Congo : une situation d'urgence prolongée complexe

7. L'OMS a continué d'intervenir dans les crises classées en République démocratique du Congo, dans des zones également touchées par des crises humanitaires consécutives principalement à des déplacements de populations, en assurant l'approvisionnement en médicaments et fournitures essentiels, ainsi qu'en mettant à disposition un ensemble de services de santé essentiels de base. L'appui technique et la coordination assurés par le Secrétariat se sont aussi poursuivis concernant la surveillance intégrée des maladies et la riposte, ainsi que la prévention des maladies transmissibles.

République démocratique du Congo : flambée de maladie à virus Ebola dans le Nord-Kivu, le Sud-Kivu et l'Ituri

8. Le 7 février 2021, une épidémie de maladie à virus Ebola a été déclarée dans la zone de santé de Biena, dans la province du Nord-Kivu, qui était liée à la flambée de 2019-2020 ; 12 cas confirmés et probables ont été signalés dans quatre zones de santé. Le 3 mai 2021, le Ministre de la santé de la République démocratique du Congo a déclaré la fin de la flambée de maladie à virus Ebola, conformément aux recommandations de l'OMS, 42 jours après que le dernier cas confirmé a été testé négatif pour la deuxième fois, le 21 mars 2021. En conséquence, cette flambée a été classée comme événement de niveau 2. Dès le début de l'épidémie, le Secrétariat a aidé le Ministère de la santé et les autorités sanitaires provinciales à intensifier et à renforcer les capacités de mobilisation communautaire, de surveillance, de tests en laboratoire, de vaccination, de lutte contre les infections dans les établissements de santé, de prise en charge des cas et de pratique des enterrements dignes et sécurisés.

9. Le Secrétariat poursuit son travail avec le Gouvernement et ses partenaires pour aider les personnes qui ont survécu à la maladie. Il soutient la continuité du programme de soins pour les survivants de la maladie à virus Ebola, en fournissant à chaque survivant des soins médicaux, biologiques et psychologiques et un suivi pendant une période de 18 mois. De septembre 2018 à ce jour, le Secrétariat a apporté son soutien à 1267 survivants de la maladie à virus Ebola dans les provinces de l'Équateur, de l'Ituri, du Nord-Kivu et du Sud-Kivu. Cette action permet de soigner les séquelles de la maladie à virus Ebola et contribue à réduire le risque lié à la persistance à long terme du virus Ebola dans les liquides corporels des survivants. C'est sur cette base que le Secrétariat, en collaboration avec le Gouvernement et ses partenaires, met à jour les connaissances et les orientations actuelles sur les soins aux survivants de la maladie à virus Ebola et propose une voie à suivre pour soigner et atténuer les impacts de la persistance à long terme du virus Ebola dans les liquides corporels ou des sites anatomiques immunoprivilégiés des survivants.

10. Le 28 septembre 2020, l'OMS a été informée de graves allégations d'exploitation et d'abus sexuels commis au cours de la riposte à la maladie à virus Ebola dans le pays, en dépit d'une politique de tolérance zéro à l'égard de tels comportements par des membres du personnel, des sous-traitants ou des partenaires de l'OMS, quels qu'ils soient. Le 15 octobre, le Directeur général a ouvert une enquête sur ces allégations et mis en place une Commission spéciale externe indépendante coprésidée par Aïchatou Mindaoudou, ancienne Ministre des affaires étrangères et du développement social du Niger, et Julienne Lusenge, militante congolaise pour les droits humains. Le Directeur général a chargé deux hauts fonctionnaires du Secrétariat de coordonner et de faciliter les travaux des coprésidentes de la Commission. Celle-ci était composée de cinq membres représentant un large éventail de disciplines et d'expériences. Les travaux de la Commission sont appuyés par un prestataire externe, choisi par la Commission au terme d'un appel d'offres, qui a été chargé d'établir les faits moyennant une approche axée sur les victimes/survivants. C'est la première fois dans l'histoire du système des Nations Unies que des allégations de faute grave visant son personnel font l'objet d'une enquête menée de cette manière. Informé des allégations, le Groupe de la politique mondiale relevant du Directeur général a pris des mesures immédiates à tous les niveaux de l'Organisation afin de renforcer les systèmes de prévention

de l'exploitation et des abus sexuels moyennant une politique de tolérance zéro s'appuyant sur la tenue d'une enquête rapide et efficace. Le rapport final et les conclusions de la Commission indépendante ont été communiqués dans un rapport et lors d'une conférence de presse le 28 septembre 2021.¹ Le rapport présentait, sur la base des conclusions, plusieurs recommandations, y compris une recommandation finale visant à établir, dans les deux mois suivant la publication du rapport, un mécanisme de suivi indépendant pour la mise en œuvre des recommandations de la Commission indépendante. Les mesures prises par le Secrétariat de l'OMS sont exposées dans la suite donnée par l'administration de l'OMS au rapport.² En parallèle, le 17 octobre, la mission du Comité permanent interorganisations dans le pays a débuté, avec des experts issus de différentes organisations du système des Nations Unies qui ont évalué la situation et les mesures prises dans la province du Nord-Kivu et planifié la mise en œuvre du plan de lutte de l'administration de l'OMS. Les résultats de la mission ont fait l'objet d'un rapport au cours de la séance d'information trimestrielle à l'intention des États Membres sur la prévention de l'exploitation, des abus et du harcèlement sexuels et les mesures destinées à y remédier, le 7 décembre 2021.

Flambées épidémiques de maladie à virus Ebola et de maladie à virus Marburg en Guinée et en Côte d'Ivoire

11. Le 14 février 2021, une flambée de maladie à virus Ebola a été signalée dans la sous-préfecture de Gouécké, dans la préfecture de N'Zérékoré. Entre le 14 février et le 19 juin 2021, un total de 23 cas (16 confirmés, 7 probables) ont été identifiés dans quatre sous-préfectures de la préfecture de N'Zérékoré. Parmi ces cas confirmés et probables, 11 ont survécu et 12 sont décédés. Les enquêtes sur la source de cette épidémie menées moyennant le séquençage génomique ont démontré que la lignée virale identifiée en 2021 était très étroitement liée à un virus circulant en Guinée en 2014. Le 19 juin 2021, le Ministère guinéen de la santé a déclaré la fin de l'épidémie de maladie à virus Ebola qui avait touché la préfecture de N'Zérékoré, région de N'Zérékoré, en Guinée. Cette flambée a été classée comme événement de niveau 3. Dès le début de l'épidémie, le Secrétariat a aidé le Ministère de la santé et les autorités sanitaires provinciales à intensifier et à renforcer les capacités de mobilisation communautaire, de surveillance, de tests en laboratoire, de vaccination, de lutte contre les infections dans les établissements de santé, de prise en charge des cas et de pratique des enterrements dignes et sécurisés. À l'instar de l'appui apporté aux survivants de la maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo, le Secrétariat a travaillé avec les autorités sanitaires nationales et les partenaires pour mettre en œuvre un programme spécifique de soins aux survivants. Dans le cadre de cet événement, le Secrétariat a renforcé les activités de préparation dans les pays voisins (Côte d'Ivoire, Libéria, Mali, Sénégal et Sierra Leone).

12. Le 6 août 2021, le Ministère guinéen de la santé a informé le Secrétariat d'un cas confirmé de maladie à virus Marburg dans la préfecture de Guéckédou, dans la région de N'Zérékoré, au sud-ouest de la Guinée. Du 3 août 2021 à la déclaration de la fin de l'épidémie, un seul cas confirmé a été signalé. Le patient est décédé le 2 août. Le 16 septembre 2021, le Ministère guinéen de la santé a déclaré la fin de l'épidémie de maladie à virus Marburg dans la préfecture de Guéckédou, région de N'Zérékoré. Conformément aux recommandations de l'OMS, la déclaration a été faite 42 jours après l'enterrement digne et sécurisé du seul patient confirmé signalé dans cette flambée. Il s'agissait du tout premier cas de

¹ Rapport final de la Commission indépendante d'examen des allégations d'exploitation et d'abus sexuels commis au cours de la riposte à la dixième flambée de maladie à virus Ebola au Nord-Kivu et en Ituri en République démocratique du Congo (RDC), 27 septembre 2021. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2021.

² Prévenir l'exploitation et les abus sexuels et y remédier : Suite donnée par l'administration de l'OMS au rapport de la Commission indépendante chargée d'enquêter sur les allégations d'abus et d'exploitation sexuels au cours de la riposte à la dixième flambée de la maladie à virus Ebola dans les provinces du Nord-Kivu et de l'Ituri, en République démocratique du Congo, du 28 septembre 2021 (disponible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/publications/m/item/who-management-response-plan>, consulté le 27 décembre 2021).

maladie à virus Marburg signalé en Guinée. Cette flambée a été classée comme événement de niveau 2. Le Secrétariat a aidé le Ministère de la santé et les autorités sanitaires provinciales à intensifier et à renforcer les capacités de mobilisation communautaire, de surveillance, de tests en laboratoire, de vaccination, de lutte contre les infections dans les établissements de santé, de prise en charge des cas et de pratique des enterrements dignes et sécurisés.

13. Le 14 août, le Ministère de la santé de Côte d'Ivoire a informé le Secrétariat d'un cas suspect de maladie à virus Ebola à Abidjan. Le cas aurait été confirmé par l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire. Conformément aux recommandations de l'OMS, le Secrétariat a demandé que l'échantillon soit envoyé à un centre collaborateur de l'OMS pour confirmation en laboratoire. En attendant la confirmation du laboratoire et conformément à la politique dite « sans regrets », cet événement a été déclaré de niveau 3. Le Secrétariat a fourni un appui immédiat au Ministère de la santé, notamment en envoyant du personnel technique et en fournissant des doses de vaccins, des traitements, des kits de laboratoire et du matériel supplémentaire de riposte aux flambées. Le 27 août 2021, les échantillons ont été reçus par le laboratoire Jean Mérier-INSERM (rattaché à l'Institut Pasteur) à Lyon (France). Le 30 août, les résultats ont été communiqués à l'Institut Pasteur de Côte d'Ivoire et ont indiqué que tous les tests effectués étaient négatifs pour les filovirus. Le 31 août, le Ministre de la santé de Côte d'Ivoire a annoncé par un communiqué officiel qu'il ne s'agissait pas d'un cas de maladie à virus Ebola. À la suite des résultats de laboratoire, le Secrétariat a déclassé l'événement, mais a continué à travailler avec la Côte d'Ivoire, la Guinée et les pays voisins pour améliorer leur capacité de répondre aux futures flambées.

Nigéria : une situation d'urgence complexe

14. Dans le nord-est du Nigéria, dans les États de Borno, d'Adamawa et de Yobe, on estime que 8,7 millions de personnes ont besoin d'aide humanitaire. Plus de 2 millions de personnes sont déplacées à l'intérieur du pays, tandis que 257 000 personnes ont trouvé refuge au Cameroun, au Niger et au Tchad voisins. Au total, 1 753 484 personnes rentrant dans leurs foyers, soit 284 389 ménages, ont été enregistrés dans le nord-est du Nigéria. Outre la pandémie de COVID-19, les épidémies de choléra et de rougeole en cours représentent une charge supplémentaire pour un système de santé déjà surchargé.

15. L'OMS continue d'aider le Gouvernement nigérian aux niveaux fédéral, étatique et local à répondre aux besoins des populations vulnérables grâce à sa forte présence sur le terrain dans le nord-est. Grâce à 43 équipes de santé mobiles travaillant dans les zones difficiles à atteindre et à 499 personnes-ressources mobilisées au sein des communautés, l'OMS a fourni des services de santé intégrés à 531 722 personnes au cours de la période considérée, de janvier à août 2021. L'OMS surveille la disponibilité des ressources et des services de santé, détecte plus de 3000 alertes de flambée épidémique chaque année, enquête sur celles-ci, et utilise les informations sanitaires pour fournir des orientations fondées sur des données probantes aux partenaires en tant que coresponsable du secteur de la santé. Pour renforcer le relèvement et le système de santé, l'OMS, conformément au lien entre l'aide humanitaire et le développement, améliore les capacités des acteurs locaux et nationaux par la formation, la fourniture d'une coopération technique dans les domaines du financement de la santé et des ressources humaines, ainsi que la création d'un centre d'opérations d'urgence de santé publique auquel elle apporte son soutien.

Soudan du Sud : une situation d'urgence complexe

16. Au Soudan du Sud, on estime que 8,3 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire, 1,6 million de personnes sont déplacées à l'intérieur du pays et 2,3 millions de personnes sont des réfugiés. À ce jour, 7,2 millions de personnes sont répertoriées comme étant en situation d'insécurité alimentaire aiguë. L'OMS continue de répondre aux effets sanitaires des déplacements, des flambées de violence, de la malnutrition, des inondations et des maladies transmissibles. Elle a renforcé les plans d'urgence contre les maladies transmissibles émergentes et soutenu la vaccination de près d'un million d'enfants dans les zones

civiles sous protection des Nations Unies. Elle a également fourni du matériel d'urgence afin de combler les lacunes au niveau des soins primaires, et a donné des kits médicaux d'urgence aux partenaires du domaine de la santé opérant dans les zones touchées par les inondations dans tout le pays.

République arabe syrienne : une situation d'urgence complexe

17. L'OMS a maintenu une capacité de riposte rapide et modulable pour satisfaire les besoins sanitaires des populations victimes du conflit dans l'ensemble des 14 gouvernorats, continué de combler les lacunes critiques en matière de soins de santé primaires et secondaires, livré les médicaments et matériels médicaux essentiels, et renforcé la fourniture des approvisionnements transfrontaliers et des deux côtés des lignes de conflit.

18. L'OMS a aidé le Ministère de la santé à formuler le Plan national de déploiement et de vaccination contre la COVID-19 et a fourni un soutien technique et opérationnel pour déployer la vaccination contre la COVID-19 dans tout le pays après que les vaccins alloués (1 005 920 doses) dans le cadre du Mécanisme COVAX, le volet Vaccins de l'Accélérateur ACT, ont été livrés à la République arabe syrienne. La formation de 3776 agents de santé, 172 médecins scolaires et 13 200 membres du personnel de santé scolaire dans 13 des 14 gouvernorats du pays a renforcé la compréhension et la capacité de travailler efficacement à la lutte contre l'infection. Des sessions de formation supplémentaires à destination des formateurs sur la lutte anti-COVID-19 et le triage ont été menées par des organisations non gouvernementales sous contrat avec l'OMS dans 310 établissements de santé du nord-ouest, faisant intervenir 2657 agents de santé.

19. Le secteur de la santé a réussi en 2020 à fournir une aide aux personnes dans le besoin dans toute la République arabe syrienne sans double emploi et à assurer la continuité des soins de santé essentiels pendant la crise de la COVID-19. Tout au long de la période visée, les partenaires du secteur de la santé ont effectué 5,6 millions d'interventions médicales (dont 520 000 par l'OMS) et ont administré 6,2 millions de traitements (dont 4,9 millions par l'OMS).

20. L'OMS appuie la fourniture des services de santé essentiels par le biais de la prestation de services intégrés et de réseaux de soins primaires. L'Organisation a fourni des médicaments et du matériel médical vitaux pour combler les lacunes dans les services de soins de santé primaires dans 14 gouvernorats, a fait don de 40 ambulances au Ministère de la santé et à ses partenaires de la santé et a apporté son soutien à 121 hôpitaux à travers le pays. Face à la pandémie de COVID-19, elle continue de multiplier les équipements de protection individuelle disponibles dans le pays dans le but de protéger les agents de santé. Au total, le secteur de la santé a distribué environ 13 millions de ces articles aux agents de santé de janvier à août 2021, dont 3,5 millions fournis par l'OMS. À la lumière de l'expérience acquise lors de la pandémie, l'OMS a également adapté l'outil récapitulatif du Système de surveillance de la disponibilité des ressources et services de santé et a dispensé une formation sur son utilisation dans les hôpitaux d'isolement. Des travaux sont en cours pour élargir ces initiatives.

21. L'OMS soutient les interventions psychosociales en faveur des survivantes de violences fondées sur le genre. Dans tout le pays, 834 médecins, agents de santé et bénévoles communautaires ont participé à des séances de formation en ligne sur la santé mentale et le soutien psychosocial afin de renforcer les interventions de base en matière de violence de genre et de sensibiliser les populations. Grâce à la collaboration avec les partenaires locaux de la mise en œuvre, des services intégrés de santé mentale et de soutien psychosocial sont fournis au niveau communautaire par l'intermédiaire de centres dédiés et d'équipes mobiles de proximité dans 248 sous-districts répartis dans neuf gouvernorats. Au total, 48 222 bénéficiaires ont assisté à des séances de sensibilisation et 7337 personnes ont reçu un soutien individuel, un soutien de première ligne ou des premiers soins psychologiques, et bénéficié de séances de conseil psychologique individuel avancé et/ou d'une orientation vers d'autres services si nécessaire.

22. Pour faciliter les services de traumatologie et de soins d'urgence pour les patients qui en ont besoin, l'OMS a fourni 318 dispositifs médicaux aux établissements de santé publique et a appuyé la fourniture de kits spécialisés en traumatologie et en chirurgie et de médicaments vitaux. En conséquence, 1 706 903 traitements ont été fournis pour 249 833 cas de traumatismes en 2020. Pour améliorer les services relatifs au handicap et à la réadaptation physique, l'OMS a fourni une gamme de dispositifs d'aide aux partenaires de la santé et aux établissements de santé publique dans tout le pays, aidant plus de 6945 personnes handicapées. Des organisations non gouvernementales sous contrat avec l'OMS dans le sud de la République arabe syrienne ont effectué gratuitement 17 073 interventions chirurgicales avancées dans le cadre des soins secondaires et de traumatologie dans des établissements de santé spécialisés en 2020, sur la base d'orientations.

23. L'OMS a placé des kits pour les situations d'urgence sanitaire dans sept des 14 gouvernorats. Avec d'autres partenaires du secteur de la santé, l'OMS a mis sur pied les capacités de dépistage de la COVID-19 en laboratoire qui étaient inexistantes en construisant huit laboratoires et en fournissant des machines et du matériel de diagnostic. Dans le nord-ouest du pays, l'OMS a fourni des médicaments et du matériel médical destinés à sauver des vies et à maintenir des patients en vie à 170 établissements de santé, en nombre suffisant pour couvrir 2,5 millions de traitements.

24. Dans le nord-est du pays, l'OMS a positionné des vaccins, des fournitures pour les soins de traumatologie et d'autres fournitures chirurgicales et a aidé le pays à déployer la vaccination contre la COVID-19, y compris dans les zones et les camps difficiles d'accès. Elle a apporté son soutien à 19 hôpitaux et 158 centres de soins de santé primaires grâce à neuf approvisionnements de part et d'autre des lignes de conflit (suffisants pour couvrir 880 485 traitements). L'OMS continue également de renforcer les capacités locales en matière de vaccination et de traitement des troubles de la santé mentale et des handicaps. Elle a également continué d'élargir ses partenariats avec la société civile et de développer les réseaux d'orientation-recours et les services périphériques. L'OMS joue toujours le rôle de chef de file du Groupe sectoriel pour la santé à tous les niveaux pour améliorer la collecte et l'analyse des informations sanitaires en temps réel pour une planification et une riposte reposant sur des données probantes.

Yémen : une situation d'urgence complexe

25. Au Yémen, en coopération avec le Ministère de la santé publique et de la population et d'autres partenaires de la santé, l'OMS a continué de soutenir la fourniture de services de soins de santé primaires et secondaires aux populations touchées au nord et au sud du pays. Au cours de cette période, grâce à 45 partenaires actifs du Groupe sectoriel pour la santé, 5331 établissements de santé au total ont bénéficié d'un soutien (289 hôpitaux, 956 centres de santé et 2286 unités de santé).

26. Pour lutter contre la pandémie de COVID-19, l'OMS a appuyé le déploiement de 670 équipes d'intervention rapide dans 84 districts et a soutenu le fonctionnement de 48 unités d'isolement COVID-19 situées dans 22 gouvernorats à travers le pays en fournissant des médicaments, des fournitures médicales et du matériel médical vital, y compris des respirateurs avec moniteurs. L'OMS a assuré la disponibilité du matériel de test de diagnostic de la COVID-19 en fournissant à 14 laboratoires 16 machines de diagnostic supplémentaires, 170 000 tests PCR et 50 000 écouvillons, ainsi que 460 000 tests de diagnostic rapide pour usage dans les unités d'isolement. Le Secrétariat a apporté un soutien pour former 572 agents de santé à la prise en charge des cas de COVID-19, 114 techniciens de laboratoire aux tests PCR et à la biosécurité et 1250 agents de santé à la lutte anti-infectieuse. L'OMS a également soutenu les services de réadaptation ainsi que le maintien des services de lutte anti-infectieuse et des services d'eau, d'assainissement et d'hygiène au profit de 34 unités d'isolement COVID-19 dans 20 gouvernorats. Au total, chaque mois, 80 280 bouteilles d'oxygène sont rechargées et mises à disposition des unités d'isolement COVID-19 par l'OMS. Grâce à la collaboration mise en place par l'OMS avec les partenaires de la santé, 59 513 Yéménites ont été complètement vaccinés contre la COVID-19 au cours de la période visée.

27. Pour combattre le choléra et à d'autres maladies transmissibles, l'OMS a livré au cours de la période visée plus de 2300 kits anticholéra et 260 000 doses de solution intraveineuse. Au total, 379 049 doses de vaccin anticholérique oral (soit environ 94 % de l'objectif fixé) ont été administrées en deux cycles de vaccination de décembre 2020 à février 2021. En outre, l'OMS a fait don de 4 100 flacons d'antitoxine diphtérique, ce qui devrait assurer la protection de 250 000 personnes.

28. Le projet de pont aérien médical des Nations Unies a permis de prendre en charge 85 % des patients transférés à Amman et au Caire (plus de 20 opérations chirurgicales ont notamment été réalisées dans ce cadre) et d'assurer des services d'imagerie et de diagnostic ainsi que des services d'hormonothérapie, de radiothérapie et de chimiothérapie. Pour améliorer l'accès aux services d'imagerie diagnostique, l'OMS a livré huit scanners tomographiques assistés par ordinateur aux principaux hôpitaux du Yémen. L'Organisation a également fourni 700 000 flacons d'insuline et des médicaments essentiels contre les maladies non transmissibles à 72 grands hôpitaux.

29. Au cours de la période allant de janvier à septembre 2021, l'action du Groupe sectoriel pour la santé a profité à 3,8 millions de bénéficiaires sur les 11,6 millions de personnes ciblées (soit 33 % de l'objectif total fixé pour 2021, tandis que les financements reçus se sont montés à 15 % des 438 millions USD requis). Au total, au cours de la même période, 340 864 consultations ont été réalisées pour 136 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays. Les partenaires de la santé ont également soutenu la lutte contre les maladies non transmissibles au bénéfice de 61 700 patients hypertendus, 46 405 patients diabétiques, 9597 patients cardiaques, 1548 patients dialysés et 9471 patients en santé mentale. En outre, plus de 200 000 enfants âgés de moins d'un an ont reçu la vaccination par le Penta3 au cours de la même période. Dans le domaine de la santé reproductive, un soutien a été apporté pour 753 629 visites prénatales, 297 454 accouchements avec assistance qualifiée et 53 541 césariennes.

Afghanistan : une situation d'urgence complexe

30. L'OMS dirige le Groupe sectoriel pour la santé et soutient la mise en œuvre de mesures humanitaires de riposte et de relèvement en cas de catastrophes naturelles ou d'origine humaine en mettant à disposition des médicaments et des fournitures médicales et en apportant un soutien logistique et technique. Avec ses partenaires du Groupe, l'Organisation s'emploie à renforcer les soins de traumatologie et la prise en charge de victimes en grand nombre, ainsi qu'à fournir des soins de santé primaires d'urgence aux populations vulnérables, déplacées et touchées par des catastrophes dans les zones mal desservies. Dans les zones touchées par des catastrophes, l'OMS soutient la prestation de services en mettant en place des établissements de santé temporaires et statiques. En vue de réduire les risques pour les personnes et les établissements de santé, l'OMS apporte un appui aux stratégies, politiques et lignes directrices nationales et provinciales de préparation et d'intervention en cas d'urgence, en collaboration avec le Ministère de la santé publique. L'Organisation fournit également une assistance technique aux groupes sectoriels sur l'eau, l'assainissement, l'hygiène et la nutrition dans le cadre de la riposte humanitaire. Le système d'alerte rapide pour les maladies, soutenu par l'OMS, permet de détecter les flambées épidémiques de maladies infectieuses, de les étudier et de prendre des mesures pour les combattre, dans toutes les provinces.

31. L'OMS a veillé à ce que les équipes de santé statiques et mobiles continuent d'assurer les services de santé d'importance vitale. Les équipes de santé mobiles ont joué un rôle crucial pour dispenser des services à 663 969 personnes déplacées au cours de la période visée. L'OMS a fourni 2171 kits médicaux différents aux principaux établissements de santé de Sehatmandi au cours d'une période de trois mois durant lesquels les besoins de 2,9 millions de personnes ont été couverts, tout en mettant également 456 kits de traumatologie et de chirurgie d'urgence à disposition des principaux hôpitaux du pays.

32. Le bureau de pays de l'OMS a apporté un appui technique au Ministère de la santé publique pour l'élaboration et la révision du plan national de préparation et de riposte à la COVID-19, afin d'anticiper la troisième vague de transmission. Un appui a été fourni afin d'élaborer un protocole et des outils pour une étude séroépidémiologique sur la COVID-19 visant à estimer l'incidence cumulative et les décès connexes. Le bureau de pays de l'OMS a mobilisé des ressources pour les activités de préparation et de riposte à la COVID-19, y compris pour la formation de 245 équipes d'intervention rapide, la conduite d'enquêtes sur les cas, la recherche et le suivi des contacts et l'isolement, le Règlement sanitaire international (2005) et la lutte anti-infectieuse aux points d'entrée.

33. Un tableau de bord électronique a été établi pour les maladies à déclaration obligatoire sous surveillance, y compris la COVID-19, afin que la déclaration et la mise en commun des informations interviennent rapidement aux niveaux national et local. Le bureau de pays de l'OMS a mis en place à l'échelle nationale un système de notification par SMS des résultats pour la COVID-19. L'OMS a apporté un soutien technique et financier à la conduite des enquêtes et, au cours des six premiers mois de 2021, 172 flambées ont été détectées et ont donné lieu à intervention. En août 2021, les sites de surveillance sentinelle ont été rationalisés et leur nombre a été porté à 513 sites couvrant près de 92 % des districts afghans, y compris le secteur privé de la santé (50 établissements). L'OMS a également fourni des contributions techniques pour mettre au point et déployer une surveillance en ligne au moyen de l'outil de veille épidémiologique à sources ouvertes (EIOS).

34. L'OMS a aussi prêté un concours technique pour l'élaboration de protocoles normalisés de dépistage et d'éducation sanitaire aux points d'entrée dans le pays et a mobilisé des ressources pour la mise en œuvre des principales capacités du RSI (2005) aux points d'entrée, en coordination avec l'Organisation internationale pour les migrations, par l'intermédiaire du fonds d'affectation spéciale pluripartenaire. Au total, 32 laboratoires ont été mis en place dans 25 provinces et s'emploient activement à réaliser des tests de diagnostic de la COVID-19 dans les principaux hôpitaux du pays. À la fin de la période visée, plus de 1,5 million de personnes bénéficiaient d'un schéma vaccinal complet contre la COVID-19 et 838 230 personnes étaient partiellement vaccinées contre cette maladie.

Nord de l'Éthiopie : une situation d'urgence complexe

35. Le conflit en cours dans le nord de l'Éthiopie a entraîné une hausse des besoins humanitaires dans un contexte de déplacements accrus, de détérioration de la situation nutritionnelle et de la sécurité alimentaire, de dommages aux établissements de santé, de graves pénuries de services de santé essentiels et de risque majoré de flambées épidémiques. S'il touche surtout la région du Tigré, le conflit s'est récemment étendu aux régions Amhara et Afar. On estime actuellement à 2 629 306 le nombre de personnes déplacées dans les régions touchées. Les personnes déplacées à l'intérieur du pays ont afflué vers des zones accessibles plus sûres, ce qui a aggravé les vulnérabilités et accentué les besoins dans les zones d'accueil, ces populations épuisant au fil du conflit leurs maigres ressources collectives. Au Tigré, 5,2 millions de personnes ont besoin d'une aide humanitaire ; parmi elles, 3,8 millions de personnes ont besoin d'une assistance sanitaire, dont 1,3 million en raison d'une malnutrition aiguë et 1,5 million pour combattre le paludisme. Au total, 4 millions de cas de COVID-19 devraient être enregistrés en 2021. Sur 2,5 millions de personnes exposées au risque de choléra, environ 1 million sont partiellement protégées ; si la vaccination ne reprend pas immédiatement, 1,8 million de personnes seront exposées au risque de rougeole. On estime que 400 000 personnes sont en situation d'insécurité alimentaire aiguë, chiffre qui vient s'ajouter aux 4 millions de personnes fortement touchées par l'insécurité alimentaire dans la région du Tigré et les zones voisines des régions Amhara et Afar, ce qui induit d'immenses souffrances humaines et besoins humanitaires.

36. Les graves pénuries de liquidités dues à la fermeture du système bancaire, les pénuries de carburant et l'interdiction de l'entrée de fournitures médicales, de carburant, de générateurs, de semences, d'appareils électroniques et de pièces de rechange dans la région du Tigré ont très durement perturbé les programmes de santé et de nutrition. Ceux-ci pourraient devoir être totalement interrompus si ces perturbations se poursuivent, ce qui entraînerait surmorbidity et surmortalité dans la population. Le manque de fournitures de santé a des conséquences dévastatrices sur la capacité des établissements de santé à dispenser des services tandis que l'insuffisance de liquidités empêche de verser leurs salaires aux agents de santé et aux autres travailleurs essentiels, ce qui a pour effet de démoraliser le personnel de santé.

37. Face à cette situation, l'OMS renforce son action sanitaire en collaboration avec le Ministère fédéral de la santé, les bureaux régionaux de la santé, les organismes des Nations Unies et les organisations non gouvernementales, dans le but de prévenir la surmortalité et la surmorbidity en fournissant des services de santé essentiels et vitaux et en renforçant la surveillance des maladies, la prévention des flambées épidémiques et la riposte. L'OMS coordonne également le travail des partenaires du secteur de la santé. Les services et les interventions de santé soutenus par l'OMS cibleront au total 2 millions de personnes dans la région du Tigré et 1,4 million de personnes dans les régions Amhara et Afar. Ils englobent notamment la mise à disposition de fournitures de santé ; la vaccination ; la prise en charge de la malnutrition aiguë sévère avec complications médicales ; la santé mentale et le soutien psychosocial ; les services destinés aux survivants de la violence fondée sur le genre ; la prévention et le traitement du paludisme ; la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant ; les services de santé et de nombreux autres services. L'OMS apportera au total son soutien à 247 établissements de santé dans les zones touchées, afin qu'ils puissent assurer les services de santé essentiels dans la région du Tigré, et les régions Amhara et Afar. Au total, 1,4 million de personnes ayant reçu leur première dose de vaccin anticholérique vont se voir administrer la deuxième. Les efforts de préparation au choléra seront également intensifiés. Environ 100 000 personnes devraient recevoir la deuxième dose du vaccin anti-COVID-19 et 1,6 million de personnes la première.

38. Les conflits récents ont entraîné un recul de la couverture de la surveillance épidémiologique dans les zones touchées, alors que ces acquis avaient été obtenus au prix d'efforts considérables. L'OMS collaborera avec les bureaux régionaux de santé compétents pour accroître la capacité des zones touchées à prévenir les épidémies, à les détecter et à y riposter en renforçant le système de surveillance et d'alerte rapide, y compris en fournissant les outils de surveillance nécessaires. Le système d'alerte et d'intervention rapides (EWARS) de l'OMS sera progressivement mis en place dans les 94 districts de la région du Tigré. Dans un premier temps, cependant, la priorité sera donnée à 20 districts qui ont déjà connu des flambées épidémiques et abritent des personnes déplacées à l'intérieur du pays. Le système sera étendu aux autres districts à mesure que l'accès aux ressources s'améliorera. L'OMS apportera également son soutien au système dans les zones touchées des régions Amhara et Afar. L'OMS appuiera la mise en place et le renforcement de la surveillance de la qualité de l'eau dans les zones touchées en fournissant des kits portables, en détachant des experts et en organisant des formations, et en mettant en place une plateforme de collaboration associant le secteur de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène et d'autres secteurs concernés.

39. Parallèlement à son action d'urgence face à la crise dans le nord de l'Éthiopie, l'OMS s'attachera aussi à recenser les facteurs dont tirer parti pour soutenir les systèmes de santé dans les zones stables, au moyen d'une approche systématique visant à soutenir les efforts de relèvement rapide, afin que le système de santé soit en mesure de répondre à la crise en cours et soit résilient face aux menaces futures. L'OMS appuiera le rétablissement de certains programmes de santé perturbés, par exemple dans les domaines de la vaccination systématique et de la lutte contre le VIH et la tuberculose. Elle apportera également un soutien ciblé aux initiatives visant à rétablir les fonctions de direction et de supervision du système aux niveaux régional et dans les districts et à soutenir les systèmes d'information sanitaire qui ont été déstabilisés.

Somalie : une situation d'urgence complexe

40. En coopération avec le Ministère fédéral de la santé et d'autres partenaires, le Secrétariat a continué de fournir des services de soins de santé primaires et essentiels aux populations touchées par des situations de crise en Somalie. À l'issue d'une campagne intégrée de vaccination contre la poliomyélite et la rougeole menée dans tout le pays, 1,9 million d'enfants âgés de moins de 5 ans ont été vaccinés contre la poliomyélite. Plus de 1,7 million d'enfants âgés de 6 à 59 mois ont été vaccinés contre la rougeole et ont reçu une supplémentation en vitamine A pendant la période visée.

41. Face à une flambée de choléra toujours en cours, l'OMS a renforcé son soutien à la surveillance et à des campagnes de vaccination par le vaccin anticholérique oral qui ont conféré une protection à plus de 860 000 personnes dans 47 districts, dont 139 811 personnes déplacées à l'intérieur du pays. Ainsi, entre janvier et août 2021, 192 cas suspects sur 711 ont été testés positifs pour le choléra.

42. Depuis septembre 2019 et l'intensification des opérations en réaction à la sécheresse, environ 450 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays ont bénéficié de services de santé d'urgence dans 15 districts touchés par la sécheresse d'Hirshabelle, du Galmudug, du Jubaland et des États du Sud-Ouest.

43. La Somalie a enregistré un premier cas confirmé de COVID-19 le 16 mars 2020. Depuis lors, le Secrétariat a étroitement collaboré avec le Ministère fédéral de la santé et avec les partenaires du Groupe sectoriel pour la santé afin de fournir un appui technique et opérationnel dans les domaines de la coordination opérationnelle ; de la surveillance ; des analyses en laboratoire ; des soins aux patients et de l'information des patients ; et de la collecte, de l'analyse et de l'échange d'informations. Depuis la mi-août 2020, trois laboratoires de test PCR mis en place par l'OMS assurent sans interruption l'analyse d'échantillons pour la recherche du virus à l'origine de la COVID-19. L'OMS travaille avec le Ministère de la santé pour mettre sur pied quatre autres laboratoires de ce type au niveau des États, ainsi que pour le séquençage du génome dans trois laboratoires existants. Au 25 septembre 2021, 307 225 échantillons au total avaient été analysés. De plus, des tests rapides de détection antigénique du SARS-CoV-2 sont désormais réalisés dans les zones où l'accès aux laboratoires de test PCR est limité. Le déploiement efficace de 1833 agents de santé communautaires dans 71 districts situés dans l'ensemble des États a permis de détecter des groupes de cas suspects et d'identifier ainsi les « points chauds » particulièrement touchés par la COVID-19. L'OMS a également apporté son soutien à la création et à la gestion de sept centres d'isolement où sont soignés les patients atteints de la COVID-19 ; elle a fourni des équipements de protection individuelle essentiels et a formé les agents de santé à la prise en charge des cas. Trois générateurs d'oxygène à adsorption par modulation de pression et deux concentrateurs d'oxygène à énergie solaire sont en cours d'installation. Le 15 mars 2021, une campagne de vaccination contre la COVID-19 a été lancée suite à l'arrivée de la première cargaison de 300 000 doses de vaccins anti-COVID-19. En septembre 2021, 160 048 personnes bénéficiaient d'un schéma vaccinal complet.

PRÉPARATION AUX SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE ET CAPACITÉ DE RÉACTION

44. Pendant l'ensemble de la période visée, le Secrétariat a continué d'améliorer les capacités de suivi et d'évaluation au titre du Règlement sanitaire international (2005), dans les six Régions de l'OMS ; il a reçu des réponses de 174 États Parties sur 196 au moyen de l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels qui se trouve sur la plateforme Web mise en place pour faciliter la notification en ligne. Un taux de réponse de 100 % a été enregistré dans la Région africaine et dans la Région de l'Asie du Sud-Est. Les scores mondiaux moyens rapportés pour les capacités ont augmenté de 2 points de pourcentage environ (passant de 63 % à 65 %) entre les périodes de notification de 2019

et de 2020. Presque tous les États Parties obtiennent de meilleurs résultats qu'au cours de la période précédente pour les capacités clés telles que la sécurité sanitaire des aliments, les laboratoires, la surveillance, les ressources humaines, les cadres nationaux pour les situations d'urgence sanitaire, la prestation de services de santé et la communication sur les risques. Les scores obtenus pour la législation et le financement, la coordination du RSI (2005) et la mise en place des fonctions des points focaux nationaux du RSI (2005) demeurent au même niveau. Les domaines dans lesquels les scores pour les capacités pourraient être améliorés sont les points d'entrée (ports, aéroports et postes-frontières), où ils n'ont que légèrement augmenté, ainsi que les événements liés à des zoonoses et l'interface humain-animal, la sécurité chimique et les situations d'urgence radionucléaire. Il est apparu que l'amélioration des principales capacités du Règlement sanitaire international (2005) grâce à un suivi et à une évaluation réguliers était essentielle dans le contexte de la pandémie de COVID-19 et d'autres situations d'urgence sanitaire. Des informations détaillées sur les rapports annuels établis par les États Parties sont publiées sur la plate-forme en ligne de l'outil d'autoévaluation pour l'établissement de rapports annuels par les États Parties (SPAR) et sur d'autres sites Web de l'OMS.

45. Au 7 octobre 2021, 94 examens nationaux de l'action en cours contre la COVID-19 étaient conduits par 64 pays, 113 évaluations extérieures conjointes avaient été achevées, et 160 exercices de simulation et 66 examens a posteriori avaient été menés. L'OMS a également préparé des examens de l'action en cours et des ensembles d'exercices de simulation en rapport avec certains des piliers du Plan stratégique de préparation et de riposte, y compris la vaccination, afin d'aider les pays à renforcer leurs capacités fonctionnelles pour combler les lacunes critiques pendant la pandémie. En juin 2021, l'OMS a soutenu un examen a posteriori de la riposte aux neuvième, dixième, onzième et douzième flambées épidémiques de maladie à virus Ebola (MVE) en République démocratique du Congo.

46. Au total, 74 pays avaient préparé une évaluation du risque de catastrophe pour l'ensemble des dangers à la fin de la période visée, en s'appuyant sur l'outil stratégique de l'OMS pour l'évaluation des risques. Cet outil accompagne une programmation en fonction des risques qui catalyse les actions de préparation aux situations d'urgence dans le but de réduire le niveau de risque associé à un danger donné et ses conséquences. L'OMS a élaboré un calendrier des situations d'urgence et des risques de catastrophe pour compléter l'outil en cartographiant la saisonnalité des dangers, ce qui permet aux autorités nationales et locales de mieux planifier, hiérarchiser et appliquer des mesures opportunes et appropriées pour atténuer les risques, renforcer les capacités et se préparer à intervenir efficacement en cas d'urgence sanitaire.

47. En mars 2021, le Secrétariat a organisé une consultation mondiale et une série de réunions de groupes de travail techniques pour examiner les rapports annuels soumis par les États Parties au moyen de l'outil d'autoévaluation du Règlement sanitaire international (2005) ainsi que les outils et processus d'évaluation extérieure conjointe, dans le but d'intégrer les enseignements tirés de la pandémie de COVID-19 pour que ces évaluations nationales de l'état de préparation permettent de mieux anticiper les capacités des pays à détecter les menaces épidémiques et pandémiques les plus graves et à y répondre. L'OMS est en train d'examiner les recommandations reçues et de les intégrer dans ses outils et processus.

48. Au cours de la période visée, le Secrétariat a entrepris de mettre à l'essai le mécanisme d'examen universel de la santé et de la préparation, et élabore un plan en consultation avec les États Membres pour le lancement à grande échelle du processus d'examen par les pairs sur la base des résultats de la phase d'essai. L'examen a pour objectif de renforcer la confiance mutuelle et la responsabilisation pour la santé, en réunissant les nations selon le principe de bon voisinage pour appuyer une approche mobilisant l'ensemble des pouvoirs publics propre à renforcer les capacités nationales de préparation aux pandémies, la couverture sanitaire universelle et l'amélioration de la santé des populations.

49. À la fin de la période visée, 71 pays au total avaient été accompagnés dans l'élaboration de leur plan d'action national pour la sécurité sanitaire ; celui-ci oriente les pays au sujet des actions à mener de façon prioritaire pour renforcer les capacités du RSI (2005), notamment celles qui se situent à l'interface humain-animal. Afin d'améliorer la prévention, la détection et l'intervention à l'interface humain-animal, 35 ateliers de liaison nationaux et 32 ateliers pilotes d'évaluation conjointe des risques fondés sur le principe « Une seule santé » ont été organisés. En outre, l'OMS a mis au point deux outils supplémentaires pour soutenir le renforcement des capacités de préparation selon l'approche « Une seule santé », notamment le mécanisme multisectoriel de coordination et l'outil de surveillance et d'échange d'informations. Ceux-ci ont été élaborés en collaboration avec le groupe tripartite qui réunit l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, l'Organisation mondiale de la santé animale et l'OMS. Au 7 octobre 2021, cinq ateliers pilotes multisectoriels de coordination « Une seule santé » et quatre ateliers pilotes sur la surveillance et la mise en commun d'informations étaient en préparation. Le Secrétariat est également en train de mettre au point une action de préparation à la riposte fondée sur l'approche « Une seule santé » et élabore notamment à cet égard un outil pour faciliter la coordination des intervenants nationaux concernés en santé humaine et animale pendant toutes les phases d'une flambée de zoonose.

50. Le Secrétariat a également développé le recours à l'analyse des données du RSI (2005) pour soutenir la mise en œuvre des plans stratégiques nationaux de préparation et de riposte à la COVID-19 tout au long de la pandémie. Des analyses de ce type ont aussi été réalisées dans le cadre d'initiatives de calcul des coûts de la préparation, ce qui a facilité la mobilisation des ressources contre la COVID-19. L'OMS s'appuie actuellement sur les récents progrès réalisés dans la mise en œuvre de l'analyse des données du RSI (2005) pour élaborer un indicateur dynamique de l'état de préparation afin de permettre aux pays de mieux comprendre l'évolution en temps réel de leur état de préparation et de déterminer les lacunes à combler en priorité.

51. L'OMS continue d'utiliser l'outil WHO Benchmarks for International Health Regulations (2005) Capacities (« Repères comparatifs de l'OMS pour les capacités du RSI (2005) ») afin de soutenir le renforcement des principales capacités du RSI (2005) et de recenser les composantes nationales et les composantes des systèmes de santé dans le cadre de l'amélioration de la préparation aux situations d'urgence. Les repères comparatifs et les mesures correspondantes peuvent être utilisés par les pays pour mieux se préparer aux situations d'urgence en élaborant et en appliquant des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire. L'OMS a également mis au point une bibliothèque de référence pour ces repères comparatifs, le but étant de permettre aux États Membres, aux partenaires et aux parties prenantes de la santé publique de consulter directement les orientations, les outils et les supports utiles pour soutenir la mise en pratique des mesures de renforcement des capacités proposées.

52. En 2021, l'OMS a publié le document WHO Health Systems for Health Security Framework (« Des systèmes de santé pour la sécurité sanitaire : cadre de l'OMS ») afin d'aider les États Membres et les partenaires à réunir les capacités nécessaires à la mise en œuvre du RSI (2005), ainsi que les composantes des systèmes de santé et des autres secteurs pour assurer une gestion multisectorielle, multidisciplinaire et efficace des urgences sanitaires. Ce cadre représente une approche novatrice qui complète les concepts et outils existants pour le renforcement des capacités en matière de sécurité sanitaire mondiale et couvre différents types de risques découlant de dangers et d'événements biologiques ou non biologiques. Il permet de plus grandes synergies entre la sécurité sanitaire, les systèmes de santé et d'autres secteurs pour une préparation plurisectorielle et pluridisciplinaire aux urgences sanitaires.

53. Tout au long de la période visée, l'OMS a appuyé le déploiement de son cadre de coordination pour une préparation multisectorielle, qui fournit aux États Membres et aux secteurs concernés à l'échelle nationale un aperçu des éléments clés nécessaires pour renforcer la coordination globale face à l'ensemble des dangers afin de renforcer les principales capacités requises en application du Règlement sanitaire international (2005), de même que la préparation aux situations d'urgence et la sécurité sanitaire.

54. Le Secrétariat a continué de progresser sur la voie de l'établissement et de la mise à l'essai du réseau mondial de l'OMS pour la préparation stratégique, conformément à la résolution WHA73.8 de l'Assemblée mondiale de la Santé. Cette initiative vise à faciliter l'application de plans nationaux de sécurité sanitaire par l'intermédiaire d'un réseau de partenaires composé d'experts internationaux et de parties prenantes susceptibles d'apporter une assistance technique multisectorielle pour un renforcement des capacités de préparation à long terme.

55. Tout au long de la période visée, l'OMS a continué d'apporter son soutien aux pays pour mener à bien la cartographie des ressources au moyen de l'outil et de la procédure créés à cette fin par l'Organisation, qui facilitent la cartographie de toutes les ressources financières et techniques à disposition pour le renforcement des capacités requises en application du Règlement sanitaire international (2005). Au cours de la période visée, des ateliers de cartographie des ressources ont été menés à bien au Cameroun, en Guinée, au Libéria, au Mali et au Nigéria. D'autres pays de la Région africaine et au-delà prévoient également des activités pratiques de cartographie des ressources.

56. Le portail de l'OMS consacré au partenariat stratégique pour la sécurité sanitaire et la préparation aux situations d'urgence a été étoffé au cours de la période visée afin de mieux inclure le suivi et le contrôle de la gestion des investissements nationaux consacrés à la préparation destinés aux activités de renforcement des capacités, notamment ceux qui sont inscrits dans les plans d'action nationaux en matière de sécurité sanitaire. L'élargissement du portail s'est poursuivi afin d'inclure des liens vers la Plateforme des partenaires contre la COVID-19 dans le but d'appuyer les investissements et la planification pour une préparation à plus long terme et pour la sécurité sanitaire.

57. Entre janvier et avril 2021, l'OMS a organisé une série de webinaires portant sur la sécurité dans les hôpitaux, en collaboration avec la Fédération internationale des hôpitaux et le Bureau des Nations Unies pour la prévention des catastrophes ; l'objectif était d'appuyer l'évaluation et le renforcement des capacités des hôpitaux en matière de préparation. L'OMS a également apporté un soutien direct aux pays pour qu'ils renforcent la sécurité dans les hôpitaux et les établissements de santé ainsi que leurs capacités dans le but d'être mieux préparés au niveau national face aux urgences sanitaires et aux catastrophes.

58. Un programme de formation portant sur la gestion des risques liés aux situations d'urgence et aux catastrophes dans le contexte de la santé destiné au personnel d'encadrement de haut niveau des ministères de la santé a été élaboré par le Secrétariat au cours de la période visée et mis en place dans un certain nombre de pays, notamment le Kazakhstan, le Tadjikistan et le Turkménistan.

59. L'OMS a publié un ensemble d'études de cas portant sur plusieurs pays¹ dans le but de diffuser des informations et des connaissances sur les meilleures pratiques, les difficultés et les possibilités de mieux faire appliquer le Règlement sanitaire international (2005) et de mettre en place une préparation durable face aux menaces d'urgences sanitaires. Ces études de cas aident également les pays à appliquer les enseignements tirés des expériences nationales et régionales, et à progresser vers une préparation à long terme et une reconstruction en mieux à l'aide d'approches s'adressant à l'ensemble de la société.

60. L'OMS et le Gouvernement de Singapour ont conjointement réuni à six reprises, entre février et avril 2021, le groupe de travail technique sur l'avancement de la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans les villes et en milieu urbain. Au cours de ces réunions, les participants ont fait part de leur expérience de la gestion de la COVID-19 dans les villes et en milieu urbain, ont évoqué les difficultés rencontrées, et se sont penchés sur les solutions et les approches envisageables, le rôle des parties prenantes clés, ainsi que les outils et ressources nécessaires pour l'évaluation des risques,

¹ Voir Case Studies & Publications. Genève, Organisation mondiale de la Santé (<https://extranet.who.int/sph/ehs-case-studies>).

l'analyse des lacunes et le renforcement des capacités aux fins d'une meilleure préparation des milieux urbains. Un certain nombre de recommandations ont été faites, et l'OMS les a utilisées comme base pour rédiger et publier un cadre visant à renforcer la préparation aux situations d'urgence sanitaire dans les villes et en milieu urbain.¹ Ce cadre sera accompagné d'orientations opérationnelles qui seront publiées en temps voulu.

61. Le Secrétariat a également lancé un groupe de travail sur le genre au sein du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire afin d'accompagner l'élaboration et l'application d'une stratégie visant à intégrer les questions de genre dans l'ensemble des politiques, des stratégies, des opérations et des mesures de renforcement des capacités, en leur accordant un caractère prioritaire. Cela répond également aux recommandations formulées dans la résolution WHA74.7 (2021) portant sur le renforcement de la préparation et de la riposte de l'OMS aux urgences sanitaires.

DÉTECTION, ÉVALUATION ET COMMUNICATION DES SITUATIONS D'URGENCE SANITAIRE POTENTIELLES

62. Le Secrétariat utilise un système de surveillance mondial des événements pour détecter des signaux et des événements en procédant à une veille sur les médias. Il est à pied d'œuvre 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour détecter ces signaux et identifier les événements de santé publique et situations d'urgence potentielles partout dans le monde. Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2021, une moyenne de 79 signaux et actualités ont été détectés et ont fait l'objet d'un suivi (à l'exclusion des signaux portant sur la pandémie de COVID-19). Dès qu'un événement a été identifié, le Secrétariat analyse, évalue et communique le niveau du risque, et donne l'alerte pour aider à protéger les populations contre les conséquences des flambées, des catastrophes, des conflits et des autres dangers. La communication rapide des événements de santé publique pouvant avoir une portée internationale est partagée avec les points focaux nationaux du RSI désignés par le biais du site confidentiel d'information sur les événements. Pendant la période visée, 122 événements/annonces ont été publiés sur ce site.

63. Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2021, 349 événements de santé publique ont été enregistrés dans le système de gestion des événements de l'OMS pour 134 pays, dont 258 (74 %) étaient imputables à des maladies infectieuses et des zoonoses, 34 (10 %) étaient des catastrophes naturelles, 20 (6 %) étaient en lien avec des produits médicaux, et les 37 autres (10 %) étaient des événements liés à des risques chimiques, radiologiques ou nucléaires, des événements en lien avec la sécurité sanitaire ou les animaux, ou encore des événements indéterminés.

64. Au cours de la période visée, une évaluation rapide formelle du risque a été menée pour 28 événements dans 19 pays. Le risque au niveau national a été évalué comme étant élevé ou très élevé pour 64 % de ces événements. Les pays dans lesquels a été mené le plus grand nombre d'évaluations sont la Chine et la République démocratique du Congo, et la plupart des évaluations ont porté sur le choléra, la COVID-19, la fièvre jaune, le virus de l'hépatite E, la peste et le paludisme. Trois évaluations de niveau mondial pour la COVID-19 et une évaluation de niveau régional pour un événement lié à une maladie non diagnostiquée ont été menées. En outre, 12 évaluations rapides des risques ont maintenant été menées pour la COVID-19.

65. Il est essentiel de renforcer la détection précoce de toutes les menaces susceptibles de devenir des événements aigus de santé publique. L'initiative de veille épidémiologique à sources ouvertes (EIOS) est le fruit d'une collaboration unique en son genre entre l'OMS et diverses parties prenantes. Elle associe des

¹ Voir <https://www.who.int/publications/i/item/9789240037830> (consulté le 7 janvier 2022).

réseaux, initiatives et systèmes nouveaux ou existants pour mettre en place une approche unifiée « Une seule santé » englobant l'ensemble des dangers face à la détection précoce, à la vérification, à l'évaluation et à la communication des risques et menaces pour la santé publique, en utilisant des informations disponibles en libre accès. En septembre 2021, cette initiative avait été adoptée par plus de 40 organisations et réseaux nationaux, internationaux et supranationaux, notamment par 27 États Membres de cinq Régions de l'OMS. Au Brésil, le Ministère de la santé a demandé la mise en application de la veille épidémiologique à sources ouvertes à l'échelle nationale dans tous les districts fédéraux, et près de 300 utilisateurs ont depuis été formés en la matière. La croissance du nombre de comptes utilisateur individuels a été pratiquement trois fois plus importante entre janvier et septembre 2021 (1501) par rapport à l'année précédente (363). La poursuite du déploiement dans d'autres États Membres et organisations en ayant fait la demande a été possible grâce à une adaptation particulière des modules de formation permettant leur organisation à distance pendant la pandémie de COVID-19. La veille épidémiologique à sources ouvertes a été largement utilisée par l'équipe d'appui de l'OMS à la gestion des incidents en lien avec la COVID-19 au Siège et dans les bureaux régionaux afin de faire un suivi de la pandémie de COVID-19, y compris de la circulation des variants. Elle a également été utilisée pour la surveillance des manifestations constituant des rassemblements de masse, par exemple l'UEFA EURO 2020 et les Jeux olympiques et paralympiques de Tokyo 2020. Le système EIOS a été amélioré afin de répondre à des exigences supplémentaires, y compris en élargissant le nombre de sources et de langues couvertes, et en instaurant un suivi de nouvelles maladies et sujets prioritaires, tels que les variants de la COVID-19. Des algorithmes d'apprentissage automatique pour la génération de résumés par abstraction et l'évaluation de la crédibilité ont été développés afin d'approfondir encore la synthèse et l'évaluation des informations rendues publiques et de mieux faire face au volume important d'informations publiées sans interruption, parmi lesquelles se trouvent des informations fausses.

66. Le Secrétariat a assuré la surveillance, l'épidémiologie et la gestion de l'information sanitaire pour l'ensemble des situations d'urgence classées, y compris par l'intermédiaire d'un appui à distance. Dans les domaines de la surveillance de la pandémie de COVID-19 et de l'adaptation des mesures sanitaires et sociales en conséquence, voici les avancées importantes constatées pendant la période visée :

- a) la surveillance du nombre de cas et de décès s'est poursuivie à l'échelle mondiale (219 millions de cas), tout comme la surveillance détaillée basée sur l'identification des cas provenant de 194 pays/territoires/zones, avec notamment 87 millions de cas ventilés par âge et par sexe, ainsi que 2,4 millions de notifications portant sur des cas concernant des agents de santé (toutes les données ont été rendues publiques) ;
- b) des outils ont été mis sur pied pour appuyer l'analyse des données issues de la surveillance, du dépistage, ainsi que des mesures sociales et de santé publique, y compris des outils d'apprentissage automatique pour prévoir les écarts par rapport aux tendances attendues et identifier les « points chauds » ;
- c) plusieurs systèmes permettant d'automatiser la collecte et l'exploitation des données ont été développés pour garantir l'exactitude des données et la conformité avec les notifications des États Membres, ainsi que pour enquêter sur les éventuelles divergences observées ;
- d) des orientations provisoires relatives à la surveillance des variants ont été mises à la disposition des États Membres ; et
- e) des orientations mises à jour ont été publiées concernant l'adaptation des mesures sociales et de santé publique.

67. L'OMS a établi des définitions de travail de ce qui constitue un variant préoccupant, un variant à suivre et un variant devant faire l'objet d'une surveillance renforcée du coronavirus 2 du syndrome respiratoire aigu sévère (SARS-CoV-2). Les signaux des variants du SARS-CoV-2 sont évalués par rapport à ces définitions et classés en conséquence afin de mettre en place une riposte appropriée. Au total, 58 signaux relatifs à des variants du SARS-CoV-2 ont été évalués et, au 1^{er} septembre 2021, quatre variants avaient été classés comme variants préoccupants, cinq comme variants à suivre et 11 comme alertes devant faire l'objet d'une surveillance renforcée. Concernant les variants définis comme préoccupants, l'OMS continue de mener à bien une évaluation comparative de leurs caractéristiques et des risques qu'ils font peser sur la santé publique, de coordonner des recherches plus poussées en laboratoire et de faire un suivi de leur propagation géographique.

68. L'OMS a procédé à une veille épidémique correspondant aux besoins du moment et adaptée au contexte par l'intermédiaire d'une surveillance des événements dans le but d'éclairer les activités de riposte à la pandémie de COVID-19. La surveillance des événements est menée au moyen du système EIOS, ainsi que sur la base de notifications officielles et de recherches en ligne ciblées. Les analystes identifient, évaluent et consignent les signaux à suivre provenant du monde entier en s'appuyant sur des critères prédéfinis, y compris l'évolution de l'épidémiologie, les capacités des soins de santé, le dépistage et l'impact sur les populations vulnérables. Au 1^{er} septembre 2021, plus de 3700 signaux provenant de tous les États Membres avaient été consignés à partir d'environ 39,7 millions d'articles classés comme portant sur la COVID-19 par le système EIOS.

69. L'OMS a amélioré le tableau de bord mondial de la COVID-19, qui comprend maintenant des données sur la vaccination ainsi que sur le suivi des mesures sociales et de santé publique. Entre le 1^{er} mai 2020 et le 22 mai 2021, le tableau de bord de la COVID-19 de l'OMS a reçu plus de 41 millions de visiteurs récurrents (pour plus de 75 millions de sessions) et continue de recevoir 2,6 millions de visiteurs (pour environ 4 millions de sessions) chaque mois.

70. L'OMS publie un relevé épidémiologie hebdomadaire (*Weekly Epidemiological Update*) depuis août 2020 après avoir restructuré le rapport de situation hebdomadaire (*COVID-19 Weekly Situation Report*) qui le précédait. Le relevé hebdomadaire fournit une vue d'ensemble des cas de COVID-19 et des décès dus à la maladie à l'échelle mondiale, régionale et nationale, en mettant en évidence les données et tendances clés, ainsi que d'autres informations épidémiologiques importantes concernant la pandémie de COVID-19. En janvier 2021, l'OMS a ajouté des sections spéciales mettant l'accent sur les variants préoccupants, évoquant notamment l'efficacité des vaccins, ainsi que sur d'autres domaines de la riposte à la COVID-19. Depuis l'introduction de ces sections, l'OMS a abordé la préparation opérationnelle des communautés, l'impact de la COVID-19 sur le commerce international, les voyages et les points d'entrée, le Mécanisme COVAX, la communication sur les risques, la COVID-19 dans les prisons, ainsi que de nombreux autres sujets. À ce jour, 59 de ces relevés épidémiologiques ont été publiés.

71. À l'appui du système de gestion des incidents dans le cadre des flambées de maladie à virus Ebola en République démocratique du Congo et en Guinée, des mises à jour et des séances d'information régulières, ainsi que des analyses épidémiologiques avancées destinées à guider les activités de riposte ont été fournies par les équipes basées dans les bureaux de pays, les bureaux régionaux et le Siège de l'OMS, ainsi que par l'intermédiaire de cellules épidémiologiques spécialisées situées dans les centres des opérations d'urgence des pays touchés, avec le soutien de l'OMS et du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie. En Guinée, une cellule d'analyse comprenant l'OMS, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, le Centre de recherche et de formation en infectiologie de Guinée, la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, ainsi que les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique a été créée sous la direction du Ministère de la santé. Elle a mené des analyses intégrées en épidémiologie et en sciences sociales sur le terrain afin d'orienter les activités de riposte.

72. Le système de recensement des ressources sanitaires et des services de santé disponibles a fourni des informations essentielles aux décideurs pour ce qui est des capacités, des lacunes et des priorités des systèmes de santé ; il a également largement contribué au renforcement des systèmes d'information et à leur gestion pendant toute la période visée. Le système de recensement a été renforcé au Burkina Faso, au Mali, au Nigéria, aux Philippines et au Yémen, et a été mis en place en Éthiopie/au Tigré et en Somalie afin d'appuyer les interventions d'urgence en cours. Des discussions visant à déployer le système en Afghanistan, en République centrafricaine, en Iraq, en Libye et au Niger sont en cours.

73. L'outil « EWARS in a box » (un kit relevant du système d'alerte et d'intervention rapides) permet d'accroître la couverture de la surveillance des maladies au sein des populations confrontées à des situations d'urgence vivant dans des environnements dans lesquels la connexion à Internet est peu fiable ou limitée. Cet outil a été actualisé pour améliorer la connectivité au cours de la période visée, et a été déployé pour appuyer les interventions dans le cadre de deux situations d'urgence aiguës.

- a) Éruption du volcan la Soufrière à Saint-Vincent-et-les Grenadines : un système d'alerte rapide pour les habitants confrontés à la situation d'urgence a été mis en place dans les abris.
- b) Séisme à Haïti en 2021 : des systèmes d'alerte rapide ont été placés dans trois départements au sein desquels les habitants confrontés à la situation d'urgence ont été hébergés dans 79 abris.

74. Les Bulletins d'information sur les flambées épidémiques ont pour but d'informer le grand public, les praticiens de la santé publique, les médias et d'autres entités des nouvelles flambées et des nouvelles informations concernant des flambées particulières. Ils contiennent un résumé épidémiologique, l'action de santé publique consécutive à l'événement, les résultats de l'évaluation du risque menée par l'OMS et les conseils de l'OMS. Entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre 2021, 22 Bulletins d'information sur les flambées épidémiques concernant 13 maladies dans 13 pays ont été publiés. Un de ces bulletins présentait les dernières informations concernant le poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale de type 2 dans le monde.

75. Depuis 1926, l'OMS publie le *Relevé épidémiologique hebdomadaire*, une publication bilingue (anglais/français) qui permet de diffuser dans le monde entier les dernières nouvelles relatives aux documents techniques, notamment en ce qui concerne les normes, les outils, ainsi que l'évaluation et la surveillance des épidémies et des pandémies. Les conclusions des réunions, des consultations et des autres forums de l'OMS visant à appuyer et à améliorer l'action de santé publique reposant sur des bases factuelles sont également relayées dans cette publication. Ce sont au total 52 numéros qui sont publiés chaque année, pour un volume total moyen de 600 pages standard. En 2021, une large sélection d'articles portant sur différents sujets a été publiée dans le *Relevé épidémiologique hebdomadaire* en collaboration avec les trois niveaux de l'Organisation et des partenaires externes.

76. Le service Épidémiologie de terrain collabore avec le groupe tripartite afin de développer les compétences de base en matière d'épidémiologie de terrain dans le cadre de l'approche « Une seule santé », et de mettre sur pied des lignes directrices relatives aux programmes d'enseignement, des orientations portant sur la formation continue, le mentorat dans le cadre du Programme de formation à l'épidémiologie de terrain ainsi que pour la certification et l'évaluation des compétences.

RECENSER LES ATTAQUES CONTRE LES STRUCTURES MÉDICALES

77. L'OMS a continué en 2021 de collecter des données sur les attaques visant les soins de santé par l'intermédiaire du système de surveillance des attaques contre les structures médicales, en mettant l'accent sur les pays confrontés à des situations d'urgence humanitaire complexe. Le système, lancé en décembre 2017, permet à l'OMS de recueillir des données sur l'incidence des attaques contre les structures médicales directement à partir des sources primaires et de diffuser des informations vérifiées par l'intermédiaire de ses plateformes en ligne. Les vérifications sont effectuées par les membres du personnel de l'OMS, qui procèdent à une triangulation des informations et des données factuelles relatives à la survenue de l'incident et à son impact immédiat (nombre d'agents de santé et de patients décédés et blessés). Chaque incident se voit attribuer un niveau de certitude sur la foi des informations utilisées aux fins de vérification. Les informations concernant des événements assortis d'un certain degré de certitude sont ensuite publiées sur le tableau de bord en ligne, sur lequel sont affichées quelques données permettant d'illustrer l'incident. L'OMS ne vérifie et ne publie aucune donnée concernant les auteurs des incidents, ni le type et la provenance des armes utilisées. La notification vise à garantir un accès aux services de santé essentiels en toute sécurité et sans obstacle, qui ne soit entravé par aucune forme de violence.

78. Le système continue d'être mis en œuvre dans les pays confrontés à des situations d'urgence humanitaire complexe dans lesquels des attaques contre les structures médicales sont notifiées à l'OMS. Le nombre des pays notifiant des incidents a augmenté régulièrement. En 2021, entre le 1^{er} janvier et le 30 septembre, 690 incidents ont été notifiés au système par 14 pays et territoires ; ces incidents se sont soldés par 211 décès et 328 traumatismes chez les agents de santé et les patients. Les attaques au moyen d'armes individuelles sont restées les plus notifiées, suivies de près par des actes de violence psychologique et d'obstruction. Néanmoins, la part des incidents liés à l'utilisation d'armes lourdes est en baisse par rapport aux années précédentes, ce qui reflète une évolution de la dynamique caractérisant les contextes dans lesquels les attaques se sont produites. L'OMS utilise ces informations pour mettre en lumière le problème et défendre la prévention face aux attaques et la protection des structures médicales. Ces informations permettent également de mieux inclure aux opérations d'urgence les mesures de protection face aux attaques contre les structures médicales.

MESURES À PRENDRE PAR LE CONSEIL EXÉCUTIF

79. Le Conseil est invité à prendre note du présent rapport, et à fournir de nouvelles orientations sur l'action de l'OMS dans les situations d'urgence sanitaire, notamment :

- comment le Secrétariat peut-il mieux aider les États Membres à accéder aux outils de lutte contre la COVID-19, et garantir la réalisation de la stratégie de l'OMS visant à parvenir à la vaccination mondiale contre la COVID-19 d'ici à la mi-2022 et de son plan de vacciner 70 % de la population de tous les pays contre la COVID-19 d'ici cette date ;
- comment le Secrétariat peut-il soutenir les États Membres en garantissant que l'accès aux services de santé essentiels est prioritaire et assuré dans un contexte de besoins toujours croissants, aggravé par la crise climatique, les conflits, et la pandémie de COVID-19.

ANNEXE

TABLEAU 1. SITUATIONS D'URGENCE CLASSÉES AU COURS DE LA PÉRIODE VISÉE (1^{ER} JANVIER-30 SEPTEMBRE 2021)

Pays/zone	Région	Type de crise	Niveau le plus récent
Guinée	Région africaine	Flambée de maladie à virus Ebola	Terminée
Riposte humanitaire dans le nord du Tigré	Région africaine	Urgence complexe	Niveau 3 (OMS et Comité permanent interorganisations)
COVID-19	Monde entier	Pandémie de COVID-19	Niveau 3
Afghanistan	Région de la Méditerranée orientale	Urgence complexe	Niveau 3 (OMS et Comité permanent interorganisations)
République arabe syrienne	Région de la Méditerranée orientale	Urgence complexe	Niveau 3
République démocratique du Congo	Région africaine	Méningite	Niveau 2
Madagascar	Région africaine	Malnutrition	Niveau 2
Mali	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Guinée : poliomyélite, 2019	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Côte d'Ivoire : poliomyélite, 2019	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Burkina Faso : poliomyélite, 2019	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Terminée
Tadjikistan, Kirghizistan, Ouzbékistan	Région européenne	Flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale	Niveau 2
Bénin	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Nigéria	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Niger	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Tchad	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
République centrafricaine	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Cameroun	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Ghana	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Kenya	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
République démocratique du Congo	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2

Pays/zone	Région	Type de crise	Niveau le plus récent
Myanmar	Région de l'Asie du Sud-Est	Crise humanitaire	Niveau 2
République démocratique du Congo	Région africaine	Flambée de maladie à virus Ebola	Terminée
Guinée	Région africaine	Fièvre jaune	Niveau 2
République démocratique du Congo	Région africaine	Flambée de maladie à virus Ebola	Niveau 2
Djibouti	Région de la Méditerranée orientale	Inondations	Niveau 2
République centrafricaine	Région africaine	Rougeole	Niveau 2
République-Unie de Tanzanie : poliomyélite, 2021	Région africaine	Poliomyélite	Niveau 2
Namibie : poliomyélite, 2021	Région africaine	Poliomyélite	Niveau 2
Ouganda : poliomyélite, 2021	Région africaine	Poliomyélite	Niveau 2
Sénégal : poliomyélite, 2021	Région africaine	Poliomyélite	Niveau 2
Gambie : poliomyélite, 2021	Région africaine	Poliomyélite	Niveau 2
Mauritanie : poliomyélite, 2021	Région africaine	Poliomyélite	Niveau 2
Libéria : poliomyélite, 2021	Région africaine	Poliomyélite	Niveau 2
Togo	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Zambie	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Bassin du lac Tchad	Région africaine	Flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale	Niveau 2
République démocratique du Congo	Région africaine	Rougeole	Niveau 2
Angola	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Burkina Faso	Région africaine	Crise humanitaire	Niveau 2
Pakistan	Région de la Méditerranée orientale	Flambée de VIH	Niveau 2
Rougeole dans la Région européenne, 2019	Région européenne	Flambée de rougeole	Niveau 2
Djibouti	Région africaine	Paludisme	Niveau 2
Mozambique	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
Corne de l'Afrique, 2018–2019	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2
République démocratique du Congo, 2018	Région africaine	Flambée de poliomyélite	Niveau 2

Pays/zone	Région	Type de crise	Niveau le plus récent
Soudan	Région de la Méditerranée orientale	Urgence complexe	Niveau 2
Libye	Région de la Méditerranée orientale	Urgence complexe	Niveau 2
Opérations en Cisjordanie et en territoire palestinien occupé, 2017-2021	Région de la Méditerranée orientale	Crise humanitaire	Niveau 2
Plusieurs endroits	Monde entier	Flambée de syndrome respiratoire du Moyen-Orient	Niveau 2
Burkina Faso	Région africaine	Hépatite E	Terminée
Niger	Région africaine	Inondations et flambée de choléra	Niveau 1
Nigéria	Région africaine	Flambée de choléra	Niveau 1
Madagascar	Région africaine	Peste	Niveau 1
Mauritanie	Région africaine	Fièvre de la vallée du Rift	Niveau 1
Tchad	Région africaine	Chikungunya	Niveau 1
Liban	Région de la Méditerranée orientale	Explosion de Beyrouth	Niveau 1
Liban	Région de la Méditerranée orientale	Conflit	Niveau 1
Namibie	Région africaine	Hépatite E	Niveau 1

**TABLEAU 2. SITUATIONS D'URGENCE PROLONGÉES AU COURS DE LA PÉRIODE VISÉE
(1^{ER} JANVIER-30 SEPTEMBRE 2021)**

Pays	Région	Date du classement initial	Type de crise	Niveau initial	Date du dernier classement	Niveau le plus récent
République démocratique du Congo (2017-2019)	Région africaine	29/08/2017	Urgence complexe	Niveau 3	25/09/2020	Urgence prolongée de niveau 3
Somalie	Région de la Méditerranée orientale	16/02/2017	Urgence complexe	Niveau 2	08/08/2019	Urgence prolongée de niveau 3
Yémen	Région de la Méditerranée orientale	02/04/2015	Urgence complexe	Niveau 2	07/05/2020	Urgence prolongée de niveau 3
Nigéria	Région africaine	01/04/2015	Crise humanitaire	Niveau 2	19/10/2018	Urgence prolongée de niveau 3
Soudan du Sud	Région africaine	12/02/2014	Crise humanitaire	Niveau 3	01/05/2017	Urgence prolongée de niveau 3
Mozambique	Région africaine	22/10/2020	Crise humanitaire	Niveau 2	26/08/2021	Urgence prolongée de niveau 2
Conflit opposant l'Arménie et l'Azerbaïdjan	Région européenne	31/03/2021	Conflit	Urgence prolongée de niveau 2	31/03/2021	Urgence prolongée de niveau 2
Cameroun	Région africaine	09/11/2018	Crise humanitaire	Niveau 2	26/09/2020	Urgence prolongée de niveau 2

Pays	Région	Date du classement initial	Type de crise	Niveau initial	Date du dernier classement	Niveau le plus récent
Myanmar (Rakhine)/ Bangladesh	Région de l'Asie du Sud-Est	15/09/2017	Conflit	Niveau 2	01/05/2019	Urgence prolongée de niveau 2
Myanmar	Région de l'Asie du Sud-Est	12/06/2017	Conflit/troubles civils	Urgence prolongée de niveau 2	12/06/2017	Urgence prolongée de niveau 2
Iraq	Région de la Méditerranée orientale	12/06/2014	Urgence complexe	Niveau 2	04/02/2019	Urgence prolongée de niveau 2
Niger	Région africaine	07/04/2015	Conflit	Niveau 2	01/05/2017	Urgence prolongée de niveau 2
Cameroun	Région africaine	01/04/2015	Conflit	Niveau 2	01/05/2017	Urgence prolongée de niveau 2
République centrafricaine	Région africaine	28/03/2013	Crise humanitaire	Niveau 2	01/05/2017	Urgence prolongée de niveau 2
Ukraine	Région européenne	20/02/2013	Conflit	Niveau 1	19/12/2019	Urgence prolongée de niveau 2
Éthiopie	Région africaine	18/11/2015	Crise humanitaire	Niveau 2	12/06/2018	Urgence prolongée de niveau 1
Mali	Région africaine	04/02/2013	Conflit	Niveau 2	20/07/2017	Urgence prolongée de niveau 1