

Recueil national des statistiques sanitaires au Liban

en collaboration avec



Édition 2012

**RECUEIL NATIONAL
DES STATISTIQUES SANITAIRES AU LIBAN**

REMERCIEMENTS

L'Institut de gestion de la santé et de la protection sociale (IGSPS) tient à remercier

L'équipe du Ministère de la Santé Publique dirigée par Docteur Walid Ammar,

L'équipe du Bureau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au Liban

Le Conseil de Recherche de l'Université Saint-Joseph de Beyrouth

Tous les ministères, universités, Organisations Non Gouvernementales (ONG) et individus qui ont bien voulu partager leurs informations avec nous et sans qui la réalisation de ce recueil n'aurait pas été possible.

AVANT-PROPOS

Ce document a été réalisé par l'équipe de l'Institut de gestion de la santé et de la protection sociale (IGSPS) de l'Université Saint-Joseph sous la coordination de Dr. Michèle Kosremelli Asmar avec le support technique et financier du bureau de l'OMS au Liban et du Ministère de la Santé Publique.

Directeur de l'IGSPS

Dr. Walid el Khoury

Conception et rédaction

Dr. Michèle Kosremelli Asmar
Joumana Stéphan Yéretzian

Biostaticienne

Joumana Stéphan Yéretzian

Enquêteurs et opérateurs

Sabine Nassar
Jihane Hoayek

Support technique et scientifique

Dr. Walid Ammar (DG-MSP)
Dr. Alissar Radi (OMS)

Contributeur

Hana Nassif

Secrétariat

Christiane Bakhache

MOT DU DIRECTEUR DE L'IGSPS

Notre deuxième édition du « Recueil de Statistiques Sanitaires au Liban » s'adresse, bien sûr, au grand public intéressé par le système sanitaire au Liban, mais aussi, aux chercheurs et spécialistes dans les différents domaines de la santé au Liban et dans la région, comme document de référence.

Elle est publiée, tout comme l'édition précédente de 2004, par l'Institut de Gestion de la Santé et de la Protection Sociale (IGSPS) de l'Université Saint-Joseph en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé et le Ministère de la Santé Publique.

Il s'agit d'une compilation de données disponibles auprès des différents organismes du secteur de la santé au Liban, basée sur les « WHO guidelines for reporting indicators ».

L'accroissement des besoins d'information nous pousse à croire que l'évolution de cette compilation de données constituera, non seulement une source d'informations sur la santé publique au Liban mais qu'elle puisse, à terme, constituer la pierre angulaire d'un projet de plus large envergure, nécessitant un effort soutenu, et permettant le développement d'un système global et informatisé de collecte et d'analyses de données nationales, utile à des fins de gestion et de pilotage des tableaux de bord.

Ce recueil est le fruit d'un travail minutieux, sérieux et contrôlé de collecte de données, et présente l'avantage d'une meilleure possibilité de recherche des résultats et des indicateurs. Je vous invite vivement à le parcourir et puiser les données utiles dans l'exercice de votre profession.

Je tiens à remercier toutes les personnes qui ont contribué directement ou indirectement à l'élaboration de ce document de référence et plus précisément l'équipe de l'IGSPS pour son effort de validation et son souci omniprésent de transparence.

Je renouvelle mon souhait d'améliorer et d'institutionnaliser dans un avenir proche cette collecte de données et de définition d'indicateurs pour qu'elle puisse contribuer au développement des structures de surveillance nationales, apporter un soutien technique aux actions nationales et servir d'outil d'aide à la décision dans les politiques sanitaires.

Dr Walid El Khoury
Directeur de l'Institut de Gestion de la Santé
et de la Protection Sociale

MOT DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le Ministère de la santé publique (MSP) s'est engagé il y a plus de 15 ans dans une réforme sanitaire visant à améliorer la performance du système de santé et par conséquent la santé de la population au Liban; par conséquent, le Ministère de la santé publique a développé une stratégie nationale basée sur les données statistiques et les études de recherche qui ont identifié les problèmes et le dysfonctionnement du système de santé. Cette stratégie a été réévaluée en répétant les études et en reproduisant les données statistiques qui ont mis en évidence le succès de la réforme sur plusieurs plans. C'est ainsi que le rapport sur La Santé Dans le Monde publié par l'OMS en 2010 reconnaît les réalisations de la réforme par un encadré spécial intitulé: « Les réformes au Liban : améliorer l'efficacité du système de santé, augmenter la couverture et réduire les dépenses directes des ménages ».

Dans cette perspective, il a été primordial de grouper l'information en matière de santé qui permettrait aux professionnels ainsi qu'aux décideurs en politique de santé d'avoir accès aux données nationales; l'USJ a pris l'initiative en 2004 de développer le premier Recueil National Sanitaires; en 2012, l'USJ reprend l'initiative et produit le second Recueil National de statistiques Sanitaires, développé par l'IGSPS, avec le support de l'OMS, et en collaboration continue avec l'OMS et le MSP.

Cette deuxième édition, améliorée en termes d'organisation et de variété du contenu, constitue une source riche et étalée, d'informations sanitaires mise à la disposition des gens concernés.

Je tiens à féliciter l'équipe de l'IGSPS pour ce travail assidu et exhaustif, en espérant déjà produire dans le prochain futur la 3^{ème} édition.

Dr Walid Ammar
Directeur Général
Ministère de la Santé Publique au Liban

MOT DU BUREAU DE L'OMS À BEYROUTH

Les efforts du Ministère de la Santé en matière de renforcement du système de santé pour améliorer sa performance ont abouti dans plusieurs domaines et sont reflétés en terme d'indicateurs de santé de la population.

Par contre, malgré la richesse de l'information en matière de santé et la multitude de recherches scientifiques, l'accès à l'information sanitaire, en l'absence d'un système National d'information sanitaire bien établi présente un défi important vu la fragmentation de l'information.

L'USJ, notamment l'IGSPS, pour la deuxième fois en moins de 10 ans, a pris l'initiative de développer un Recueil Sanitaire National englobant le maximum d'information sanitaire disponible, d'une façon systématique et standardisée.

L'OMS, en collaboration avec le MSP, a voulu soutenir cette initiative vu son importance et son utilité tant aux cadres professionnels qu'aux décideurs en matière de politique de santé; notre bureau à Beyrouth a entamé son soutien à ce projet fin 2011 durant le mandat de Dr Sameen Siddiqi, représentant alors du bureau de l'OMS au Liban, et c'est grâce à l'efficacité de l'équipe qui a pris en charge de rédiger et de finaliser ce document que je peux, en tant que représentant actuel pour le Liban, lancer ce document

Je tiens à réitérer que l'OMS encouragera toujours ce partenariat entre le secteur académique et gouvernemental pour le bénéfice de la santé publique.

Dr Hassan El Bushra
Représentant par intérim de l'OMS au Liban

TABLE DE MATIÈRES

Remerciements	3
Avant-propos	4
Mot du Directeur de l'IGSPS	5
Mot du Ministère de la Santé Publique	6
Mot du Bureau de l'OMS à Beyrouth	7
Table de matières	8
Liste des tableaux	11
Liste des figures et des encadrés	13
Liste des Abréviations	14
Introduction	17
I. Objectifs et méthodologie du recueil	19
I.1 Objectifs du recueil	20
I.2 Méthodologie	21
II. Aperçu sur le Liban	23
II.1 Le Liban	24
II.2 Le système de santé libanais	27
Phase 1: La phase de pré-indépendance (1864-1943)	27
Phase 2: La période de l'indépendance (1943-1960)	27
Phase 3: Les réformes (1960-1975)	27
Phase 4: La guerre civile (1975-1992)	28
Le système de santé actuel (1993 -)	29
II.2.1 Objectifs du Millénaire pour le Liban	36
MDG 4 – Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans	36
MDG 5 – Améliorer la santé maternelle	38
MDG 6 – Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies	40
II.2.2 – Réglementation de la Santé publique au Liban	43
I- Partie générale	43
A. Patient	43
B. Hygiène – Santé publique	43
C. Maladies transmissibles	43
D. Organisation-Ministère de la Santé	43
E. Gestion	45
F. Informatique	45
G. Banque du sang	45
H. Prélèvement tissus	46
I. Laboratoire central	46
J. Divers	46
II- Laboratoires – Dispensaires – Hôpitaux	46
A. Organisation – Ministère de la santé	46
B. Gestion	47
C. Divers	48
III- Dispositions diverses	48
A. Hygiène – Santé publique	48
B. Divers	48
III. Indicateurs de l'état de santé et du système de santé	49
III.1 Indicateurs de l'état de santé	50
III.1.1 Mortalité au Liban	50
III.1.1.1 Mortalité maternelle et infantile	52
III.1.1.2 Mortalité maladies transmissibles	52
III.1.1.3 Mortalité Hospitalière	52
III.1.1.4 Mortalité autres causes	52
III.1.2 Morbidité au Liban	53

III.1.2.1 Morbidité infectieuse	53
III.1.2.1.1 Tuberculose	55
III.1.2.2 Morbidité chronique	55
III.1.2.2.1 Cancer	55
III.1.2.2.2 VIH/SIDA	57
III.1.2.2.3 Santé mentale	58
III.1.2.3 Opérations à cœur ouverts couvertes par le Ministère de la Santé Publique	59
III.1.2.4 Brûlure	59
III.1.2.5 Accidents de la Route	60
III.1.2.6 Maladies génétiques	61
III.1.3 Facteurs de risque (Intentionnels, Non Intentionnels)	63
III.1.3.1 Toxicomanie	63
III.1.3.2 Tabagisme et autres facteurs de risques pour maladie non transmissibles	66
III.1.4 Groupes spéciaux	70
III.1.4.1 Personnes âgées	70
III.1.4.2 Handicapés	72
III.1.4.3 Mère/Enfant	74
i-Contraception	74
ii-Vaccination	75
III.1.4.4 Jeunes/Adolescents	76
III.1.4.5 Réfugiés	81
III.1.4.5.1 Palestiniens	81
III.1.4.5.2 Autres Réfugiés	83
III.1.4.6 Prisonniers	85
III.2 Indicateurs du système de santé	89
III.2.1 Infrastructure	89
III.2.1.1 Soins ambulatoires	89
III.2.1.2 Secteur hospitalier	91
III.2.1.3 Technologie et équipements lourds dans les hôpitaux	93
III.2.1.4 Autres infrastructures de santé	94
III.2.1.4.1 Pharmacies et laboratoires	94
III.2.1.4.2 Centres de dialyse, de physiothérapie et de radiologie	95
III.2.1.4.3 Licences octroyés par le MSP pour l'ouverture d'infrastructures de santé	95
III.2.1.4.4 Banques de Sang	96
III.2.1.4.5 Système de transport d'urgence et postes de secours	97
III.2.1.4.6 Don d'organes	97
III.2.1.4.7 Soins à Domicile	99
III.2.1.4.8 Compagnies d'Assurances	99
III.2.1.4.9 Garderies autorisées par le MSP	102
III.2.2 Main d'Œuvre	104
III.2.2.1 Ordres et Syndicats	104
III.2.2.1.1 Médecins	104
III.2.2.1.2 Pharmaciens	104
III.2.2.1.3 Dentistes	104
III.2.2.1.4 Infirmières	104
III.2.2.1.5 Physiothérapeutes	104
III.2.2.1.6 Autres professionnels de santé	104
III.2.2.2 Effectif des diplômés en profession de santé pour l'année universitaire 2007-2008	106
III.2.2.3 Nouvelles autorisations d'exercice des professions médicales et paramédicales données par le MSP	107
III.2.2.4 Institutions d'éducation en santé	108
III.2.2.4.1 Université	109
III.2.2.4.2 Instituts universitaires et collèges	110
III.2.3 Surveillance sanitaire et programmes de santé nationaux	111
III.2.3.1 Surveillance sanitaire	111
III.2.3.1.1 Système de surveillance de routine en santé	111
III.2.3.1.2 Système de surveillance scolaire	112
III.2.3.1.3 Système d'avertissement et de réponse précoce	112
III.2.3.2 Programmes de Santé Nationaux	114
III.2.3.2.1 Programme national de lutte contre le SIDA (NAP)	114
III.2.3.2.2 Programme de soins de santé primaires (PHCP)	114

III.2.3.2.3 Programme EPI	115
III.2.3.2.4 Programme national de santé scolaire	115
III.2.3.2.5 Programme national de lutte contre la tuberculose (NTP)	115
III.2.4 Financement du système de santé	116
III.2.5 Médicaments	122
IV. Les déterminants de santé	125
IV.1 Pauvreté	126
IV.2 Emploi	129
IV.3 Environnement	134
IV.3.1 Eau	135
IV.3.2 Pollution	141
IV.3.3 Déchets	151
V. Les principaux partenaires de santé	157
Références	159
Annexe 1 – Lettre d’autorisation du ministère de la santé publique	163

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 – Indicateurs démographiques (2010)	25
Tableau 2 – Indicateurs Sociaux (2007)	26
Tableau 3 – Indicateurs Economiques (2009)	26
Tableau 4 – Progrès au niveau du MDG 4 -Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Liban	37
Tableau 5 – Progrès des sous régions arabes MDG4 – Taux de Mortalité des enfants en dessous de 5 ans (par 1 000 naissances vivantes) par sous région	38
Tableau 6 – Statistiques relatives à la santé maternelle et reproductive (2009)	38
Tableau 7 – Statistiques nationales de la Tuberculose au Liban (2009)	41
Tableau 8 – Taux d’incidence et de prévalence de la tuberculose par sous-régions	42
Tableau 9 – Taux de mortalité due à la tuberculose par sous régions	42
Tableau 10 – Mortalité au Liban (2010)	51
Tableau 11 – Mortalité par causes (2009)	52
Tableau 12 – Les 10 causes de morbidité au Liban entre 1984-2010.	53
Tableau 13 – Effectif des patients atteints de maladies infectieuses par région (2011)	54
Tableau 14 – Cas de Tuberculose au Liban (2009)	55
Tableau 15 – Distribution des patients atteints de cancer (2007)	56
Tableau 16 – Nombre cumulé de cas déclarés de VIH/SIDA (janvier 1989 à novembre 2011).	57
Tableau 17 – Distribution de la population à l’Hôpital de la Croix (2008)	58
Tableau 18 – Prévalence et sévérité des psychoses du DSM-IV à IDRAAC (n = 2857)	58
Tableau 19 – Types d’interventions cardiaques	59
Tableau 20 – Données sur les cas de brûlés (2010)	59
Tableau 21 – Cas d’accident de la route au Liban (2010)	60
Tableau 22 – Déficiences moléculaires et génétiques	62
Tableau 23 – Incidence des maladies génétiques par région	62
Tableau 24 – Nombre de bénéficiaires toxicomanes admis au programme de réhabilitation (2003-2010)	64
Tableau 25 – Services offerts en matière de toxicomanie (2008)	65
Tableau 26 – Nombre des parents ayant participé au programme de réhabilitation de toxicomanes (2003-2008)	65
Tableau 27 – Prise en charge de la toxicomanie par des institutions (2008)	66
Tableau 28 – Consommation de cigarettes chez les adultes libanais (25-64) par âge et genre (2009)	67
Tableau 29 – Consommation d’alcool chez les adultes Libanais (25-64) par âge et genre (2009)	67
Tableau 30 – Activités physiques des adultes Libanais (25-64) par âge et genre (2009)	68
Tableau 31 – Pourcentage des répondants classifiés en surpoids (IMC \geq 25), Liban (2009)	68
Tableau 32 – Pourcentage des répondants classifiés comme obèse (IMC \geq 30), Liban (2009)	68
Tableau 33 – Moyenne des repas pris hors du domicile par semaine parmi les Libanais adulte (25-64) par âge et genre (2009)	69
Tableau 34 – Distribution des personnes âgées par âge, genre et région (2007) (n = 377 473)	70
Tableau 35 – Institutions pour personnes âgées (2010)	71
Tableau 36 – Services aux personnes âgées	71
Tableau 37 – Répartitions du taux d’handicapés selon le genre, l’âge, les régions et le type de déficience (2009)	73
Tableau 38 – Bénéficiaires et services médicaux pour handicapés rendus dans les centres du MAS	73
Tableau 39 – Indicateurs femmes et enfants (2009)	74
Tableau 40 – Calendrier national de vaccination	75
Tableau 41 – Taux de vaccination contre la poliomyélite par régions (2010)	76
Tableau 42 – Résultats GSHS 2011 pour le Liban (n = 2 286)	77
Tableau 43 – Caractéristiques des jeunes au Liban	80
Tableau 44 – Réfugiés Palestiniens enregistrés à l’UNRWA (n = 433 000)	82
Tableau 45 – Écoles et Services de santé disponibles à travers l’UNRWA (juin 2011)	82
Tableau 46 – Conditions de vie des réfugiés Palestiniens au Liban (juin 2011)	83
Tableau 47 – Etat de santé des réfugiés Palestiniens au Liban (juin 2011)	83
Tableau 48 – Réfugiés et demandeurs d’asile au Liban (2011)	84
Tableau 49 – Réfugiés ayant eu recours à des soins de santé subventionnés par l’UNHCR (2011)	84
Tableau 50 – Caractéristiques et descriptif des prisons et des prisonniers (2011)	86
Tableau 51 – Personnel médical dans les prisons (2009)	87
Tableau 52 – Consultations médicales dans les prisons (2009)	87
Tableau 53 – Répartition des maladies par type dans les prisons (2009)	88
Tableau 54 – Hôpitaux et les centres de santé ayant un contrat avec les FSI (2009)	88

Tableau 55 – Nombre et distribution des centres de santé primaires par type d'appartenance (2010)	90
Tableau 56 – Répartition des consultations par type de spécialités (2010) (n = 1177548)	90
Tableau 57 – Répartition des hôpitaux selon le type et le nombre de lits (2011)	91
Tableau 58 – Distribution des hôpitaux publics, privés et militaire, par région et nombre de lits (2011)	92
Tableau 59 – Liste des hôpitaux universitaires publics et privés (2011)	92
Tableau 60 – Nombre d'hôpitaux ayant des contrats avec le Ministère de la santé par type et Mohafazat (2010)	92
Tableau 61 – Nombre d'admissions par type d'hôpital et lieu géographique (2010)	93
Tableau 62 – Technologie disponible (2010)	93
Tableau 63 – Distribution de la technologie par région (2010)	94
Tableau 64 – Répartition géographique des pharmacies et laboratoires selon les Mohafazats (2011)	94
Tableau 65 – Répartition géographique des centres de dialyse, de physiothérapie et de radiologie (2011)	95
Tableau 66 – Nombre de licences octroyées par le MSP pour l'ouverture d'infrastructures de santé (2010)	95
Tableau 67 – Répartition des Banques de sang par type et par région	96
Tableau 68 – Missions effectuées par la CRL lors des guerres (2006-2007)	97
Tableau 69 – Missions hors conflits effectuées par la CRL (2009-2010)	97
Tableau 70 – Don d'organes au Liban par cause de décès (2010-2011)	98
Tableau 71 – Statistiques relatives aux dons d'organes au Liban (mai 1990 et décembre 2010)	98
Tableau 72 – Liste des assurances privées au Liban (2010)	99
Tableau 73 – Nombre de garderies par région (2011)	102
Tableau 74 – Statistiques des Ordres professionnels	105
Tableau 75 – Statistiques des syndicats professionnels (2009)	106
Tableau 76 – Distribution des diplômés en discipline liées à la santé (2007-2008)	107
Tableau 77 – Distribution d'autorisations d'exercice des professions sanitaires (2008)	107
Tableau 78 – Dénomination des diplômés des Universités dans le domaine de la santé (2011)	109
Tableau 79 – Forme hebdomadaire pour le système sentinelle de surveillance ambulatoire A3S	112
Tableau 80 – Formulaire de déclaration basée sur les cas décelés	113
Tableau 81 – Utilisation et dépenses des tiers payants publiques (2005)	116
Tableau 82 – Budget du Ministère de la Santé Publique (1 000.L.L)	117
Tableau 83 – Répartition des charges à payer par le Ministère de la Santé Publique, sur les soins curatifs (2005)	118
Tableau 84 – Hospitalisation en soins aigus (2005)	118
Tableau 85 – Répartition des dépenses publiques (2005)	118
Tableau 86 – Adhérents aux assurances privées par type de couverture (en USD) (2005)	119
Tableau 87 – Primes et réclamations des assurances privées (en USD) (2005)	119
Tableau 88 – Mutuelles : adhérents contribution par type de couverture (2005)	119
Tableau 89 – Contribution du gouvernement au fond des mutuelles (1 000 L.L) (2005)	120
Tableau 90 – Dépenses annuelles des ménages par type de dépenses (L.L) (2004-2005)	120
Tableau 91 – Dépenses liées aux hospitalisations et aux médicaments par les ménages et les intermédiaires (L.L) (2005)	120
Tableau 92 – Comparaison internationale des dépenses de santé par habitant et en pourcentage du PIB	121
Tableau 93 – Importations et des exportations des produits pharmaceutiques (2005-2011)	122
Tableau 94 – Nombre de cas de cancer traités en 2009 selon le Drug Dispensing Center du MSP (n = 1136)	122
Tableau 95 – Distribution géographique des centres appartenant au réseau du YMCA et nombre de bénéficiaires (2010)	123
Tableau 96 – Pourcentage des maladies chroniques selon les bénéficiaires du réseau de YMCA (2010)	123
Tableau 97 – Distribution des patients du réseau de YMCA selon leur âge et type de maladies (2010)	124
Tableau 98 – Moyenne des consommations par personne et par Mohafazats (1 000 LL) (2004-2005)	127
Tableau 99 – Mesures de pauvreté par Mohafazats (2004-2005)	127
Tableau 100 – Distribution des groupes de pauvreté (%) dans les Mohafazats (2004-2005)	128
Tableau 101 – Structure du marché du travail au Liban (2009)	129
Tableau 102 – Emploi au Liban (15 ans et plus) (2009)	130
Tableau 103 – Chômage au Liban (2009)	131
Tableau 104 – Emploi : quelques chiffres comparatifs (2007)	133
Tableau 105 – Demande annuelle en eau pour la période 2010-2030 en mm ³ et part du total (2009)	139
Tableau 106 – Estimation de la production d'eaux usées domestiques	140
Tableau 107 – Coût annuel de la dégradation de la qualité de l'air (2004)	141
Tableau 108 – Valeurs guides de l'OMS et du Ministère de l'Environnement Libanais sur la qualité de l'air	142
Tableau 109 – Polluants de l'air par catégorie	143
Tableau 110 – Aperçu de polluants provenant d'autres sources	144
Tableau 111 – Niveau de SO ₂ à Beyrouth	146
Tableau 112 – Niveau de PM dans la ville de Beyrouth	148
Tableau 113 – Aperçu des indicateurs de la qualité de l'air au Liban	148
Tableau 114 – Polluants gazeux à Chekka et dans les villages du Koura	149
Tableau 115 – Aperçu sur les principales unités de traitement de déchets biomédicaux au Liban (2010)	155

LISTE DES FIGURES ET DES ENCADRÉS

Figure 1 – Organigramme du Ministère de la Santé Publique	31
Figure 2 – Distribution des enfants par raison de non immunisation	37
Figure 3 – Taux de mortalité maternelle par pays	40
Figure 4 – Évolution du taux de décès entre 2004-2010	51
Figure 5 – Nouveaux cas de VIH/SIDA (2007-2011)	57
Figure 6 – Tendances des demandes de services de toxicomanies par genre (2010)	63
Figure 7 – Répartition des utilisateurs de drogue selon l'âge du début de consommation (2010)	64
Figure 8 – Évolution du nombre de cartes pour personnes handicapées décernées par le Ministère des Affaires Sociales (1996-2011)	72
Figure 9 – Demandes de sang et plaquettes fournies par « Donner Sang Compter » (janvier 2009 et 2012)	96
Figure 10 – Évolution de la branche assurance-maladie (2007-2010)	101
Figure 11 – Distribution des primes dans le secteur de la santé selon le classement des compagnies d'assurances (2010)	101
Figure 12 – Distribution des sinistres dans le secteur de la santé selon le classement des compagnies d'assurances (2010)	102
Figure 13 – Structure Organisationnelle du système de santé	103
Figure 14 – Évolution des autorisations d'exercice des professions médicales et paramédicales (2003-2008)	108
Figure 15 – Prototype du formulaire de déclaration des maladies transmissibles	111
Figure 16 – Évolution de la part du budget du MSP (2003-2007)	117
Figure 17 – Distribution de la population entre pauvre et non pauvre (2004-2005)	126
Figure 18 – Tendance du taux d'activité économique (15 ans et plus) (2004 et 2009)	132
Figure 19 – Tendance du taux d'activité économique (15 ans et plus) (2004 et 2009)	132
Figure 20 – Tendance du taux de chômage (15 ans et plus) (2004-2009)	133
Figure 21 – Nombre de cas signalés de maladies d'origine hydrique au Liban (2001-2010)	136
Figure 22 – Taux des ménages et nombre de la population connecté au réseau public d'approvisionnement en eau (2009)	138
Figure 23 – Pourcentage du budget des ménages alloué à l'achat d'eau (2009)	139
Figure 24 – Forces motrices agissant sur la qualité de l'air au Liban	142
Figure 25 – Estimation des charges de polluants atmosphériques provenant des activités industrielles au Liban	144
Figure 26 – Niveau de SO ₂ dans plusieurs villes du monde	146
Figure 27 – Comparaison des niveaux maximum de carbonyles entre Beyrouth et Rome	147
Figure 28 – Concentrations de quatre métaux lourds dans des légumes lavés et non lavés	150
Figure 29 – Sort des Déchets Solides Municipaux au Liban (2010)	152
Figure 30 – Données AEC (hôpitaux, labo, dispensaires, centres de Santé, ONG, ...) (2011)	155
Encadré 1 – « Success story »: L'initiative de Wadi Khaled	39
Encadré 2 – Les Palestiniens réfugiés à travers l'UNRWA (juin 2011)	83
Encadré 3 – Éducation	85

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACAL	Association des Compagnies d'Assurance au Liban
ADHD	Attention Deficit and Hyperactivity Disorder
AE	Allaitement exclusif
ARV	Antirétroviraux
AUB	American University of Beirut
AUBMC	American University of Beirut Medical Center
AUST	American University of Science and Technology
AUT	American University Technology
BA	Bachelor of arts
BAU	Beirut Arab University
BS	Bachelor of science
BT	Baccalauréat Technique
CAS	Central Administration of Statistics
CCC	Chronic Care Center
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CO	Monoxyde de carbone
CRI	Croix Rouge Internationale
CRL	Croix Rouge Libanaise
CSP	Centres de Soins Primaires
CT scan	Tomodensitométrie
DASRI	Déchets d'Activité des Soins à Risques Infectieux
DBM	Déchets Bio-Médicaux
DOT	Directly Observed Treatment
DSM	Déchets Solides Municipaux
DTP	Diphthérie, Coqueluche et Tétanos
DSC	Donner Sang Compter
DU	Diplôme Universitaire
EAU	Émirats Arabes Unis
ECTS	European Credit Transfer System
EMRO	Eastern Mediterranean Regional Office
EPI	Expanded Programme on Immunization
ESF	Equipe de Santé Familiale
EWARS	Emergency Warning And Response System
FSG	Forces de Sécurité Générales
FSI	Forces de Sécurité Intérieure
FSS	Forces de Sécurité Spéciale
GCC	Gulf Cooperation Council
GDS	Gestion des Déchets Solides
GSHS	Global School Health Survey
GU	Global University
HDF	Hôtel-Dieu de France
IC	Intervalle de confiance
ICD	International classification of Diseases
IDRAAC	Institute for Development, Research, Advocacy and Applied care
IGSPS	Institut de Gestion de la Santé et de la Protection Sociale
IMC	Indice de Masse Corporelle
IMC	International Medical corps

IRM	Imagerie à Résonance Magnétique
IUL	Islamic University of Lebanon
JAD	Jeunesse Anti-Drogue
JCD	Jeunesse Contre la Drogue
JU	Jinan University
KABP	Knowledge, Attitude, Belief and Practice
LAU	Lebanese American University
LDC	Least Advanced Countries
LDH	Lactate Déshydrogénase
LGU	Lebanese German University
LIU	Lebanese International University
MAS	Ministère des Affaires Sociales
MDG	Millennium Development Goals
MEESP	Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur
METAP	Mediterranean Environmental Technical Assistance Program
MFE	Mutuelle des Fonctionnaires d'État
MPH	Master of Public Health
MS	Master of Science
MSP	Ministère de la Santé Publique
MU	Makassed University
NAP	National Aids Program
NCDP	Non communicable Disease Program
NDLH	Notre Dame du Liban Hospital
NDS	Notre Dame du Secours
NDU	Notre Dame University
NHHEUS	National Household Economical and Utilisation Survey
NOOTDT	National Organization for Organ and Tissues Donation and Transplantation
NTP	National Tuberculosis Program
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OMSAR	Office of the Minister of State for Administrative Reform
ONG	Organisation Non Gouvernementale
PAPFAM	Pan Arab Project for Family Health
PET scan	Positron Emission Tomography scan
PHCP	Primary Health Care Program
PHV	Programme d'Hépatite Virale
PIB	Produit Interne Brut
PLoS	Public Library of Science
PM	Particule Matter
PNUD	Programme des Nations Unies pour le Développement
PPA	Parité de Pouvoir d'Achat
PRCS	Palestinian Red Crescent Society
PSS	Programme de Santé Scolaire
RAMOS	Reproductive Age Mortality Survey
ROR	Rougeole, Oreillons, Rubéole
SIDA	Syndrome Immuno-Déficitaire Acquis
SIDC	Service Infirmier et Développement Communautaire
TB	Tuberculose
TS	Technique Supérieur
UES	Unité d'Épidémiologie et de Surveillance
UGM	Unité de Génétique Médicale
UL	Université Libanaise
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nation Population Fund

UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNRWA	United Nations Relief and Works Agency
UPA	Université Antonine
USEK	Université Saint-Esprit Kaslik
USJ	Université Saint-Joseph de Beyrouth
VCT	Voluntary Counseling and Testing
VHP	Viral Hepatitis Program
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine
YASA	Youth Association for Social Awareness
YMCA	Young Men's Christian Association

INTRODUCTION

La ratification par le Liban de la Déclaration du Millénaire en 2000, a permis de constater que l'un des défis majeurs pour l'atteinte des huit objectifs définis consistait en l'existence de données et de statistiques mises à jour, valides et précises.

Etant donné l'absence de tout recensement dans les années récentes au Liban, il est de coutume de croire que les données sont rares dans ce pays. Ceci est cependant une croyance erronée si nous considérons que le problème au Liban émane d'un manque de dissémination, d'une difficulté d'accès et d'une absence d'uniformité des données existantes plutôt que d'un manque de données. En réalité, plusieurs organismes, gouvernementaux et non gouvernementaux collectent et analysent des données relatives à la population libanaise ou à l'un des secteurs qui les touchent. On peut citer plusieurs exemples dont l'Administration Centrale des Statistiques (CAS), des Organisations Non Gouvernementales (ONG), des ministères, des institutions académiques... De plus, ces dernières années ont permis de constater que ces institutions et organismes cherchent à diffuser les informations dont ils disposent et à les mettre à la disposition du grand public dans un objectif de sensibilisation et d'information. Plusieurs exemples nous viennent ici à l'esprit, Ministères de la santé, des affaires sociales, le centre d'asthme, les différentes ONG telles qu'Oum el Nour, Kunhadi, SIDC, Young Men Christian Association (YMCA)...

Malheureusement et par manque de coordination entre les différents acteurs, les maintes efforts menés ne permettent pas d'obtenir des résultats tangibles et concrets. Ces informations sont souvent incomplètes et présentent un caractère redondant. Ceci est clairement mentionné dans le « Rapport des Objectifs de Développement du Millénaire (MDG) » (Nations Unies, 2008, p.8) :

« L'absence de coordination entre les différents acteurs, privés, publics, sociétés civiles, organisations des Nations Unies et organismes donateurs mènent à la fragmentation et au gaspillage de ressources rares. Par conséquent, le souci principal semble être le besoin d'avoir une entité responsable d'effectuer le suivi, la coordination et l'évaluation de l'ensemble des données disponibles dans le pays assurant ainsi l'accessibilité et minimisant les duplications ».

En 2004, une première expérience a été effectuée dans ce sens par l'Institut de Gestion de la Santé et de la Protection Sociale de l'Université Saint-Joseph (IGSPS) en collaboration avec l'Ambassade d'Italie et le Ministère de la Santé Publique (MSP). Cette expérience visait à compiler, organiser et à rendre plus accessible au public l'information relative au secteur de la santé. Le résultat de cette expérience fut la publication du premier « Recueil de Statistiques Sanitaires au Liban ». Ce Recueil, a suscité chez de nombreux acteurs, des avis favorables. Il a en effet permis d'identifier des sources de données très variées et de présenter une grande panoplie de données liées à la santé. Ce Recueil confirme l'existence de données multiples au Liban et le besoin de mettre en place un mécanisme permettant de rassembler, synthétiser et diffuser ces informations.

Aujourd'hui, huit ans plus tard, la seconde édition de ce Recueil vient d'abord compléter la première édition et la mettre à jour. Cette 2^e édition est le fruit de l'effort de l'IGSPS et a obtenu le soutien de l'expertise technique et scientifique du bureau local de l'OMS. Les données seront présentées à partir de l'année 2004 et s'étaleront jusqu'en 2011 lorsque disponibles. Le but est de présenter les conditions et tendances actuelles du secteur de la santé. Dans une logique similaire à celle du premier Recueil, cette 2^e édition compilera, organisera et mettra à la disposition du grand public les données disponibles auprès des différents organismes du secteur de la santé au Liban.

Cette nouvelle version est basée sur les « lignes directrices de l’OMS pour la communication des indicateurs ». Elle incorpore les recommandations et les commentaires obtenus suite à la 1ère édition. De plus, le contenu de cette édition est plus développé que la précédente en ce qu’il couvre tous les aspects de la santé incluant, lorsque possible, les Objectifs de Développement du Millénaire pour le Liban.

Ce volume sera subdivisé en 5 parties et comprendra les chapitres suivants :

- I. Objectifs et méthodologie du recueil
- II. Aperçu sur le Liban
- III. Indicateurs de l’état de santé et du système de santé
- IV. Déterminants de santé
- V. Principaux Partenaires de santé

I- Objectifs et méthodologie du recueil

I.1 – OBJECTIFS DU RECUEIL

Les objectifs de ce rapport sont triples :

- assurer la transparence,
- augmenter l'accessibilité de l'information et
- éviter les duplications.

À date, l'effort a surtout consisté dans la publication de deux Recueils avec huit ans d'écart. Ces deux expériences et l'analyse de leur contenu indiquent que bien que de nombreux progrès aient pu être réalisés au niveau de plusieurs axes, il reste encore beaucoup à faire pour améliorer les indicateurs de santé et développer des politiques de santé adéquates au Liban.

Ce Recueil se veut un outil de travail et d'aide à la décision. Il revêt donc un caractère de grande importance pour les planificateurs, les décideurs, les gestionnaires, les médias, les étudiants et toute personne ou institution œuvrant dans le secteur de la santé. Par conséquent, tous nos efforts iront vers la validation des données et leur unification quand nécessaire. Malgré que nous nous limitons aux données sanitaires nationales, ce Recueil inclura aussi des données issues d'études ciblées qui ont été menées dans le pays durant la période 2004-2012.

Ces deux documents, nous l'espérons, constitueront la pierre angulaire d'un projet de plus large envergure, nécessitant un effort soutenu, et permettant le développement d'un système global et informatisé de collecte et d'analyses de données.

I.2 – MÉTHODOLOGIE

Afin d'atteindre l'objectif voulu, l'équipe de travail a suivi une méthodologie structurée qui comprend cinq étapes :

1. Préparation
2. Collecte des données
3. Élaboration des tableaux et graphes
4. Rédaction des chapitres
5. Accord technique et scientifique de l'OMS

L'étape de **préparation** a consisté à bâtir sur l'expérience précédente du 1^{er} Recueil. En effet, ce dernier a constitué notre point de départ pour le deuxième recueil. Une analyse des recommandations et des commentaires obtenus a permis de proposer une nouvelle présentation du recueil qui répondrait davantage aux besoins des utilisateurs du document.

Un premier contact a été établi avec le MSP pour obtenir leur accord et leur soutien. Une lettre écrite du Ministre de la Santé Publique nous a été donnée permettant de formaliser le processus et de faciliter l'accès aux différentes sources de données (Annexe 1). Par la suite, les listes des personnes clés ont été revues et mises à jour et un premier contact a été effectué auprès des différents acteurs. Plusieurs échanges ont suivi par courrier, téléphone, e-mail, fax et entretien. Les sites web locaux et internationaux ont été exploités.

La **collecte des données** s'est étalée sur une période de 10 mois avec une mise à jour en cours de route. Cette étape visait à recueillir les données relatives au secteur de la santé selon les thématiques définies. Un format de recueil de données a été élaboré et envoyé aux personnes ressources identifiées. Ces formats ont été recueillis et les données ont été confrontées en fonction des différentes sources afin d'unifier les données. La plupart des données nous ont été envoyées sous leur forme brute et variaient dans la présentation et/ou les rubriques mentionnées. Par conséquent, un travail minutieux de validation a dû être effectué dans l'objectif de pouvoir standardiser le format de présentation afin de permettre l'exploitation ultérieure et surtout la comparaison des données. La dernière étape de la collecte de données a été la saisie de l'ensemble des informations à utiliser dans les chapitres du recueil. Il nous semble intéressant de mentionner que nous avons fait face à de nombreux problèmes durant cette étape liés aux différentes pratiques appliquées dans chacune des institutions quant à la manière de collecter les données, de les présenter et de les analyser. L'obstacle majeur qui en a résulté était lié d'abord à la consolidation des données similaires mais provenant de sources variées et ensuite à la comparabilité des données entre elles.

L'**élaboration des tableaux et de graphes** a résulté du travail effectué à l'étape précédente. Les données ont été compilées, pour chaque chapitre, en tableau ou en graphe, afin d'en faciliter la lecture et l'utilisation. Des données complémentaires nous semblaient utiles ont été incorporées dans les textes d'analyse. Le souci principal à cette étape consistait à assurer la validité, la fiabilité, la comparabilité des données et à minimiser les difficultés d'interprétation. De même, nous cherchions à travers les graphes à compléter les données chiffrées et à identifier les tendances possibles.

La **rédaction des chapitres** a consisté à situer le thème d'abord dans son contexte général et ensuite dans son contexte Libanais, plus spécifique. Une interprétation stricte des tableaux et des graphes a ensuite été rédigée.

L'**accord technique et scientifique de l'OMS** a été obtenu tant au niveau des tableaux, des graphes que du contenu des chapitres.

II- Aperçu sur le Liban

II.1 – LE LIBAN

La République Libanaise est un état démocratique parlementaire du Proche-Orient. C'est un pays de 10452 km² situé sur la Méditerranée. Il se trouve à la croisée des trois continents : l'Europe, l'Asie et l'Afrique. Il comprend administrativement six provinces divisées en vingt-six districts incluant le district de Beyrouth. Le pouvoir administratif central est dévolu au Gouverneur de chaque province.



La population du Liban est estimée à environ 3 961 820 d'habitants¹ (379 personnes par km²) avec une grande majorité (85%) habitant la région urbaine dont 38% dans la région du Mont-Liban. En terme démographique, le pays vit une forte transition : 25% sont âgés de moins de 15

¹ Le dernier recensement officiel remonte à 1932. Les données disponibles actuellement sont des estimations. Le chiffre de 4 millions est avancé par diverses sources internationales et a été utilisé dans plusieurs recherches.

II- Aperçu sur le Liban

ans et 10% sont âgés de plus de 65 ans ce qui indique que presque la moitié de la population est active avec un taux de dépendance de 52%. De plus, le taux de fécondité de 1.9 est relativement bas. L'espérance de vie est de 74 ans, variant entre 71 ans pour les hommes et 77 ans pour les femmes (OMS, 2010). Le taux de croissance national est de 1.8%.

La population libanaise se caractérise par la présence de plusieurs communautés religieuses qui se côtoient de près. La guerre civile de 1975 à 1991 a sévèrement affecté l'économie libanaise, jusque-là en plein essor; le moteur de la croissance économique libanaise se trouvait dans le voisinage arabe qui absorbait 85% des exportations libanaises. Avec la guerre, le Liban perd sa fonction d'intermédiaire régional et doit faire face désormais à une crise dont les deux principales composantes sont l'inflation et la dégradation des services publics à caractère social. Néanmoins, le taux d'analphabétisme chez les plus de 15 ans est de l'ordre de 10.3% (6.6% chez les hommes) avec un taux de la main-d'œuvre de 39% chez les plus de 15 ans (60% chez les hommes). Le taux d'analphabétisme reste nettement plus élevé chez les femmes avec 13.7% chez les plus de 15 ans alors que le taux de la main-d'œuvre chez les plus de 15 ans est 18.5% soit bien inférieur à celui des hommes.

Tableau 1

Indicateurs démographiques (2010)		
Indicateurs	n	%
Superficie (km ²)	10,452	
Population totale	3 961 820 ²	
Mont-Liban	1 508 658	38.1
Liban Nord	816 739	20.6
Békaa	533 305	13.5
Liban-Sud	446 969	11.3
Beyrouth	378 464	9.6
Nabatieh	277 686	7.0
Population urbaine		85 ³
Homme	1 957 535	49.4
Femme	2 004 285	50.6
0-14 ans	974 608	24.6
65+ ans	384 297	9.7
Taux de dépendance		52
Taux brut de naissance (‰)	91 795	23.2
Taux brut de mortalité (‰)	21 441	5.4
Taux de croissance national		1.8
Taux de fécondité (par femme)	1.9	

Source: MSP, 2010, *Bulletin de Statistiques*.

² Population libanaise sans les 260 000 à 280 000 réfugiés palestiniens résidant au Liban selon les dernières statistiques de l'UNRWA, 2011 (www.unrwa.org).

³ Année de référence: 2006 (www.emro.who.int/lebanon/).

II- Aperçu sur le Liban

Tableau 2

Indicateurs sociaux (2007)			
Indicateurs⁴	Total (%)	Hommes (%)	Femmes (%)
Taux d'analphabétisme (≥ 15 ans)	10.3	6.6	13.7
Mains d'œuvre (≥ 15 ans)	39	60.6	18.5
Niveau d'éducation actuel des personnes poursuivant des études (≥ 3 ans)			
Précolaire	12.4	12.9	12.0
Élémentaire	36.0	36.7	35.4
Intermédiaire	18.8	18.6	19.1
Secondaire	15.1	14.6	15.6
Universitaire	16.9	16.7	17.2

Source: MAS, 2007, *The National Survey of Household Living Conditions*.

Tableau 3

Indicateurs économiques (2009)	
Indicateurs	Valeur
PIB (GDP) (millions L.L.)	52 650
Croissance annuelle PIB (%)	8.5
Taux annuel d'inflation (%)	1.2
Taux de chômage (%) ⁵	9.2

Source: République Libanaise, *Présidence du Conseil des Ministres, Octobre 2010, Comptes économiques*.

⁴ Population totale: 3 759 136 5 (CAS, MAS, NHHEUS, 2007).

⁵ Rapport annuel du CAS-2007.

II.2 – LE SYSTÈME DE SANTÉ LIBANAIS

Le système de santé libanais⁶ actuel comprend quatre phases que nous décrivons brièvement.

Phase 1: La phase de pré-indépendance (1864-1943)

La médecine n'est apparue au Liban que vers la moitié du XIX^e siècle. Elle était l'apanage des grandes villes et relevait de certains médecins ou chirurgiens qualifiés. Ceux-ci appartenaient le plus souvent à l'armée Ottomane qui régissait le pays en ce temps ou étaient des missionnaires. Ces derniers ont joué un rôle principal dans l'introduction de l'éducation médicale dans le pays et principalement dans deux universités, l'une anglophone et l'autre francophone. Durant cette période, les soins de santé étaient prodigués dans des unités médicales et relevaient d'œuvres de charité principalement religieuses. Les hôpitaux publics étaient petits et prenaient en charge surtout les patients pauvres atteints de maladies contagieuses. Le gouvernement exerçait un rôle de contrôle, avec comme objectif principal de protéger la population de toutes maladies infectieuses ou risque environnemental.

Après la première guerre mondiale, le pays est mis sous mandat Français. Durant cette période plusieurs institutions se développent dont le premier Département de Santé qui est mis en place au sein du Ministère de l'Intérieur. L'influence française n'est pas négligeable: l'ensemble des administrations sont calquées sur les principes du modèle français d'inspection, de contrôle et de centralisation. Par ailleurs, un nombre de petits hôpitaux privés voient le jour et sont eux aussi calqués sur le modèle des « cliniques » Françaises.

Phase 2: La période de l'indépendance (1943-1960)

L'indépendance du Liban a été proclamée en 1943. Les affaires sanitaires relèvent désormais d'un Ministère de la Santé et des Affaires Sociales. Sa responsabilité première consistait en la supervision, la coordination, la législation, la protection de l'environnement et le contrôle des maladies contagieuses. Durant les années 50, ce Ministère a comme responsabilité d'ériger un système de santé publique. C'est ainsi que, petit à petit, les structures internes commencent à prendre forme. Un réseau d'hôpitaux et de centres de soins de santé primaires dans lesquels les soins dispensés sont gratuits pour les nécessiteux est aussi développé. Malgré ces initiatives, une grande partie du pays reste privée de ces structures et par conséquent l'accessibilité de la population aux soins est réduite. Il est à noter aussi que la majorité de ces institutions restent très centralisées. Parallèlement, les hôpitaux privés commencent à proliférer, les services offerts y sont de meilleure qualité. Des efforts sont entrepris pour renforcer les liens entre les deux secteurs privés et publics.

Phase 3: Les réformes (1960-1975)

Après 1958, le Gouvernement Libanais entreprend une série de réformes qui ont touché le secteur de la santé. Parmi les réalisations majeures nous pouvons citer:

- L'émission en 1961, d'un décret qui stipule que mis à part son rôle de régulateur du système de santé, le Ministère de la Santé est en charge de la santé publique et de la santé des nécessiteux. À cet effet, les principes des soins de santé primaires, ainsi qu'un réseau régional privé et public sont développés afin d'assurer à la population l'ensemble des soins.
- La création en 1963 de la Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS) par le décret 13955. C'est une institution semi-publique, autonome, à caractère social, qui est dotée

⁶ Extrait Asmar, M. (2011), La collaboration interprofessionnelle, cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban (Thèse de doctorat).

II- Aperçu sur le Liban

d'une personnalité morale et d'une autonomie financière et administrative. Son modèle est encore une fois calqué sur le modèle européen de la sécurité sociale. La même année, la Mutuelle des Fonctionnaires d'État (MFE) est créée en vertu d'une loi émise par le décret 14273. La MFE est un organisme public sous la tutelle du Conseil des Ministres.

Ces réformes bien qu'importantes, n'ont pas eu l'effet positif escompté. Elles ont affaibli le rôle du Ministère de la Santé dans le secteur public et elles ont créé des duplications en termes de services dispensés et de couverture sanitaire. Il en a résulté :

- de nouveaux modes de remboursement, tel que le paiement à l'acte aux conséquences lourdes : une sur-prescription des consultations médicales, des examens de laboratoire, de radiologie et de médicaments.
- une prolifération de caisses gouvernementales (six au total) qui débouchent sur des rivalités et des jeux politiques, au lieu de la coopération et de la coordination.

Phase 4: La guerre civile (1975-1992)

Avec le début de la guerre civile en 1975, les services du Ministère de la Santé Publique se détériorent et avec le temps ce ministère devient non fonctionnel. La demande d'aide et de soins s'accroît et en parallèle, le secteur public s'effondre. La seule solution qui se présente à la population vient des hôpitaux privés. Le Ministère se voit obligé de passer des contrats avec ces derniers afin d'assurer la prise en charge de toutes les victimes de la guerre et de toute la population libanaise. Par conséquent, il devient le financeur principal de ces hôpitaux. De régulateur de soins, il devient « agent contractant ». Rapidement, les dépenses de santé augmentent ; elles représentent 80% du budget du Ministère et couvrent principalement des soins secondaires et tertiaires. Le Ministère se retrouve aussi à dispenser des médicaments onéreux gratuits à toute la population. Avec la fin de la guerre, le Ministère continue à prendre en charge la population ne bénéficiant pas de couverture sociale et la CNSS se trouve dans l'incapacité de couvrir les frais des services de soins en raison de la situation économique du pays et de l'accroissement rapide des coûts de ces services. La seule lueur d'espoir qui reste, est donc l'assurance privée. Or, celle-ci n'est accessible qu'à une certaine classe socio-économique et ne peut de toute manière, à elle seule, couvrir les besoins de toute la population.

Les effets de la guerre ont été néfastes et les conséquences très lourdes. L'impact a été catastrophique sur les infrastructures, les ressources humaines et l'économie du pays dans les deux secteurs publics et privés. Le système de santé libanais n'est pas épargné ; il est totalement désintégré. Mais curieusement, même chaotiquement, le secteur privé continue à se développer.

Durant les brèves années d'accalmie, des tentatives de réforme du Ministère de la Santé ont été entreprises, le principe central étant que la santé est un droit indéniable à tout individu.

Avec la fin de la guerre du Liban en 1992, le système de santé libanais est à son niveau le plus bas. La guerre a détruit le secteur de la santé tout comme de nombreux autres secteurs du pays. S'il est évident que les problèmes du système de santé à la fin de cette période découlent directement de la guerre, certains sont inhérents à la conception du système lui-même. Quelle que soit la cause de ces problèmes, le constat reste très lourd :

- *En terme de gouvernance*, le pays se retrouve avec un Ministère de la Santé aux capacités institutionnelles, financières et managériales affaiblies qui est incapable de jouer son rôle de régulateur du système de santé. L'ensemble du parc hospitalier public semble avoir disparu et par conséquent le secteur hospitalier public est paralysé ; il devient très dépendant du secteur hospitalier privé qui en contrepartie occupe une place prédominante dans le paysage sanitaire libanais. Ce secteur continue à proliférer mais d'une manière très chaotique. Il en ressort une tendance accrue vers des soins curatifs hautement technologiques au détriment des soins préventifs et des soins de santé primaires.

II- Aperçu sur le Liban

- *En termes d'équité et d'efficacité*, la couverture sanitaire de la population est inadéquate. Il existe une grande disparité dans la qualité et la quantité des services offerts ainsi que dans leur distribution géographique, ce qui réduit l'accessibilité de la population à l'utilisation des services de santé.
- *En terme de ressources humaines*, la main-d'œuvre qualifiée est drainée en raison de l'émigration massive des professionnels de santé.
- *En terme de régime de financement et de dépenses de santé*, la fragmentation et le cloisonnement existants entre les nombreuses caisses publiques, parapubliques et privées (environ 100) (Kronfol, 2006), ainsi que l'absence de mécanismes de contrôle efficaces résultent en un pouvoir d'achat affaibli et des coûts administratifs très élevés ainsi qu'en des comportements pervers visant l'augmentation des revenus (Ammar, 2003). Par ailleurs, l'escalade continue des coûts place le pays à un niveau proche des pays industrialisés et constitue un poids financier très lourd sur les dépenses des ménages.

Face à ces constats et à un système de santé en dégradation, le Gouvernement Libanais adopte en 1993 une stratégie de réhabilitation du secteur de la santé dont l'objectif est double : soutenir le Ministère de la Santé dans son rôle de planificateur des ressources et des services de santé et réduire les dépenses de santé (Ammar, 2003). Ce projet a été financé par la Banque Mondiale ; plusieurs études et enquêtes ont été menées en collaboration avec l'Organisation Mondiale de la Santé et les différents acteurs du secteur de la santé.

Le système de santé actuel (1993-)

Le système de santé actuel est décrit par de nombreux auteurs comme étant très fragmenté et pluraliste. Le secteur public a été longtemps absent en raison de la guerre civile. Depuis, le Ministère de la Santé Publique a effectué de nombreuses réalisations. La réforme sanitaire, qui a été entamée il y a plus de 15 ans, a pu réaliser des succès reconnus par les experts mondiaux, tel que décrit dans le rapport Mondial sur la santé en 2010 par l'OMS.

Les réformes du Liban : améliorer l'efficacité du système de santé, augmenter la couverture et réduire les dépenses directes des ménages

En 1998, le Liban a dépensé 12,4% de son PIB pour la santé, plus que tout autre pays de la région méditerranéenne orientale. Les dépenses directes des ménages, représentant 60% des dépenses de santé totales, étaient aussi parmi les plus élevées de la région et constituaient un obstacle important pour les personnes à faible revenu. Depuis lors, une série de réformes a été mise en place par le ministère de la Santé afin d'améliorer l'équité et l'efficacité.

Les composants clés de cette réforme ont été : la réorganisation du réseau des soins primaires du secteur public, l'amélioration de la qualité des hôpitaux publics et de l'utilisation rationnelle des technologies médicales et des médicaments. Ce dernier point comprenait l'augmentation de l'utilisation de médicaments génériques de qualité assurée. Le ministère de la Santé a aussi cherché à renforcer son leadership et ses fonctions de gouvernance par une autorité régulatrice nationale en matière de technologie sanitaire et biomédicale, par un système d'accréditation pour tous les hôpitaux et l'engagement par contrats avec les hôpitaux privés pour des services spécifiques pour les patients hospitalisés à des prix définis. Il possède maintenant une base de données qu'il utilise pour surveiller les prestations de services dans les établissements de santé publics et privés.

L'amélioration de la qualité des services dans le secteur public, aux niveaux primaire et tertiaire, a donné lieu à une augmentation de l'utilisation, en particulier chez les pauvres. En tant que prestataire de services important, le ministère de la Santé est désormais plus à même de négocier les tarifs de services qu'il achète aux hôpitaux privés et peut utiliser la base de données pour contrôler les coûts unitaires de différents services hospitaliers.

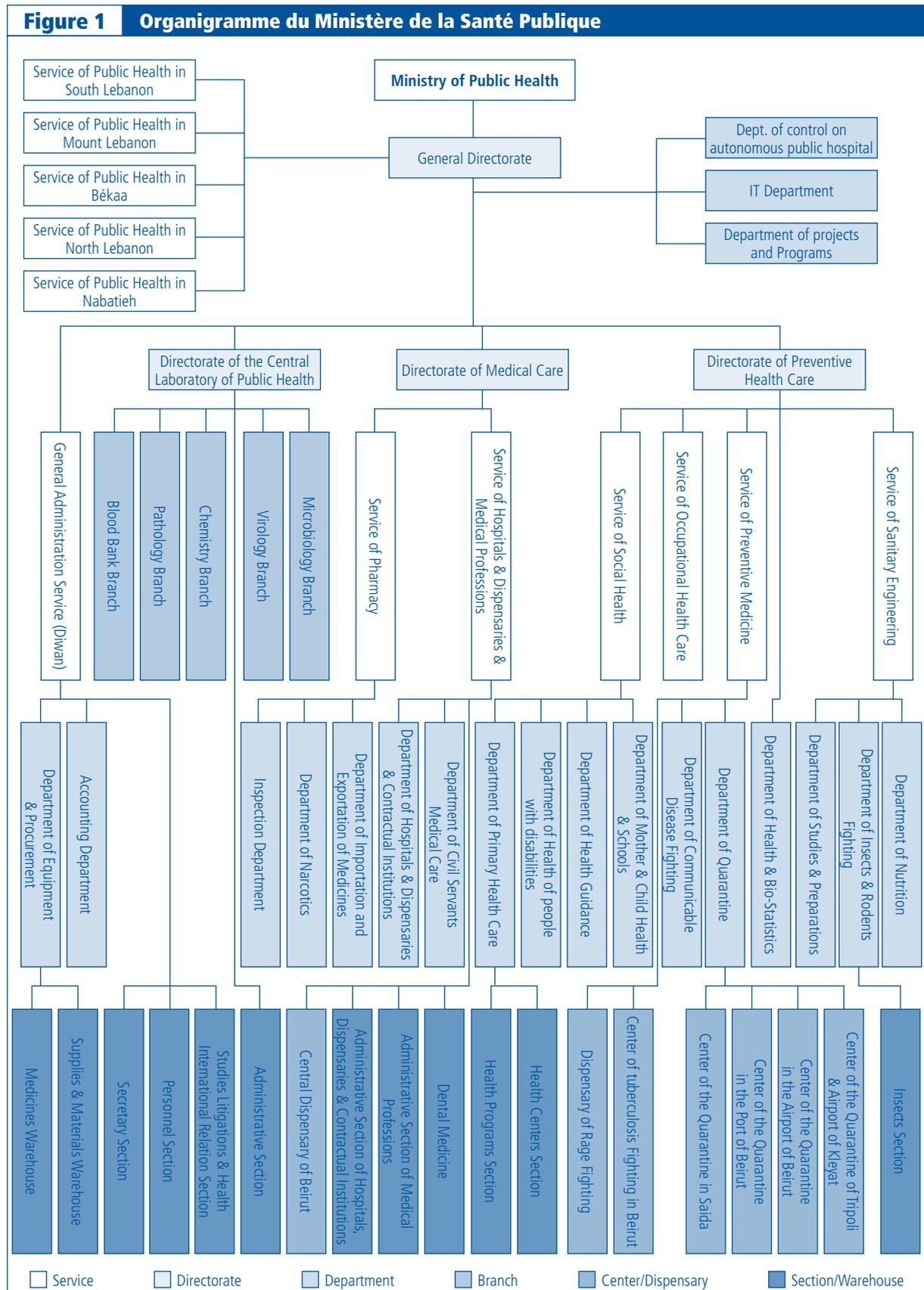
II- Aperçu sur le Liban

L'utilisation de services préventifs, promoteurs et curatifs, en particulier chez les pauvres, s'est améliorée depuis 1998, de même que les résultats sanitaires. La réduction des dépenses en matière de médicaments, combinée à d'autres gains d'efficacité, signifie que les dépenses de santé en tant que partie du PIB ont baissé de 12,4 à 8,4%. Les dépenses directes des ménages en tant que partie des dépenses de santé totales ont chuté de 60 à 44%, en augmentant les niveaux de protection du risque financier.

(Reproduit du Rapport sur la santé du monde, 2010, OMS, Encadré 4.2 p. 80)

II- Aperçu sur le Liban

La réforme a atteint l'organisation même du MSP, l'organigramme du MSP étant actuellement comme suit :



II- Aperçu sur le Liban

Le directeur général de santé publique: un Directeur général se trouve à la tête de la hiérarchie administrative. Toutes les divisions et départements de santé, à l'exception de ceux qui se trouvent à Beyrouth, sont sous sa responsabilité directe. Ce Directeur comprend, en plus des 3 directoirats de soins médicaux, soins préventifs et du Laboratoire central, les départements et services suivants :

a. Département de l'Administration Générale

- Courrier
- Bureau d'information
- Assignation des critères d'appels d'offres
- Certification d'autorisation de ventes des médicaments et équipements
- Préparation du budget
- Allocation des dépenses
- Transactions des employés
- Consultations juridiques
- Communication avec les organisations internationales
- Préparation et renouvellement des contrats des employés et autres certificats

b. Département des projets et programmes

- Préparation des plans d'actions et politiques du Ministère
- Proposition de lois et décrets

c. Département de contrôle des hôpitaux publics

- Nouveaux hôpitaux, suivi des indicateurs de performance.

d. Département informatique

- Dissémination de l'information
- Réseautage de l'information avec d'autres institutions

e. Services de santé publique dans les Mohafazats

- Responsable des services de santé dans les districts

Les trois directoirats principaux du Ministère sont les suivants :

A- Directeurat de la médecine préventive

Ce directeurat comprend 4 services en plus du département de statistique :

a. Département de statistiques

- Rassembler les informations sanitaires des différents acteurs
- Partager l'information à l'intérieur et à l'extérieur du Ministère
- Compiler les données statistiques et préparer les rapports statistiques

b. Service de Génie sanitaire

- Développer les stratégies alimentaires et nutritives pour l'hygiène alimentaire, les maladies d'origine alimentaire et hydrique et la malnutrition
- Mener des études liées au statut nutritionnel des enfants
- Initier des activités d'inspection sanitaire et des études sur l'état des eaux
- Contrôle des insectes
- Sécurité alimentaire
- Classification des productions alimentaires
- Détermination des standards de sécurité de l'eau

c. Service de médecine préventive

- Rassemblement des informations liées à des maladies à déclarations obligatoires

II- Aperçu sur le Liban

- Surveillance et contrôle épidémiologiques
- Développement de programme pour les maladies transmissibles
- Inspection de santé des voyageurs
- Vaccination des personnes voyageant dans des régions à haut risque
- Inspection alimentaire et sanitaire des avions
- Initiation de surveillance épidémiologique et des soins de santé primaires
- Formation des médecins aux principes de la médecine préventive

d. Service de santé sociale

- Développement et mise en œuvre des programmes d'éducation à la santé
- Initiation du programme de santé scolaire en collaboration avec le Ministère de l'éducation
- Formation du personnel de santé dans le secteur privé et public
- Préparation de matériel éducatif et promotionnel
- Gestion du programme de la santé maternelle et infantile
- Réalisation d'études et du suivi dans les écoles
- Formation et gestion de la performance des sages-femmes
- Formation des ressources humaines en santé en général
- Émission, distribution et révision du registre de santé des enfants

Le département de santé pour les personnes handicapées est aussi sous la supervision de ce département mais n'est pas actuellement actif.

e. Service de santé au travail

- Maladies et risques liés au travail

B- Directeurat des hôpitaux

Il comprend deux services :

a. Service des hôpitaux, dispensaires et professions médicales

- Maintien des dossiers des patients traités aux frais du MSP
- Développement des contrats avec les différents pourvoyeurs de soins
- Audit des factures hospitalières
- Émission des autorisations de pratique des professions médicales
- Émission de certificat aux infrastructures médicales
- Contrôle de la qualité des infrastructures médicales

b. Service de la pharmacie

- Émission de certificat aux pharmacies et liés aux pratiques des pharmaciens
- Contrôle des prix des médicaments
- Gestion et contrôle de l'industrie pharmaceutique
- Importation, distribution et statistiques des narcotiques
- Imports et exports pharmaceutiques
- Enregistrement et contrôle des médicaments
- Enregistrement des items non médicaux
- Inspection des pharmacies
- Contrôle des fraudes dans l'industrie pharmaceutique

C- Directeurat des Laboratoires de santé publique

Les activités de ce directeurat consistent principalement à contrôler la qualité des médicaments, des aliments, de l'eau et à effectuer une surveillance épidémiologique active pour lutter contre les cas d'intoxication et de contamination alimentaire. Ce Directeurat a dû interrompre ses activités en 2006.

II- Aperçu sur le Liban

Certains des départements mentionnés sont inactifs et de nombreuses activités sont inexistantes en raison du manque de ressources humaines ou de la motivation et de l'absence de financement adéquat. En 1996, un décret a été émis pour limiter l'emploi dans le secteur public ce qui a résulté en un personnel âgé et en l'absence de certaines expertises.

Plusieurs comités ont été établis:

- Comité d'audit médical
- Comité de prothèses médicales
- Comité de contrôle des maladies transmissibles
- Comité des opérations à cœur ouvert
- Comité de contrôle de tabagisme
- Comité des médicaments
- Comité médical permanent
- Comité médical officiel (un pour chaque Mohafazat)

Programmes conjoints entre le MSP, OMS et la YMCA

Il existe actuellement 6 programmes:

- Programme national de lutte contre le SIDA (NAP),
- Programme de lutte contre la Tuberculose (TB),
- Programme de maladies non transmissibles (dont le Programme National de contrôle du Diabète),
- Programme National de contrôle de l'Hépatite Virale,
- Programmes des blessures et accidents,
- Programme d'enregistrement et de contrôle des médicaments.

Un contrat existe avec le YMCA pour l'achat et la distribution des médicaments de maladies chroniques dispensés par le MSP à travers le réseau des Centres de Santé Publique sur tout le territoire libanais.

La majorité des services de santé qui sont offerts par les pourvoyeurs sont du secteur privé.

Le système de soins qui comprend les soins ambulatoires et les soins hospitaliers dans leurs composantes privées et publiques, le secteur pharmaceutique et les ressources humaines et financières seront présentés dans les chapitres du recueil. Une analyse du système de soins et des ressources associées permettra d'identifier et de comprendre les différents types d'organisations, leurs relations, leurs modes de fonctionnement et leurs performances.

Constat

Depuis les années 40, l'évolution du système de santé Libanais a été marquée par la conception libérale de l'économie ainsi que par les difficultés politiques et administratives du pays. Difficilement classable, le système de santé libanais ne correspond à aucune des catégories modernes des concepts globaux de santé. Il présente un aspect hybride tant au niveau de l'organisation et de la gestion des soins que des coûts et des financements. Largement dominé par le secteur privé, le système de santé Libanais n'échappe cependant pas à l'influence et aux interventions de l'État malgré des structures de contrôle très limitées.

Le système de santé libanais présente des caractéristiques multiples qui sont parfois contradictoires; celles-ci se situent à plusieurs niveaux:

- *Couverture sociale*: on retrouve côte à côte des réflexes de solidarité collective et des logiques d'assurance privée. Ceci semble insuffisant étant donné qu'un bon nombre de la population reste sans couverture sociale.
- *Modes de financement*: toutes les formes de financement sont mises à contribution dans le système de santé libanais: publiques, semi-publiques et privées. La source de financement principal reste cependant les ménages eux-mêmes.

II- Aperçu sur le Liban

- *Rôle de l'État*: l'État prend de plus en plus la place des associations caritatives, laïques ou religieuses et des ONG locales ou étrangères. Il joue de moins en moins le rôle de régulateur du système de santé et davantage le rôle de pourvoyeur de soins.

Face à ces contradictions il en ressort les points saillants suivants :

- Politique de santé mal définie
- Secteur public peu fonctionnel et subordonné au secteur privé
- Secteur privé régi par des considérations mercantiles
- Système à deux vitesses: un pour les nantis et un autre pour les nécessiteux
- Système de financement multipliant les régimes de couverture (publics, semi-publics et privés) et très cloisonné
- Système d'information inadéquat
- Couverture sociale généralisée absente
- Existence d'iniquité dans l'accès aux soins
- Critères d'évaluation des résultats inexistant

Par ailleurs, la vision des soins au Liban est très individualiste. La médecine dispensée est une médecine d'organe où l'acte technique est très valorisé, où le médecin domine l'ensemble des professions de la santé et s'isole par rapport à toutes les professions de la santé et où le médecin généraliste est marginalisé par rapport au médecin spécialiste.

Comparé à d'autres systèmes de santé et compte tenu des constats précités, le système libanais occupe une position particulière, associant liberté privée et interventionnisme public. Le système privé est décentralisé au niveau des producteurs de soins et des usagers. Ces derniers ont la liberté du choix du prestataire de soins. Les prestataires privés quant à eux jouissent de l'entière liberté de prescription. À l'inverse, le système de santé public revêt un aspect centralisé lié à l'existence d'établissements publics de soins, à la présence d'organismes d'assurance-maladie obligatoire et au rôle de l'État dans la couverture d'une partie des soins assurés dans le secteur privé.

Pour conclure, le système de santé libanais peut-être qualifié de système atypique. Il partage certes des éléments d'autres systèmes de santé mais la combinaison de ces éléments définit sa particularité. Le développement du secteur de la santé est un pré-requis fondamental pour l'amélioration et le développement soutenu des systèmes de santé. La détermination du gouvernement libanais à contenir les dépenses, à offrir des services équitables, efficaces et efficaces constitue un élément clé dans ce processus de développement. Mais ces mesures à elles seules ne semblent pas être suffisantes. Des changements majeurs de mentalités et de nouvelles pratiques deviennent nécessaires pour répondre aux nombreux défis auxquels fait face le système.

II.2.1 – OBJECTIFS DU MILLÉNAIRE POUR LE LIBAN

La Déclaration du Millénaire a été adoptée en septembre 2000 à l'Assemblée Générale des Nations Unies et a été ratifiée par 189 pays membres. Elle porte sur 8 objectifs, 21 cibles et 58 indicateurs.

Les 8 objectifs sont :

1. Élimination de l'extrême pauvreté et de la famine
2. Assurer l'éducation primaire pour tous
3. Promouvoir l'égalité des sexes et l'autonomie des femmes
4. Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans
5. Améliorer la santé maternelle
6. Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et d'autres maladies
7. Assurer un environnement durable
8. Mettre en place un partenariat mondial pour le développement

Ces objectifs sont interdépendants et s'influencent mutuellement. Trois des 8 objectifs susmentionnés portent sur la santé (objectifs 4, 5 et 6). Aujourd'hui, 12 ans plus tard, les résultats sont encourageants surtout en ce qui concerne la santé infantile et maternelle. Des efforts sont encore à faire et à soutenir au niveau du SIDA, du paludisme et de la tuberculose.

La partie ci-dessous est basée sur deux rapports :

- A. Les Objectifs du Millénaire pour le Liban publié par le PNUD en 2010
- B. Les Objectifs du Millénaire dans la région Arabe publié par le Bureau Régional de la Méditerranée Orientale (EMRO) de l'OMS en 2010.

Nous présenterons dans la partie ci-dessous, d'abord les données relatives aux objectifs 4, 5 et 6 au niveau du pays et ensuite, dans un but comparatif, celles relatives à la région sachant que cette dernière est répartie comme suit :

- **Pays du Machrek :** Égypte, Jordanie, Irak, Liban, Syrie et territoires palestiniens occupés
- **Pays du Maghreb :** Algérie, Libye, Maroc et Tunisie
- **Pays du Golfe :** Bahrein, Koweït, Oman, Qatar, Arabie Saoudite et Émirats Arabes Unis (GCC)
- **Pays Arabes les moins développés :** Comores, Djibouti, Mauritanie, Somalie, Soudan et Yémen (LDC)

MDG 4 – Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans

Cibles : Réduire de deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des enfants de moins de 5 ans.

a. Au Liban

Le Liban a fait des efforts significatifs au niveau de cet objectif et plus précisément au niveau de la réduction de la mortalité infantile. Bien qu'il existe une tendance à la baisse concernant les taux de mortalité infantile et de la mortalité des enfants en dessous de cinq ans, il reste cependant qu'il n'y a aucune référence écrite. Des disparités régionales sont à noter avec les régions les plus dépravées où l'on retrouve des taux de mortalité et de morbidité plus élevés ainsi que des taux de vaccination plus bas.

II- Aperçu sur le Liban

Tableau 4

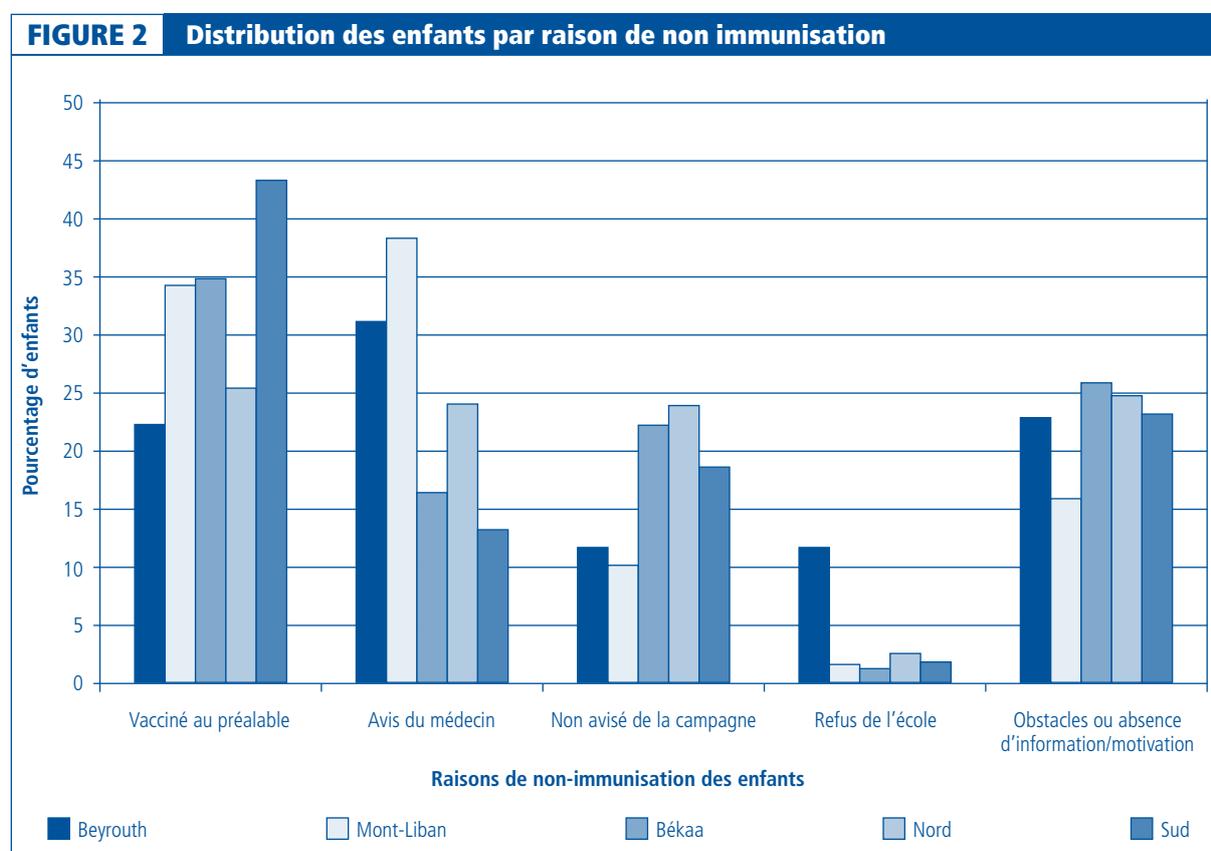
Progrès au niveau du MDG 4 – Réduire la mortalité des enfants de moins de 5 ans au Liban				
Indicateurs	1996	2000	2007	2015 (cible)
Taux de mortalité des enfants en dessous de 5 ans (par 1,000)	32	33	18.3*	12
Taux de mortalité infantile (pour 1,000)	28	26	16.1*	10
Proportion des enfants en dessous d'un an immunisés pour DPT (%)	94.2	93.6	57**	95
Proportion des enfants en dessous de deux ans immunisés pour ROR (rougeole-oreillons-rubéole) (%)	88	79.2	56**	90

Source : * CAS et Lignes des pays Arabes, 2006, Lebanon Family Health Survey (PAPFAM) 2004, Principal Report.

** Basé sur la vaccination menée par le secteur public (excluant la contribution du secteur privé qui varie entre 10% et 85% selon les régions).

De gros efforts ont été mis en place sur les vingt dernières années pour améliorer le taux de vaccination. Le MSP a révisé le calendrier national des vaccinations auquel seront ajoutés progressivement de nouveaux vaccins, en partenariat avec le secteur privé, pour renforcer la vaccination de routine. Des efforts significatifs ont aussi eu lieu pour améliorer la qualité de l'entreposage des vaccins et le respect de la chaîne du froid tant au niveau central que périphérique.

Il semble exister cependant, un problème lié à la connaissance quant à la disponibilité du vaccin contre la rougeole et des campagnes de vaccination surtout dans les régions ayant le plus besoin de vaccination (la Békaa et le Sud).



Source : MSP-OMS (Rapport conjoint), 2009, Étude de la couverture de la rougeole au Liban.

II- Aperçu sur le Liban

Selon les données disponibles au MSP, les causes néonatales (64.9%), les blessures (11.1%), les pneumonies (1.1%), et les diarrhées (1%) constituent les principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans; 22% des décès résultent de causes indéterminées.

b – Comparaison avec les pays de la région

La mortalité infantile a largement baissé dans les pays arabes. De 83 décès par 1 000 naissances vivantes en 1990 à 50 décès par 1 000 naissances vivantes en 2008 (37% de réduction). Malgré ceci, la région est loin de l'objectif à atteindre : réduire à 28/1 000 la mortalité infantile. De nombreuses disparités existent aussi tant inter qu'intra pays : les pays du Golfe ont atteint l'objectif depuis le milieu des années 1990 alors que les pays les moins développés exhibent des taux de mortalité très élevés (100/1 000 naissances vivantes). Environ 70% des décès représentent des enfants de moins d'un an. Le taux d'immunisation des enfants d'un an a augmenté de 77% en 1990 à 82% en 2008, bien supérieur au taux dans les régions développées (73%). La vaccination contre la rougeole est présente dans 15 pays et l'élimination de la rougeole est en cours dans 16 pays de la région.

Tableau 5

Progrès des sous régions arabes MDG4 – Taux de Mortalité des enfants en dessous de 5 ans (par 1 000 naissances vivantes) par sous région								
Sous régions	1990	1995	2000	2005	2007	2008	2015	Cible
Machrek	71	52	42	31	28	27	17	24
Maghreb	70	56	46	39	36	35	25	23
Pays du Golfe	37	27	21	19	19	18	14	12
Pays arabes les moins développées	136	129	121	115	112	110	99	45
Région Arabe	83	72	64	56	53	52	46	28

Source: UNICEF, 2009, SOWC Statistical Database.

MDG 5 – Améliorer la santé maternelle

Cible: Réduire de trois quarts, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité maternelle et rendre l'accès à la médecine procréative universel d'ici à 2015.

a. Au Liban

Jusqu'en 2008 le taux de mortalité maternelle était estimé à 86.3 par 100 000 naissances vivantes (PAPFAM 2004). Depuis, des efforts ont été faits pour améliorer la santé maternelle en général.

Tableau 6

Statistiques relatives à la santé maternelle et reproductive (2009)					
Indicateurs	1990	1996	2000	2004*	2009
Taux de la mortalité maternelle (par 100,000 naissances vivantes)	140 (en 1993)	107	---	86.3	23**
Proportion des naissances faites par des professionnels qualifiés (%)	N/A	N/A	96	98	
Taux de la prévalence contraceptive moderne et traditionnelle (%)	53 (1987-1994)	61	63	74.2	
Couverture soins anténataux (au moins une visite) (%)	87.1	87	93.9	95.6	

Source: * CAS et Ligue des Pays Arabes, 2006, Lebanon Family Health Survey (PAPFAM) 2004, Principal Report.

** OMS-MSP, 2009, Reproductive age mortality survey (RAMOS).

II- Aperçu sur le Liban

L'étude RAMOS (2009) indique un taux de 23 par 100,000 naissances vivantes (avec une marge d'incertitude variant entre 15.3 et 30.6). Par ailleurs, une deuxième étude menée conjointement par le MSP et l'OMS en 2009 (sous publication) sur les cas compliqués d'accouchement indique que la prévalence variait d'une région à une autre avec un taux à la Békaa deux fois plus élevé que la moyenne nationale (21.3‰ versus 10.7‰), suivi de la région du Nord (16.1%). Le Sud présentait le plus bas taux. Les principales causes sont le saignement et l'asepsie: (MOPH, 2009, Maternal Morbidity and case fatality rate study, unpublished).

Des efforts conjoints de l'OMS, du Fond des Nations Unies pour les Populations (UNFPA), du MSP et du Ministère de l'Intérieur et des Municipalités sont en cours pour renforcer le système civil d'enregistrement afin d'obtenir des données liées à la mortalité maternelle valides, fiables et mises à jour avec une attention particulière aux causes de décès.

Il existe un consensus parmi les professionnels du secteur que la proportion des accouchements menés par des professionnels restent relativement inchangés depuis l'étude PAFAM en 2004.

Encadré 1 « Success story »: L'initiative de Wadi Khaled

Dans le but d'améliorer la santé maternelle au Akkar, le MSP en collaboration avec l'ONG locale Al Makassed, a développé une initiative pilote consistant à offrir des services de santé maternelle et infantile au niveau des centres de soins primaires (incluant l'éducation/sensibilisation, soins post-nataux et la vaccination) et d'orienter les accouchements et cas à risques élevés vers les hôpitaux.

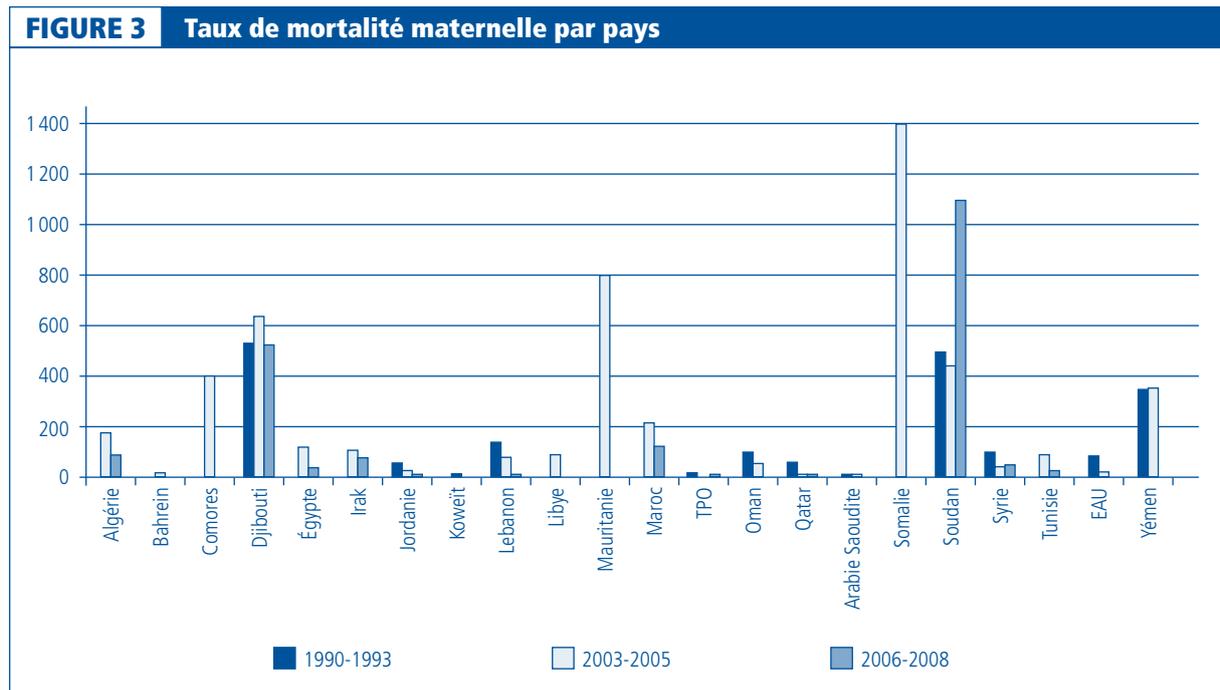
Au total 15 000 grossesses ont pu être suivies sur une période de 2 ans (2008-2009), avec zéro décès maternel sur cette période.

L'initiative s'avère être efficace et efficiente. Elle a permis d'introduire la culture des soins ante et post-nataux. Elle sera reproduite à d'autres régions.

Source: MSP, 2010, Rapport Makassed.

b. Comparaison avec les pays de la région

Des disparités existent entre les différents pays malgré le faible taux de mortalité maternelle qui prévaut dans la région. Certains ont réalisé des progrès substantiels alors que d'autres n'ont pu réaliser que peu ou pas de progrès. Les régions rurales ont des taux qui sont quelques fois 5 fois supérieurs au taux existant dans la capitale. Les pays ayant de bons résultats sont ceux qui ont aussi une main-d'œuvre qualifiée. Les régions du Machrek et du Maghreb ont fait des progrès au niveau de la planification familiale. Les données relatives à la fertilité des adolescents démontrent des différences entre les sous régions: le Machreck présente un taux de 50 pour 1000 filles et les pays les moins développés un taux de 70 pour 1000 filles alors que les pays du Golfe et le Maghreb présentent un taux de 20 pour 1000 filles. Plusieurs pays ont vu les soins prénataux augmenter (EAU, Oman, Qatar, Bahrein, Jordanie, Libye, Koweït, Liban et Arabie Saoudite).



Source : Nations Unies, *Ligue des Pays Arabes, 2010, The Third Arab report on the Millenium Development goals 2010 and the impact of the global economic crisis.*

MDG 6 – Combattre le VIH/SIDA, le paludisme et autres maladies

Cible: D’ici à 2015, avoir enrayer la propagation du VIH/SIDA et commencé à inverser la tendance actuelle; D’ici à 2010 assurer à tous ceux qui en ont besoin l’accès aux traitements contre le VIH/SIDA.

a. Au Liban

Le VIH/SIDA

Le Liban est toujours considéré comme un pays à prévalence faible pour le VIH. Cependant, les risques potentiels associés à la mobilité de la population, à la migration et au comportement sexuel permissif requièrent des interventions immédiates et intensives.

Le nombre total de cas rapportés par le programme national de lutte contre le VIH/SIDA depuis 1989 à la fin 2011 est de 1 455 cas, avec une moyenne de 85 nouveaux cas par an sur les trois dernières années comparativement à 70 cas entre les années 2003 and 2006. Actuellement, on compte 350 patients vivants avec le VIH. Les voyages et la migration représentent 39.24% des risques déclarés par les cas cumulés. Le mode principal de transmission reste le contact sexuel et représente environ 70% des cas rapportés, avec une nette augmentation des cas rapportés entre les hommes ayant des relations avec les hommes.

La prévalence de la transmission mère-enfant du VIH reste limitée malgré deux nouveaux cas en 2009. Il est important de noter que depuis 1993 aucun cas lié à la transmission par transfusion sanguine n’a été déclaré. Le ratio homme/femme est de 4.62 avec 28% des cas chez les moins de 30 ans, 30% chez les personnes âgées de 31 à 50 ans, et 9% au-dessus de 50 ans. Les décès dus au VIH sont faibles et sont estimés à moins de 10 pour 100 000 individus par an. Environ 13% des cas proviennent des étrangers vivant dans le pays.

Il est à noter que depuis 2000, toutes les personnes vivant avec le VIH ont droit au traitement aux antirétroviraux (ARV) gratuitement par le MSP selon des critères d’éligibilité développés avec les sociétés savantes.

II- Aperçu sur le Liban

Cible: D'ici à 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et avoir commencé à inverser la tendance actuelle.

Malaria (même forme que tuberculose)

La maladie a été éradiquée au Liban depuis 1950. Des cas sporadiques sont déclarés parmi les Libanais vivant dans les régions endémiques.

Tuberculose

Le programme conjoint MSP-OMS de lutte contre la Tuberculose a adopté en 1998 le programme « Directly Observed Treatment » (DOTS) et démontre des résultats encourageants avec un taux de couverture de 100% en 2009 comparé à 92% en 2005. Le taux de diagnostic moyen pour les 5 dernières années est 75% comparé au taux standard de l'OMS de 70%. La moyenne du taux de succès du traitement pour les années 2004-2009 est de 91% comparé au taux standard de l'OMS de 85%.

Tableau 7

Statistiques nationales de la Tuberculose au Liban (2009)								
Année	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Libanais	378	330	330	331	311	357	378	368
Étranger	48	50	63	60	64	119	145	133
Total	426	380	393	391	375	476	523	501

Source: OMS, 2009, Rapport National de Tuberculose.

L'impact du VIH est négligeable avec un taux de séro-prévalence ne dépassant pas les 0.2‰ de la population.

Le gouvernement Libanais par le biais de son MSP prend en charge depuis déjà 10 ans tous les traitements et soins des Libanais atteints de tuberculose et VIH/SIDA. Il existe actuellement, environ 1 000 patients atteints de tuberculose et 350 patients atteints de VIH patients bénéficiant de médicament avec un coût moyen par traitement de 50 \$ par patient et par mois pour la tuberculose et 250 \$ par patient et par mois pour le VIH.

b. Comparaison avec les pays de la région

Une réduction dans l'expansion du SIDA, du paludisme et de la tuberculose a pu être réalisée de manière variable dans les pays Arabes. La prévalence du SIDA continue à être relativement faible dans les pays arabes mais les risques et la vulnérabilité sont élevés compte tenu des tendances d'une épidémie qui n'est pas homogène dans la région. En 2006, 68000 personnes étaient nouvellement infectées. Parmi ceux-ci 36000 (adultes et enfants) sont décédés par manque d'accessibilité aux soins.

Le paludisme a été éliminé dans la plupart des pays mais continue à exister endémiquement dans 4 pays: Djibouti, Somalie, Soudan et Yémen.

La tuberculose est considérée la cause principale de décès dans la région Arabe. En 2007, le taux était de 35.8 pour 100 000 personnes.

II- Aperçu sur le Liban

Tableau 8

Taux d'incidence et de prévalence de la tuberculose par sous-régions

Sous-région	Incidence			Prévalence		
	Taux d'incidence moyen (1990)	Taux d'incidence moyen (2007)	Variation (%)	Taux de prévalence moyen (1990)	Taux de prévalence moyen (2007)	Variation (%)
Machrek	33.0	20.0	-39.4	59.5	27.0	-54.6
Maghreb	34.5	41.5	20.3	47.5	42.0	-11.6
Pays du Golfe	44.0	32.0	-27.3	69.5	42.5	-38.8
Pays arabes les moins développées	174.0	243.0	39.7	497.0	377.0	-24.1
Moyenne	47.3	35.8	-24.3	79.5	58	-37.1

Source: Organisation Mondiale de la Santé, 2009, *Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing: WHO report 2009*. WHO/HTM/TB/2009.411. World Health Organization, Geneva.

Tableau 9

Taux de mortalité due à la tuberculose par sous régions

Sous-région	1990	2007	Variation (%)
Machrek	5.5	2.0	-63.6
Maghreb	4.0	2.5	-37.5
Pays du Golfe	4.0	2.5 ⁷	-37.5
Pays arabes les moins développées	62.5	67.0	7.2
Moyenne	5.5	3	-45.5

Source: Organisation Mondiale de la Santé, 2009, Source: Organisation Mondiale de la Santé, 2009, *Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing: WHO report 2009*. WHO/HTM/TB/2009.411. World Health Organization, Geneva.

⁷ L'Arabie Saoudite n'a enregistré aucun décès résultant de la tuberculose pour les années 2006, 2007 et 2008 (Rapport des objectifs du Millénaire, Arabie Saoudite, 2009).

II.2.2 – RÉGLEMENTATION DE LA SANTÉ PUBLIQUE AU LIBAN

I- Partie générale

A. Patient

1. Loi publiée par le décret n° 9809 du 4/5/1968 : L'obligation de vaccination obligatoire contre poliomyélite au Liban
2. Décret-loi n° 72 du 9/9/1983 : Soins, traitement et protection des malades psychiatriques
3. Loi n° 550 du 24/7/1996 : L'adoption d'un carnet de santé pour chaque nouveau-né

B. Hygiène – Santé publique

1. Décision n° 1856 du 22/2/1923 : Organisation de la consultation sanitaire des produits étrangers lors de son importation en Syrie et au Liban
2. Décision n° 2734 du 10/10/1924 : Consultation médicale physique pour les professionnels
3. Décret n° 7975 du 5/5/1931 : La propreté des habitations
4. Décision n° 174/L.R. du 24/6/1940 : Les publications concernant la prévention des maladies
5. Décret n° 1483 du 27/3/1950 : Le transport des morts de Beyrouth vers les provinces
6. Décision n° 1011 du 12/10/1960 : La protection de la santé publique
7. Décret n° 10276 du 7/8/1962 : Délimitation des sources d'eau
8. Loi mise en vigueur par le décret n° 8735 du 23/8/1974 : La protection de la santé publique
9. n° 5100 du 12/4/1982 : La détermination des conditions techniques pour les professions qui s'occupent de l'importation, la vente, l'emballage, la préparation, la fabrication et les insecticides

C. Maladies transmissibles

1. Décision n° 188 du 19/4/1920 : La prévention dans la santé publique
2. Décret n° 13702 du 24/11/1948 : Recommandations pour prévenir l'épidémie de diphtérie
3. Décret n° 14538 du 16/3/1949 : Lutte contre le paludisme et les mouches avec le D.T.T.
4. Loi du 20/6/1957 : Lépreux au Liban
5. Loi du 31/12/1957 : Les maladies contagieuses au Liban
6. Décret-loi n° 133 du 12/6/1959 : Règlements particuliers se rapportant au ministère de santé publique (traitement de quelques maladies transmissibles)
7. Loi n° 31/80 du 25/9/1980 : La suspension de la loi du 8/8/1959 concernant la lutte contre la variole
8. Décret n° 4486 du 4/11/1981 : Le rajout d'une nouvelle fonction à celles du cadre provisoire créé au sein du ministère de santé pour le projet d'extraction du paludisme

D. Organisation-Ministère de la Santé

1. Décret n° 9222 du 22/4/1932 : Distribution d'un registre sanitaire dans les lieux d'estivage
2. Décret n° 2280 du 12/9/1935 : L'attribution au directeur de la santé et de secours général le pouvoir de délimitation des sources d'eau
3. Décret n° 2698 du 27/2/1945 : Contrôle des instituts d'enseignement publics et privés
4. Décret n° 9259 du 16/5/1955 : L'attribution au directeur de la santé et de secours général le pouvoir de délimitation des sources d'eau

II- Aperçu sur le Liban

5. **Décret n° 12040 du 28/4/1956**: Approbation du cahier de charges exemplaires revenant aux adjudications du ministère de santé publique
6. **Décret n° 8377 du 30/12/1961**: L'organisation du ministère de santé publique
7. **Décret n° 8378 du 30/12/1961**: La répartition des fonctionnaires du ministère de santé publique de la quatrième et la cinquième catégorie sur les différentes sections du ministère
8. **Décret n° 8389 du 30/12/1961**: La répartition des fonctionnaires du ministère de santé publique, catégorie B non-médecins du grade B3, B4, B5, B6
9. **Décret n° 12680 du 2/5/1963**: La détermination des diplômes et conditions particulières pour la nomination des fonctionnaires techniciens au sein du ministère de santé publique
10. **Décret n° 13949 du 26/9/1963**: L'institution du « projet de santé rurale »
11. **Décret n° 14314 du 4/11/1963**: Création d'un cadre provisoire au sein du ministère de santé publique pour le projet de l'extirpation du paludisme
12. **Décret n° 16436 du 25/5/1964**: La détermination des diplômes et conditions particulières pour la nomination des fonctionnaires techniciens au sein du ministère de santé publique
13. **Décret n° 4798 du 22/6/1966**: L'institution d'une école pour le contrôle sanitaire au sein du ministère de santé publique et la création d'un cadre provisoire pour l'administration et l'enseignement dans cette école
14. **Décret n° 7007 du 30/3/1967**: Amendement du décret n° 10276 du 7/8/1962 concernant la création d'un comité de délimitation des sources d'eau
15. **Décret n° 8400 du 11/10/1967**: Détermination des conditions d'accès et les régimes d'enseignement à l'école de contrôle sanitaire
16. **Décret n° 10645 du 28/7/1968**: La prolongation d'effet du décret n° 13949 du 26/9/1963 concernant l'institution d'un cadre provisoire au sein du ministère de santé publique pour le projet de la santé rurale ainsi que la prolongation de la nomination des fonctionnaires dans ce dit cadre
17. **Décret n° 6016 du 4/9/1973**: Prolongation d'effet de décret n° 13949 du 26/9/1963 concernant la création du projet de santé rural et l'institution d'un cadre provisoire à cet effet
18. **Loi mise en vigueur par le décret n° 9224 du 12/10/1974**: La permission de conclure le traité créant l'organisation arabe de santé
19. **Loi mise en vigueur par le décret n° 9842 du 4/3/1975**: Création et organisation et contrôle des banques de sang
20. **Décret n° 10043 du 8/4/1975**: Prolongation d'effet de décret n° 13949 du 26/9/1963 concernant l'institution du projet de santé rural et la création d'un cadre provisoire
21. **Décret n° 1434 du 24/6/1978**: Le régime des contrats avec le ministère de santé publique
22. **Décret n° 4423 du 20/10/1981**: Les conditions de nominations et la fixation d'indemnités du conseil supérieur des services médicaux.
23. **Décret-loi n° 91 du 16/9/1983**: Changement du nom du ministère de santé publique et la fusion du service de l'assistance sociale
24. **Décret-loi n° 107 du 16/9/1983**: L'organisation de la profession du contrôleur sanitaire
25. **Décret-loi n° 159 du 16/9/1983**: Création des régions des centres médicaux
26. **Décret n° 4366 du 19/11/1993**: Prolongation d'effet du décret n° 13949 du 26/9/1963 concernant le projet de santé rural et l'institution d'un cadre provisoire
27. **Loi n° 599 du 28/2/1997**: Création d'un service de santé publique dans le Mohafazat de Nabatieh
28. **Décret n° 10993 du 15/9/1997**: Création des deux administrations au sein du cadre du ministère de santé publique
29. **Décret n° 11710 du 22/1/1998**: Création d'un comité au sein du ministère de santé publique pour organiser l'import des produits médicaux naturels et les compléments alimentaires et la détermination de ses honoraires

II- Aperçu sur le Liban

30. **Décret n° 12893 du 8/8/1998** : La détermination du nombre de fonctions de plantons au sein du ministère de santé publique
31. **Décision n° 297/1 du 15/6/2000** : Délégation de certaines compétences du ministre de la santé publique au directeur général du ministère
32. **Décision n° 206/2 du 16/3/2001** : Délégation de compétence au directeur du secrétariat général au sein du ministère de la santé
33. **Décret n° 5420 du 10/5/2001** : Régime des employés du ministre de santé publique.
34. **Décret n° 5833 du 4/7/2001** : Création d'une section d'informatique au sein du ministère de santé publique
35. **Décret n° 7148 du 14/1/2002** : La modification du décret n° 8377 du 30/12/1961 (organisation du ministère de santé publique)
36. **Décision n° 56/1 du 24/1/2002** : Délégation de pouvoir au directeur général
37. **Décision n° 224/1 du 9/5/2003** : Délégation de certains pouvoirs du directeur général du ministère de santé publique

E. Gestion

1. **Décret n° 2898 du 2/3/1928** : Procédure de perceptions des amendes exigées sur le non-respect de la décision n° 188
2. **Décret n° 6600 du 7/5/1930** : Les services sanitaires
3. **Loi du 05/12/1930** : Paiement d'office des pénalités pour les contraventions sanitaires
4. **Loi publiée par le décret n° 10825 du 09/10/1962** : La mise en exécution du projet de loi concernant l'adoption du tarif du prix maximum pour la vente du sang humain conservé et l'organisation de sa préparation et conservation et l'exportation et sa vente
5. **Loi du 04/12/1962** : La perception d'office de l'amende par l'agent qui établit le procès-verbal de la contravention
6. **Loi publiée par le décret n° 9808 du 4/5/1968** : Faire bénéficier les médecins du cadre B au sein du ministère de santé publique de l'indemnité particulière mentionnée dans l'article 22 du décret-loi n° 112 du 12/6/1959
7. **Loi publiée par le décret n° 9811 du 4/5/1968** : La permission au gouvernement de modifier les cadres de la direction du laboratoire central et de la section de pharmacie au sein du ministère de santé publique par des décrets pris au conseil des ministres
8. **Décret n° 11833 du 14/1/1969** : Détermination des indemnités pour les heures supplémentaires de mérite au sein du ministère de santé
9. **Décret n° 10748 du 23/9/1975** : L'approbation de l'accord concernant l'emprunt destiné à la construction d'un bâtiment et les fournitures des centres sanitaires et sociaux.
10. **Décret n° 2639 du 24/8/1985** : Effet des tarifs médicaux et valeur des codes, le forfait journalier et les tarifs adoptés pour la dialyse
11. **Décret n° 4511 du 7/1/1988** : Modification du tarif d'une séance de dialyse par les établissements de troisième catégorie contractant avec le ministère de santé publique
12. **Loi n° 335 du 18/5/1994** : Réforme du décret-loi n° 91 du 16/9/1983
13. **Décret n° 1692 du 16/11/1999** : Limitation du nombre de lits dans les hôpitaux et les établissements publics contractants avec le ministère de santé publique et des différents services médicaux dans les établissements médicaux

F. Informatique

1. **Décision n° 97/1 du 14/2/2002** : L'adoption de l'ordinateur à côté du registre journalier dans l'inscription des informations et des opérations journalières

G. Banque du sang

1. **Décision n° 42 du 24/6/1962** : L'organisation de la préparation, la conservation, la vente et l'exportation du sang humain conservé

II- Aperçu sur le Liban

H. Prélèvement tissus

1. **Décret-loi n° 109 du 16/9/1983** : Le prélèvement des tissus et organes humains pour des besoins médicaux et scientifiques
2. **Décret n° 1442 du 20/1/1984** : Application des dispositions du décret-loi n° 109 du 16/9/1983 concernant le prélèvement des tissus et organes humains pour des fins médicaux et scientifiques

I. Laboratoire central

1. **Décision n° 67 du 14/2/1972** : Détermination des moyens d'examen de microbes dans l'eau

J. Divers

1. **Loi n° 46/80 du 24/9/1986** : L'exonération des institutions sociales du paiement d'emprunt.
2. **Décision n° 31/1T du 5/11/1996** : Création de la caisse Auxilia pour l'assistance médicale et sociale
3. **Décision n° 58/1 du 23/1/2001** : Catégories et quantités des produits sédatifs nécessaires pour la prise en charge des cas urgents
4. **Décision n° 59/1 du 23/1/2001** : Organisation du registre et des dossiers des drogues au sein du ministère de santé publique
5. **Circulaire n° 49 du 28/7/2001** : Circulaire destinée aux sages-femmes
6. **Circulaire n° 53 du 8/8/2001** : Circulaire destinée au propriétaire des lieux de ventes et de productions de lunettes de vue
7. **Décision n° 483/1 du 19/8/2003** : Détermination des conditions exigées dans le lait disposé pour la nutrition des nourrissons et bébés pour donner des autorisations de son importation

II- Laboratoires – Dispensaires – Hôpitaux

A. Organisation – Ministère de la santé

1. **Loi ottomane du 29 safar 1293 et Loi du 3/3/1292** : Les asiles de fous
2. **Loi du 19/12/1955** : Les dispensaires à titre gratuit
3. **Loi du 24/8/1956** : La création d'un laboratoire central pour la santé publique
4. **Loi publiée par le décret n° 9826 du 22/6/1962** : Les hôpitaux privés
5. **Loi mise en vigueur par le décret n° 1536 du 25/11/1978** : La création des établissements publics pour gérer les hôpitaux publics
6. **Décret n° 3375 du 8/8/1980** : L'organisation de l'administration des laboratoires de santé publique
7. **Décret n° 2969 du 25/1/1986** : La création de centres de dialyse dans certains hôpitaux publics
8. **Décret n° 8908 du 29/7/1996** : Création d'un bureau et de deux sections de soins sanitaires au sein du ministère de santé publique
9. **Loi n° 603 du 28/2/1997** : Modification de certaines dispositions du décret-loi n° 75 du 9/9/1982 se rapportant à l'organisation de laboratoires médicaux
10. **Décret n° 4265 du 25/10/2000** : Les principes de soins dans les hôpitaux et les établissements publics et privés contractants avec le ministère de santé publique, et les différents services médicaux internes et externes dans les établissements médicaux
11. **Décret n° 7262 du 25/1/2002** : La création d'un établissement public pour gérer l'hôpital public de Tripoli, avec la nomination du conseil d'administration et le directeur et le commissaire de gouvernement
12. **Décret n° 7313 du 29/1/2002** : La fermeture du centre médical général dans le village de Ehdén et la création d'un établissement public pour la gestion de l'hôpital public

II- Aperçu sur le Liban

et la nomination du conseil d'administration et le directeur et le commissaire de gouvernement

13. **Décret n° 7363 du 2/2/2002**: Les principes de contracter et la répartition des lits dans les établissements contractants et destinés aux soins sur le compte du ministère de santé publique
14. **Décret n° 10945 du 13/9/2003**: Les principes de contracter avec les établissements publics et privés pour les soins sur le compte du ministère de santé publique

B. Gestion

1. **Décision n° 220 du 10/12/1920**: L'admission des malades dans les hôpitaux publics
2. **Décret n° 344 du 7/3/1942**: Hôpital de maladies vénériennes
3. **Décret n° 15206 du 21/1/1964**: Conditions des contrats du ministère de santé publique avec les hôpitaux privés
4. **Décret n° 16662 du 18/6/1964**: Les personnes qui ont le droit d'être hospitalisées dans les hôpitaux publics
5. **Décret n° 325 du 14/1/1971**: Modifications de certaines conditions exigées par l'admission des malades dans les dispensaires et les hôpitaux et centres médicaux publics
6. **Décret n° 10167 du 29/4/1975**: Les sessions de formation pour les aides-soignantes dans les hôpitaux publics
7. **Décret n° 4422 du 20/10/1981**: Détermination des missions et compétences du conseil d'administration de l'établissement public qui gère les hôpitaux publics et les missions et les compétences du commissaire de gouvernement auprès de cet établissement, et la détermination des conditions de nomination du président et des membres du conseil et du commissaire de gouvernement et leurs indemnités
8. **Décret n° 1584 du 25/4/1984**: Détermination du cadre de chaque établissement public gérant les hôpitaux publics, et des catégories et degrés des employés ainsi que les conditions de recrutement
9. **Décret n° 1585 du 25/4/1984**: Le statut des agents administratifs et techniques et salariés des établissements publics qui gèrent les hôpitaux publics
10. **Décret n° 1586 du 25/4/1984**: Régime des contrats entre les hôpitaux gérés par les établissements publics et les médecins et techniciens, et déterminations des diplômes et conditions des contractuels
11. **Décret n° 1587 du 25/4/1984**: Le régime financier des établissements publics qui gèrent les hôpitaux publics
12. **Décret n° 2035 du 1/12/1984**: Le règlement des situations des employés des hôpitaux publics gérés par les établissements publics
13. **Décret n° 3099 du 25/1/1993**: Détermination de nombre de lits dans les hôpitaux et établissements privés contractant avec le ministère de santé et des affaires sociales
14. **Décret n° 5121 du 28/4/1994**: Détermination de nombre de lits dans les hôpitaux et établissements privés contractant avec le ministère de santé publique
15. **Décret n° 6867 du 10/6/1995**: Détermination de nombre de lits dans les hôpitaux et établissements privés contractants avec le ministère de santé publique et les services médicaux dans ces établissements
16. **Décret n° 8796 du 17/7/1996**: Détermination de nombre de lits dans les hôpitaux et établissements privés contractants avec le ministère de santé publique et les services médicaux dans ces établissements
17. **Décret n° 11763 du 13/2/1998**: Détermination du nombre de lits dans les hôpitaux et les établissements privés contractants avec le ministère de santé publique et les différents services médicaux dans les établissements médicaux
18. **Décret n° 3197 du 10/6/2000**: Conclure le protocole concernant une branche de la banque des yeux au sein de l'hôpital public de la quarantaine
19. **Décret n° 7238 du 21/1/2001**: La disponibilité du président du conseil d'administration de l'hôpital public

C. Divers

1. Loi publiée par le décret n° 9827 du 22/6/1962 : Projet de loi concernant la physiothérapie et l'esthétique
2. Décisions n° 1823/1 du 4/11/1996 : Les documents exigés pour l'autorisation d'exercer la profession des laboratoires dentaire pour les propriétaires des laboratoires depuis 10 ans avant l'entrée en vigueur de la loi no 554/96

III- Dispositions diverses

A. Hygiène – Santé publique

1. Décision n° 214 du 19/2/1919 : L'organisation des abattoirs
2. Décision n° 297 du 6/6/1933 : L'élevage des animaux destinés à l'abattage
3. Décret n° 706 EC du 5/6/1937 : La réglementation de l'industrie de fromage mou dit fromage vert
4. Décision n° 480 du 27/7/1938 : Dispositions concernant les bouteilles de boissons
5. Décision n° 86 du 7/4/1939 : L'interdiction de l'usage de saccharine et ses composants et l'eau ordinaire et les colorants nocifs dans les boissons et les aliments
6. Décision n° 239 du 7/10/1940 : L'organisation des étables
7. Décret-loi n° 227 du 1/10/1942 : Projet de canalisation de l'eau potable
8. Décret n° 100 du 7/4/1943 : Réglementation de l'élevage et de la vente des porcs
9. Décision n° 1158 du 2/6/1949 : L'organisation des manufactures des produits laitiers et chocolat et sucrerie et les manufactures similaires
10. Décret n° 3485 du 28/12/1953 : Le contrôle sanitaire de l'opération de pasteurisation du lait
11. Décret n° 12863 du 26/7/1956 : L'interdiction d'importer des produits contenant des microbes pour tuer les animaux et les insectes nocifs
12. Décision n° 778 du 12/8/1960 : Conditions d'utilisation des chalumeaux
13. Décision n° 808 du 24/8/1960 : L'utilisation de cuillère pour verser la glace
14. Décision n° 67 du 9/1/1961 : L'obligation de reboiser tous les cimetières publics et privées
15. Décision n° 218 du 24/2/1961 : L'interdiction de produire et de vendre des produits alimentaires à des fins de loisirs
16. Décision n° 247 du 2/3/1961 : L'interdiction d'usage des robinets ordinaires dans les écoles
17. Décret n° 6459 du 11/4/1961 : Conditions obligatoires pour les fabricants et les importateurs de produits alimentaires
18. Décision n° 39 du 17/2/1962 : Conditions de transport de certains produits alimentaires
19. Décision n° 6 du 18/2/1964 : Organisation des manufactures des pâtisseries
20. Décret n° 17376 du 2/9/1964 : L'obligation de conditions sanitaires particulières sur les lieux de vente de viandes

B. Divers

1. Décision n° 316 bis du 16/5/1934 : L'exercice de la profession de vente de volailles

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1 – INDICATEURS DE L'ÉTAT DE SANTÉ

III.1.1 – MORTALITÉ AU LIBAN

Le taux de mortalité pour 2010 est de 5.4 par 1 000. Ce taux est plutôt stable depuis 2006. Le nombre de décès enregistré et déclaré en 2010 est de 21441. Ce nombre provient des registres du Ministère de l'Intérieur et comprend les décès de Libanais dans le pays et à l'étranger. En moyenne, les décès sont déclarés avec un an de retard et les formulaires de décès ne sont pas toujours complets. Le taux de décès le plus élevé est dans la région de Beyrouth suivi par Nabatieh alors que le Mont-Liban présente le taux le plus bas.

En 2009, la moyenne d'âge des décès est de 69 ans (\pm 22 ans) et les décès chez les hommes étaient supérieurs aux décès des femmes. L'espérance de vie à la naissance est de 74 ans (77 ans pour les femmes et 71 ans pour les hommes).

Le taux de mortalité maternel est de 23 par 100,000 naissances vivantes. Selon une enquête menée en milieu hospitalier sur la mortalité des personnes en âge de reproduction, ce taux a considérablement diminué par rapport au taux de 2004 qui était de l'ordre de 86.3 selon l'enquête PPFAM, 2004. Des tendances similaires sont visibles pour le taux de mortalité des nourrissons (16.1 par 1 000 en 2004) et des enfants (18.3 par 1 000 en 2004).

Les causes de décès citées le plus fréquemment par les médecins ou un employé du Ministère de l'Intérieur sur les certificats de décès sont les arrêts cardiaques. Cependant, ces résultats diffèrent dans l'enquête menée par le Ministère de la Santé en 2010-2011 en milieu hospitalier sur la mortalité et les causes de décès. La cause principale de morbidité hospitalière est liée aux maladies du système circulatoire (22%) suivie des néoplasmes (19%) et des arrêts cardiaques (17%). Il n'y avait pas de décès dus aux maladies de l'œil et les annexes, de l'oreille et de la mastoïde, de la peau ou du tissu sous-cutané, ou des grossesses, accouchements et puerpéralité. Il n'y avait aussi pas de décès en milieu hospitalier résultant des troubles mentaux ou des troubles de comportement. Le taux de participation des hôpitaux était de 70% avec les taux de participation les plus élevés dans le Nord (100%) et Nabatieh (91%) et le plus bas dans le Sud (31%) et Beyrouth (30%).

La mortalité due au VIH et à la tuberculose (1,5 pour 100 000) et au H1N1 (0,1 pour 100 000) est faible. Treize pour cent des incidents de brûlures entraînent des décès. La morbidité chez les victimes d'accidents est plus élevée pour les hommes (77%) et chez les individus âgés de 18 à 34 ans.

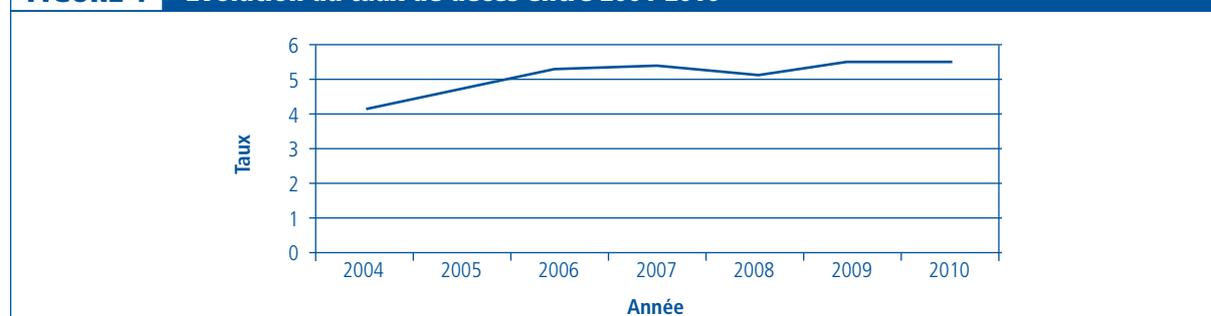
III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 10

Mortalité au Liban (2010)		
	n	Taux (par 1000)
Total	21 441	5.4
Genre¹		%
Homme	10 260	55.7
Femme	8 157	44.3
Age		
0-1	472	2.6
1-5	132	0.7
5-10	104	0.6
10-15	117	0.6
15-20	203	1.1
20-25	226	1.2
25-30	190	1.0
30-35	221	1.2
35-40	276	1.5
40-45	369	2.0
45-50	516	2.8
50-55	746	4.1
55-60	899	4.9
60-65	1 163	6.3
65-70	1 639	8.9
70-75	2 352	12.8
75-80	2 716	14.7
80-85	2 889	15.7
85-90	1 755	9.5
90+	1 432	7.8
Région		Taux (par 1000)
Mont-Liban	5 442	3.6
Nord	4 930	6.0
Beyrouth	3 283	8.7
Sud	3 271	7.3
Békaa	2 329	4.4
Nabatieh	2 186	7.9
Espérance de vie à la naissance (ans)	74 ²	

Source: MSP, 2010, *Bulletin de statistiques*.

FIGURE 4 Évolution du taux de décès entre 2004-2010



Source: MSP, 2010, *Bulletin de statistiques*.

- ¹ Les décès par genre et âge sont calculés à partir des données de 2009 (Total des décès = 18417). Harb, H. Kanaan, H. (2010), Vital Registry Data: Deaths and Births 2009. A Ministry of Public Health Portal.
- ² L'espérance de vie à la naissance est calculée en se basant sur les estimations de 2009.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 11				
Mortalité par causes (2009)				
	%	Intervalle de confiance	Hommes	Femmes
III.1.1.1 Mortalité maternelle et infantile				
Taux de mortalité maternelle (par 100 000 population)*	23			
Taux de mortalité infantile (par 1 000 naissances vivantes)**	9			
Taux de mortalité < 5 ans (par 1 000 naissances vivantes)**	12			
III.1.1.2 Mortalité maladies transmissibles				
Décès dus à la Tuberculose parmi les personnes séro-négatives (par 100 000 population)**	1.5	(0.83-2.30)		
Décès dus à H1N1 (par 100 000 population)***	0.1			
III.1.1.3 Mortalité Hospitalière****				
Maladies de l'appareil circulatoire	22.1		21.7	22.8
Néoplasmes	18.7		18.1	19.8
Arrêt cardiaque	17		16.9	16.9
Maladies de l'appareil respiratoire	9.4		9.4	9.6
Causes externes de morbidité et de mortalité	6.9		8.9	4.4
Maladies de l'appareil génito-urinaire	4.8		4.2	5.7
Maladies de l'appareil digestif	3.7		3.6	3.7
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	3.7		3.6	3.8
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	3.4		3.6	3
Lésions traumatiques, empoisonnements et certaines autres conséquences de causes externes	1.9		2	2
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	1.2		1	1.4
Maladies du système nerveux	1		1	1
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	0.9		0.8	1
Maladies de sang	0.5		0.4	0.7
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	0.1		0.1	0
Grossesse, accouchement et puerpéralité	0			0.1
III.1.1.4 Mortalité autres causes				
Brûlures (de 96 cas de brûlures)*****	13			
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examen cliniques et de laboratoire, non classés ailleurs	2.1		2.1	2.1
Mortalité par accidents de trafic***** (n = 4 770)				
Genre				
Hommes	76.4			
Femmes	23.6			
Age				
0-5 ans	2.5			
6-9 ans	1.9			
10-14 ans	3.8			
15-17 ans	3.8			
18-25 ans	22.8			
26-34 ans	20.5			
35-44 ans	8.8			
45-55 ans	10.3			
56-65 ans	7.7			
66 ans et plus	18.0			

Source: * OMS, 2009, RAMOS.

** CAS, UNICEF, 2009, Multiple Indicator Cluster Survey 3 (MICS 3).

*** www.moph.gov.lb.

**** MSP, 2009, Hospital-based causes of death reporting system, (Rapport non publié).

***** Hôpital Libanais-Geitawi, 2010.

***** Ministère de l'Intérieur-FSI, 2008, Rapport des accidents de la route.

III.1.2 – MORBIDITÉ AU LIBAN

Plusieurs études ont permis de déterminer les causes les plus fréquentes de morbidité au Liban. Parmi ces études, une seule est nationale: l'étude nationale des dépenses et de l'utilisation (NHHEUS, 1999). Selon cette étude la première cause principale est les maux de dos. L'étude menée par Sibai et al. en 2009, visait à déterminer la prévalence de maladies non transmissibles et des facteurs de risques associés. Les données recueillies auprès du MSP et du YMCA portent sur la proportion de la population qui ne bénéficie d'aucune couverture médicale (51.7%) sachant que le nombre de bénéficiaires du programme de distribution de médicaments du YMCA est de 155 000. Dans l'étude menée par Nuwayhid et al., de l'AUB en 1994 sur les profils de santé dans la région de Beyrouth, la morbidité était reportée par le répondant, ce qui explique la prévalence de symptômes plutôt que de maladies.

Tableau 12

Les 10 causes de morbidité au Liban entre 1984-2010.

	Étude nationale des dépenses et de l'utilisation (NHHEUS, 1999)	Étude des maladies non transmissibles et des comportements à risques Sibai et al., (2009)	Beyrouth: Profils de santé 1984-1994, AUB	Programmes des médicaments chroniques MSP-YMCA (2010)	MSP-cas d'hospitalisation selon l'ICD – 10 (2010)
1	Maux de dos	Lipidémie	Hypertension	Maladies cardio-vasculaires	Maladies du système circulatoire
2	Hypertension	Tension artérielle	Maux de dos	Hypertension	Maladies du système respiratoire
3	Arthrites	Asthme	Arthrites	Hyperlipidémie	Néoplasmes
4	Taux anormaux de lipoprotéines	Diabète	Maladies cardiaques	Diabètes	Maladies du système génito-urinaire
5	Maladies cardiaques	Maladies cardiaques	Dyslipidémie	Ulcères	Maladies du système digestif
6	Ulcères	Maladies cardiaques périphériques	Diabète	Épilepsie	Blessures, empoisonnement et autres causes externes
7	Diabète	Infarctus	Migraine	Goutte	Maladies infectieuses et parasitiques
8	Migraine	Crise cardiaque	Anémie	Problèmes thyroïdiens	Maladies du système musculo-squelettique
9	Problèmes Thyroïdiens		Maladies rénales	Problèmes de coagulation	Maladies de l'œil
10	Maladies rénales		Asthme	Asthme	Maladies endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles

Source: OMS, 2011, *Health System Profile, Lebanon*.

III.1.2.1 – Morbidité infectieuse

La loi du 31 décembre 1957 relative aux maladies transmissibles au Liban, oblige tout médecin, du secteur public ou privé, hospitalier ou ambulatoire, à déclarer au MSP-Unité de surveillances épidémiologiques, les maladies qui constituent un risque pour la santé publique.

Les données disponibles au MSP proviennent de plusieurs sources, quoique la déclaration des cas soit irrégulière et insuffisante.

La morbidité due aux maladies prévenues par des vaccins est de 0.06‰ avec le taux le plus élevé à Nabatieh (0.07‰) et le taux le plus bas dans la Békaa (0.03‰). L'infection la plus fréquente

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

est l'Hépatite virale B qui représente 74% du total des maladies prévenues par les vaccins pour l'année 2011. Deux cas seulement de tétanos ont été détectés alors qu'aucun cas de rage, poliomyélite aiguë, tétanos néonatal et de diphtérie n'a été signalé.

Les maladies d'origine alimentaires et hydriques sont les plus fréquentes au Liban avec un taux de 0.4‰. Le taux le plus élevé est à la Békaa (0.7‰) et le taux le plus bas dans le Sud (0.1‰). L'infection la plus fréquente est l'Hépatite virale A qui représente 31% du total des maladies d'origine alimentaires et hydriques. Aucun cas de choléra et de trichinose n'a été signalé.

La morbidité due aux autres maladies infectieuses est de 0.07‰ au Liban. Les régions de Nabatieh et du Nord présentent les taux les plus élevés (0.08‰) alors que le Sud présente le taux le plus bas (0.03‰). L'infection la plus fréquente est la méningite qui représente 52% du total des autres maladies infectieuses. Aucun cas de Bilharziose, d'Ebola, de Peste et de Fièvre jaune n'a été enregistré.

Tableau 13

Effectif des patients atteints de maladies infectieuses par région (2011)								
Maladies prévenues par des vaccins	Mont-Liban	Nord	Beyrouth	Nabatieh	Békaa	Sud	TOTAL	%
Hépatite virale B	53	22	15	15	9	12	168	74.0
Paralyse flasque aiguë	12	5	2	3	0	3	25	11.0
Oreillons	0	3	2	0	4	3	12	5.3
Rougeole	3	2	0	1	0	3	9	4.0
Coqueluche	2	1	1	1	2	0	7	3.1
Rubéole	1	1	0	0	2	0	4	1.8
Tétanos	0	2	0	0	0	0	2	0.9
TOTAL	71	36	20	20	17	21	227³	100
Taux (‰)⁴	0.05	0.04	0.05	0.07	0.03	0.05	0.06	
H1N1⁵ (‰)							1 838	0.47
Maladies d'origine alimentaire/hydrique								
Hépatite virale A	72	128	14	19	183	17	448	30.5
Fièvre typhoïde	77	79	32	57	66	19	362	24.7
Intoxication alimentaire	110	32	30	18	60	11	311	21.2
Dysentérie	136	35	1	5	2	3	186	12.7
Brucellose	24	31	1	12	52	6	134	9.1
Parasitose intestinale	0	0	14	1	0	0	15	1.0
Kyste hydatique	6	1	0	0	3	0	12	0.8
TOTAL	425	306	92	112	366	56	1468⁶	
Taux (‰)⁴	0.3	0.4	0.2	0.4	0.7	0.1	0.4	

³ Les cas supplémentaires sont dus à 42 hépatites virales provenant de régions indéterminées.

⁴ Les taux (‰) sont basés sur la population de 2008.

⁵ Données de 2009.

⁶ Les cas supplémentaires sont dus à 111 maladies d'origine alimentaire/hydrique provenant de régions indéterminées.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 13

Effectif des patients atteints de maladies infectieuses par région (2011)

Maladies prévenues par des vaccins	Mont-Liban	Nord	Beyrouth	Nabatieh	Békaa	Sud	TOTAL	%
Autres maladies								
Méningite	47	41	8	12	17	11	137	51.5
Hépatite virale C	28	10	10	5	6	2	72	27.1
Paludisme	8	8	2	2	0	0	24	9.0
Syphilis	1	1	0	3	0	1	13	4.9
Typhus	7	0	0	0	0	0	7	2.6
Leishmaniose	2	2	1	0	0	0	5	1.9
Gonorrhée	2	0	1	0	0	0	4	1.5
Lèpre	2	0	0	0	1	0	3	1.1
Maladies de Creutzfeldt-Jacob	1	0	0	0	0	0	1	0.4
TOTAL	98	62	22	22	24	14	266⁷	100
Taux (‰)	0.06	0.08	0.06	0.08	0.05	0.03	0.07	

Source: www.moph.gov.lb., 2011.

III.1.2.1.1 – Tuberculose

Le taux déclaré de prévalence au Liban est estimé à 12 par 100 000 habitants en 2009. Le programme national de lutte contre la tuberculose a diagnostiqué en 2009 un total de 501 cas.

Les villes de Beyrouth et Tripoli comptent le plus grand nombre de patients atteints de Tuberculose soit 107 et 40 respectivement avec la plus haute incidence dans les districts de Beyrouth et du Hermel. Les patients étrangers sont estimés à environ 26.8% du total des cas.

Tableau 14

Cas de Tuberculose au Liban (2009)

	n	%
Total	501	100
Libanais	368	73.5
Étranger	133	26.5
Cas de crachat examiné	179	35.7
Cas de récurrence de traitement S+	10	2.0
Cas de résistance aux médicaments	4	0.8

Source: OMS, 2010, Rapport des Objectifs du Millénaire pour le Liban.

III.1.2.2 – Morbidité chronique

III.1.2.2.1 – Cancer

Les données relatives au cancer proviennent du Registre National du Cancer qui est alimenté par les déclarations que les médecins traitants envoient au MSP par le biais d'un formulaire spécifique, ainsi que par des rapports provenant des laboratoires de pathologies.

⁷ Les cas supplémentaires sont dus à 24 cas provenant de régions indéterminées.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

En 2007, le nombre de patients déclarés est de 8 868 (2.3‰) dont 50.1% sont des femmes et 49.9% des hommes. Le groupe d'âge le plus atteint est celui des 70 ans et plus (27%) et le moins atteint est constitué de personnes de moins de 30 ans (8%). Le cancer le plus fréquent est la tumeur maligne du sein avec un taux de 20% alors que le moins fréquent est celui lié aux tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire (1%). Pour les femmes, le plus haut taux de cancer est celui du sein (39%) et le plus bas, les tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire (0.9%). Pour les hommes, les plus hauts taux sont les tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme (19%), les tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx (17%), les tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques (17%), les tumeurs malignes des voies urinaires (16%) alors que le taux le plus bas est celui de la tumeur maligne du sein (0.5%).

Tableau 15

Distribution des patients atteints de cancer (2007)						
Genre (n = 8 868)						
Femmes	4 445	50.1				
Hommes	4 401	49.9				
Non déterminé	22	0.2				
Groupe d'âge						
< 15	189	3.8				
15-19	93	1.2				
20-29	226	3.3				
30-39	506	6.9				
40-49	1 184	14.8				
50-59	1 599	20.0				
60-69	1 867	22.9				
> 70	2 564	27.0				
Non déterminé	640	7.2				
Type du cancer	Total	%	Hommes	%	Femmes	%
Tumeurs malignes du sein	1 751	19.7	22	0.5	1 729	38.9
Tumeurs malignes de la lèvre, de la cavité buccale et du pharynx	1 348	15.2	752	17.1	593	13.3
Tumeurs malignes primitives ou présumées primitives des tissus lymphoïdes, hématopoïétiques et apparentés	1 077	12.1	585	13.3	488	11.0
Tumeurs malignes des organes respiratoires et intrathoraciques	1 008	11.4	728	16.5	276	6.2
Tumeurs malignes des voies urinaires	871	9.8	696	15.8	175	3.9
Tumeurs malignes des organes génitaux de l'homme	826	9.3	826	18.8		
Mélanome malin et autres tumeurs malignes de la peau	646	7.3	386	8.8	259	5.8
Tumeurs malignes des organes génitaux de la femme	475	5.3	0	0	475	10.7
Tumeurs malignes de la thyroïde et d'autres glandes endocrines	204	2.3	63	1.4	140	3.1
Tumeurs malignes de l'œil et de ses annexes	202	2.2	112	2.5	89	2.0
Tumeurs malignes du tissu mésothélial et des tissus mous	114	1.3	66	1.5	48	1.1
Tumeurs malignes des os et du cartilage articulaire	99	1.1	57	1.3	41	0.9
Causes externes de morbidité et de mortalité	238	2.6	107	2.4	129	2.9
Non déterminé	9*	0.1	1	0	3	0

Source: MSP, 2007, Registre du cancer.

* Les cas supplémentaires n'ont pas leur genre déterminé.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.2.2.2 – VIH/SIDA

Tout cas de VIH détecté doit être déclaré au MSP-Direction de la prévention. Les données sont saisies et analysées dans le cadre du programme national de lutte contre le VIH. Le nombre de cas cumulés jusqu'en novembre 2011 est de 1455 avec 109 nouveaux cas détectés en 2011 (0.03%)⁸. Quatre-vingt-treize pour cent des cas sont parmi les hommes. Le taux est relativement constant sur les 4 dernières années avec une légère augmentation en 2008 et une légère diminution en 2009. En 2009, le nombre de personnes porteuses du virus était supérieur à celui des personnes atteintes de SIDA.

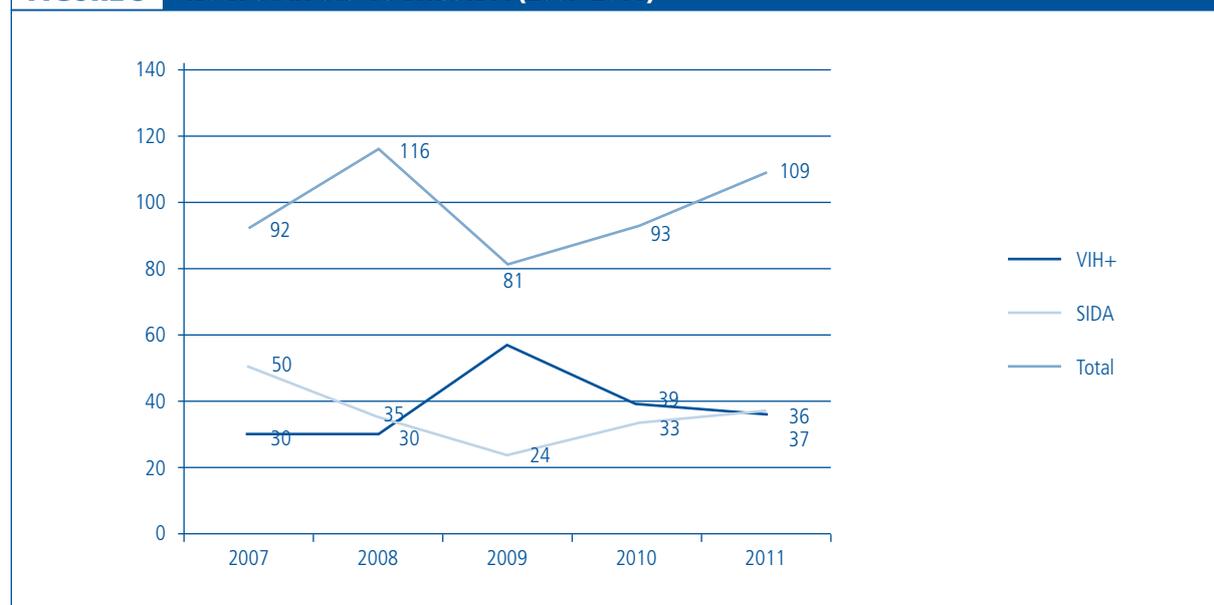
Tableau 16

Nombre cumulé de cas déclarés de VIH/SIDA (janvier 1989 à novembre 2011).		
Genre (n = 1455)		
Homme	1353	93%
Femme	102	7%
Age		
< 30 ans	407	28%
31-50 ans	437	30%
> 51 ans	131	9%
Indéterminés	480	33%
Incidence en 2011		
	n	%
VIH*	36	33
SIDA	37	34
Indéterminé	36	33
Total	109	

Source: MSP, 2011, Programme national de lutte contre le SIDA.

* VIH désigne les porteurs du virus de l'immunodéficience humaine qui est l'agent responsable du SIDA (Système d'Immuno Déficience Acquise).

FIGURE 5 Nouveaux cas de VIH/SIDA (2007-2011)



Source: MSP, 2011, Programme national de lutte contre le SIDA.

⁸ Basé sur la population de 2010.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.2.2.3 – Santé mentale

L'Hôpital de la Croix est le seul centre psychiatrique spécialisé dans le pays. En 2008, 110 patients ont été admis pour des problèmes de santé mentale. Le trois-quarts des personnes était des hommes et 35% avaient moins de 20 ans.

Une étude menée par IDRAAC en 2003 sur un échantillon représentatif des Libanais adultes non admis dans des institutions indique que la prévalence à vie d'être atteint d'au moins un trouble est de 26% avec les troubles d'anxiété représentant la catégorie la plus commune (17%) et les troubles d'abus de substances la plus faible (2%). Le trouble le plus prévalent est le désordre dépressif majeur (10%). Environ 11% des personnes comptaient deux troubles ou plus et 5% avait au moins trois troubles.

Tableau 17

Distribution de la population à l'Hôpital de la Croix (2008)		
	n	%
Genre	(n = 110)	
Homme	82	74.5
Femme	28	25.5
Age		
< 20 ans	39	35.4
20-24	17	15.4
25-29	18	16.4
30-34	16	14.5
35-39	8	7.3
40-44	3	2.7
45 et plus	9	8.1

Source: Hôpital psychiatrique de la Croix, 2008.

Tableau 18

Prévalence et sévérité des psychoses du DSM-IV à IDRAAC (n = 2857)		
Maladie	n	%
Anxiété		
Phobie spécial	202	7.1
Anxiété de la séparation**	95	6.1
Stress post-traumatique*	70	3.4
Anxiété généralisée	61	2.0
Phobie sociale	52	1.9
Panique	16	0.5
Agoraphobie sans panique	13	0.5
Total anxietés*	282	16.7
Troubles de l'humeur		
Désordre dépressif majeur	283	9.9
Troubles bipolaires I et II	61	2.4
Dysthymie	34	1.1
Total troubles de l'humeur	352	12.6
Troubles d'impulsivité		
Troubles explosifs intermittents	43	1.7
ADHD**	20	1.5
Troubles de conduite**	13	1.0
Total troubles d'impulsivité ou de contrôle*	53	4.4
Troubles d'abus de substances		
Abus d'alcool	38	1.5
Alcool dépendance sans abus	9	0.4
Abus de drogues*	6	0.5
Dépendance aux drogues sans abus*	3	0.1
Total troubles d'abus de substance*	27	2.2
Total troubles*	491	25.8
Deux ou plusieurs troubles*	234	10.5
Trois ou plusieurs troubles*	105	4.6

Source: Karam, E. G. et al. (2008), Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: first onset treatment and exposure to war, PLOS Medicine, vol 5, issue 4.

* n = 1 031

** n = 595

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.2.3 – Opérations à cœur ouverts couvertes par le Ministère de la Santé Publique

Le nombre d'opérations à cœur ouvert effectué aux frais du MSP en 2010 est de 4038. Un peu plus de la moitié sont des angioplasties avec stent et 30% des pontages coronariens. Seulement 1.3% sont dues à des malformations congénitales et 3% sont des cas pédiatriques. La majorité des valvuloplasties (89%) sont des interventions de remplacement d'une valve.

Tableau 19

Types d'interventions cardiaques		
Interventions	n	%
Angioplastie avec stent	2 356	58.3
Valvuloplastie	301	7.5
Une valve	268	89.0
Deux valves	26	8.6
Trois valves	7	2.3
Pontage coronarien	1 198	29.7
Malformation congénitale	52	1.3
Cas pédiatriques	131	3.2

Source: MSP, 2010, Bulletin de statistiques.

III.1.2.4 – Brûlure

Le seul centre spécialisé pour les soins des grands brûlés se trouve à l'hôpital Libanais Geitawi fondé en 1927 et confié à la Congrégation des Sœurs Maronites de la Sainte Famille. Il a été créé en 1992 et comprend 10 lits.

Selon les statistiques disponibles pour 2010, un total de 84 cas de brûlés a été admis entre janvier et mai 2010. La majorité est constituée d'hommes (70%) avec plus de la moitié (65%) âgés de moins de 30 ans dont 30% âgés de moins de 10 ans. La cause la plus fréquente résulte des accidents au domicile (60%). Treize pour cent ont résulté en des décès.

Tableau 20

Données sur les cas de brûlés (2010)		
	n	%
Genre		
H	60	70
F	24	30
Age		
0-10	24	30
11-20	12	15
21-30	17	20
31-40	8	8.8
41-50	8	10
51-60	7	8.8
61-70	3	1.2
71-80	4	5
81-90	1	1.2
Décès		
Oui	12	13
Non	68	87
Causes		
Accidents au domicile	48	60
Accidents de travail	16	20
Activité de loisirs	16	20

Source: Hôpital Geitawi, 2010, Service de traumatologie. www.hopital-libanais.com

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.2.5 – Accidents de la Route

Le problème des accidents de la route au Liban ne peut être réellement estimé en raison de l'absence de statistiques fiables et de la sous-estimation liée à la déclaration des cas d'accidents résultants en un décès ou des blessures. Les décès dus aux accidents de la route sont définis au Liban comme étant ceux ayant lieu sur le lieu de l'accident alors qu'internationalement les décès sont définis comme ceux pouvant résulter jusqu'à 30 jours après l'accident.

Par ailleurs, les accidents ayant lieu avec des véhicules de l'armée ne sont pas comptabilisés dans les chiffres. De plus, les accidents dont les dégâts se limitent à des dégâts matériels ne sont aussi pas inclus. Ils sont estimés à 100 000.

La Croix-Rouge Libanaise et Kunhadi, une ONG locale, estiment le nombre d'accident de la route en 2011 à environ 11161. Ce chiffre reflète uniquement les cas ayant nécessité l'intervention des équipes de secouristes. Les chiffres avancés par les FSI pour 2010, sont généralement plus bas (4583) puisqu'ils ne sont présents sur les lieux que s'il y a établissement d'un constat, d'une hospitalisation ou d'un décès⁹.

Tableau 21

Cas d'accident de la route au Liban (2010)								
Régions	Forces de Sécurité d'Intérieur (2010)*						Kunhadi (2011)**	
	Accidents (n = 4583)		Blessés (n = 6517)		Tués (n = 549)		Accidents (n = 11161)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mont-Liban	1958	42.72	2,827	43.38	238	43.35	6739	60.4
Beyrouth	616	13.44	743	11.4	22	4.01		
Nord	668	14.57	920	14.12	102	18.58	1973	17.7
Békaa	723	15.78	1069	16.4	117	21.31	834	7.4
Sud	368	8.03	569	8.73	40	7.29	1615	14.5
Nabatieh	250	5.46	389	5.97	30	5.46		
Genre								
Hommes				74.94		77.05		
Femmes				25.06		22.95		
Age								
0-5 ans				2.59		2.19		
6-9 ans				2.61		1.64		
10-14 ans				4.04		2.37		
15-17 ans				5.98		11.11		
18-25 ans				29.61		19.85		
26-34 ans				20.41		14.76		
35-44 ans				14.62		14.57		
45-55 ans				9.44		10.56		
56-65 ans				5.57		10.38		
≥ 66 ans				5.13		12.57		

Source: L'Orient-le-jour, Thomas Féat, 14 mars 2012, l'alcool au volant, ce fléau que le Liban néglige.

* Yasa, www.yasa.org données des Forces de Sécurité d'Intérieur, 2010.

** www.kunhadi.com, 2011.

⁹ L'Orient-Le Jour, Thomas Féat, 14 mars 2012, L'alcool au volant, ce fléau que le Liban néglige.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.2.6 – Maladies génétiques

Le Liban compte 17 communautés officiellement reconnues. Pour de nombreuses années, l'endogamie et la consanguinité au sein de ces communautés constituaient presque une norme. Les mariages entre cousins de 1^{er} degré étaient fréquents et atteignaient selon certains auteurs un taux de 30%. Les publications récentes considèrent que ce taux a significativement baissé et ne représente aujourd'hui que 15% avec le taux le plus bas dans la capitale, Beyrouth. Ces pratiques historiques ont résulté en une incidence élevée de maladies génétiques communes et rares. Environ 184 maladies génétiques différentes, spécifiques au Liban, ont pu être citées.

Facteurs et mesures affectant l'existence des maladies génétiques

Plusieurs facteurs et mesures peuvent affecter l'augmentation ou la diminution des maladies génétiques selon qu'ils sont favorisés ou négligés :

- Mariages consanguins
- Examen de dépistage pré-nuptial
- Absence de politique nationale de dépistage

Services et centres de diagnostics

Les centres de diagnostics et la recherche sur les maladies génétiques sont restés longtemps très limités au Liban. Existant depuis 1960, ces services n'étaient disponibles que dans très peu de centres généralement affiliés à des universités et pour des déficiences limitées.

En 1990, des centres tels que celui de l'Université Américaine de Beyrouth et l'Unité de Génétique Médicale de l'Université Saint-Joseph (USJ-UGM) commencèrent à acquérir le savoir-faire ainsi que les technologies récentes pour des diagnostics et des dépistages plus poussés. En plus de ces deux centres, le Chronic Care Center (CCC), une ONG multidisciplinaire dédiée au traitement de certaines maladies génétiques chez les enfants a été créée en 1994. Cette ONG reste le plus grand centre de diagnostic au Liban pour l'hémoglobinoopathie chez les enfants et le DM de type I. Le laboratoire de l'AUB fonctionne quasi exclusivement avec les nouveau-nés accouchés dans sa maternité. Le laboratoire de l'USJ collabore avec de nombreux hôpitaux (35 en 2009) répartis sur tout le territoire libanais. Plusieurs projets de développement de laboratoire de diagnostic cytogénétique ou moléculaire sont en cours dans d'autres institutions académiques.

Le coût de ces services bien que modestes comparés aux avantages constitue un obstacle potentiel à de nombreuses familles. Les frais sont rarement couverts par les tiers payants publics et privés. Par conséquent, 50% des nouveau-nés libanais ne bénéficient pas de prise en charge pour le dépistage des maladies.

Services disponibles pour personnes à besoins spécifiques

La prévention secondaire des cas de retard mental inclut des techniques de gestion du comportement, écoles spécialisées, soutien communautaire à la famille et le suivi médical. Ces services sont actuellement rares en quantité et qualité et sont par conséquent insuffisants pour répondre aux besoins de ces personnes.

La plupart de ces services sont offerts actuellement, par des ONG ; il ne semble pas exister de plan dans le futur proche pour offrir ce type de service par le secteur public. Bien qu'il n'existe pas de traitement curatif à date, le diagnostic précoce est essentiel pour permettre un suivi adéquat des familles.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 22

Déficiences moléculaires et génétiques			
Type de déficience	Déficience	Incidence	Gènes
Moléculaire	Perte de l'ouïe	1/1 000 nouveau-né	DFNB1 ; DFNB6 ; DFNB2 ; DFNB13 ; DFNB14 ; DFNB21 ; DFNB31
	Syndrome d'Usher (surdité neurosensorielle)		USH1B ; USH1C ; USH1G ; USH2A
	Polysérite paroxystique Familial ou Fièvre Méditerranéenne familiale		
	Syndrome X Fragile		
	Albinisme oculo-cutané type I OCA1 Ataxie ; Dysplasie progressive pseudorhumatoïde (PPD) ; CMT4F ; Ostéopétrose ; Syndrome de Frazer ; Dysplasie progressive pseudorhumatoïde WISP3 ; Hyperplasie adrénaline congénitale (CAH) ; Fibrose kystique (CF)		
Maladies Génétiques dans les programmes de dépistage chez les nouveau-nés	Hypothyroïdisme congénital	60/100 000 (93 cas)	
	G6PD	830 cas (1% mâle)	
	Phénylcétonurie (PCU)	10/100 000 (16 cas)	
	Galactosémie congénital	4/100 000 (6 cas)	
	Méthylmalonic	15/100 000 (3 cas)	
	Troubles des acides gras : SCAD ; VLCAD ; Métabolisme de la carnitine : CACT ; CUD	1 cas	
	Troubles organiques : Acidurie méthylmalonique ; Acidurie isovalérique ; Acidurie glutarique type I ; 3-méthylglutaconylCoA-hydratase (T2)		

Source: Khneisser, I. ; Adib, S. ; Megarbané, A. ; (2012), *Genetic Disorders in Lebanon: Challenges and Opportunities*, chapitre 55, in *Genomics and Health in the Developing World*, Oxford University Press.

Tableau 23

Incidence des maladies génétiques par région			
Maladies génétiques	Incidence	Région	Distribution
Hémoglobinopathies			
	2%		
Anémie à cellules falciformes (drépanocytose)		Nord et Sud Liban	387 patients 50% mâle 56% enfants de parents consanguins
Thalassémie		Distribution homogène sur tout le territoire libanais	452 patients (2-68 ans) 67% moins de 20 ans 64% TM et 36% TI 63% taux de consanguinité 12 décès (TM)
Autres maladies hématologiques chroniques			
Déficience G6PD			10/1 000 (homme) 0.4/1 000 (femme)
Hémophilie A			1/5000 (homme)

Source: Khneisser, I. ; Adib, S. ; Megarbané, A. ; (2012), *Genetic disorders in Lebanon: challenges and opportunities*, chapitre 55, in *Genomics and health in the developing world*, Oxford University Press.

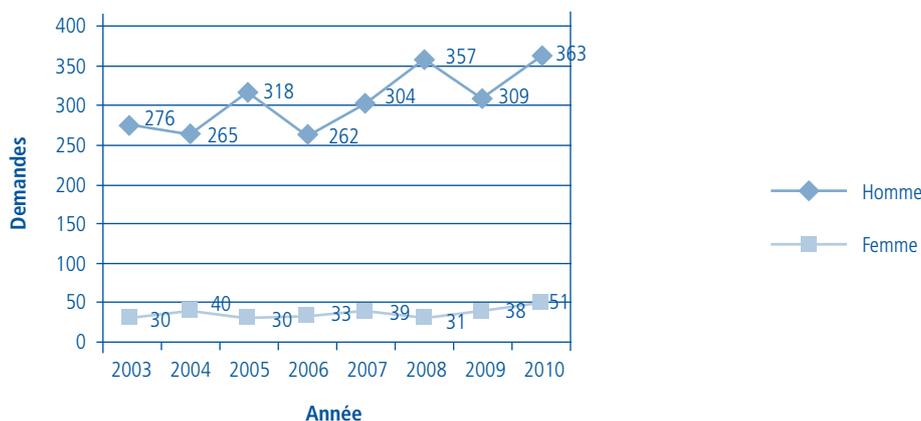
III.1.3 – FACTEURS DE RISQUE (INTENTIONNELS, NON INTENTIONNELS)

III.1.3.1 – Toxicomanie

Durant l'année 2010, les demandes provenant des hommes et des femmes semblent avoir augmenté par rapport aux années précédentes. Le nombre de bénéficiaires admis au programme de réhabilitation d'Oum el Nour entre 2003 et 2010 semble stable avec une moyenne d'environ 85 bénéficiaires par année. L'âge de consommation de drogue pour la première fois se situe dans la majorité des cas entre 14 et 19 ans (58%). Pour un peu moins de 25%, cet âge se situe entre 20 et 24 ans. Les services offerts en 2008 sont répartis entre des services médicaux, des services sociaux, des services judiciaires, de l'éducation à la santé et des réponses aux appels téléphoniques. Le nombre de parents ayant participé au programme de réhabilitation a augmenté entre 2003-2008 d'environ 10%.

Il est à noter, selon l'ONG Skoun, qu'il n'existe pas de statistiques officielles de la consommation de substances psychoactives licites et illicites. Les données disponibles ne sont pas toujours fiables en raison de la portée et des choix arbitraires des échantillons sélectionnés, de la méthodologie utilisée et du manque de continuité dans les études. Les experts du terrain estiment cependant que le nombre d'utilisateurs de drogues varie entre 10 000 et 15 000 personnes et que ce nombre est en croissance continue. Les statistiques obtenues auprès de la population des toxicomanes indiquent que le taux de consommation varie entre : héroïne (59%), cannabis (34%), cocaïne (31%), amphétamine (31%) et alcool (30%). L'ensemble de la société semble affecté par ce fléau avec une concentration des personnes âgées entre 15 et 25 ans (Source : www.skoun.org).

FIGURE 6 Tendances des demandes de services de toxicomanies par genre (2010)



Source : <http://www.oum-el-nour.org/factsstat10.php?i=3010>.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

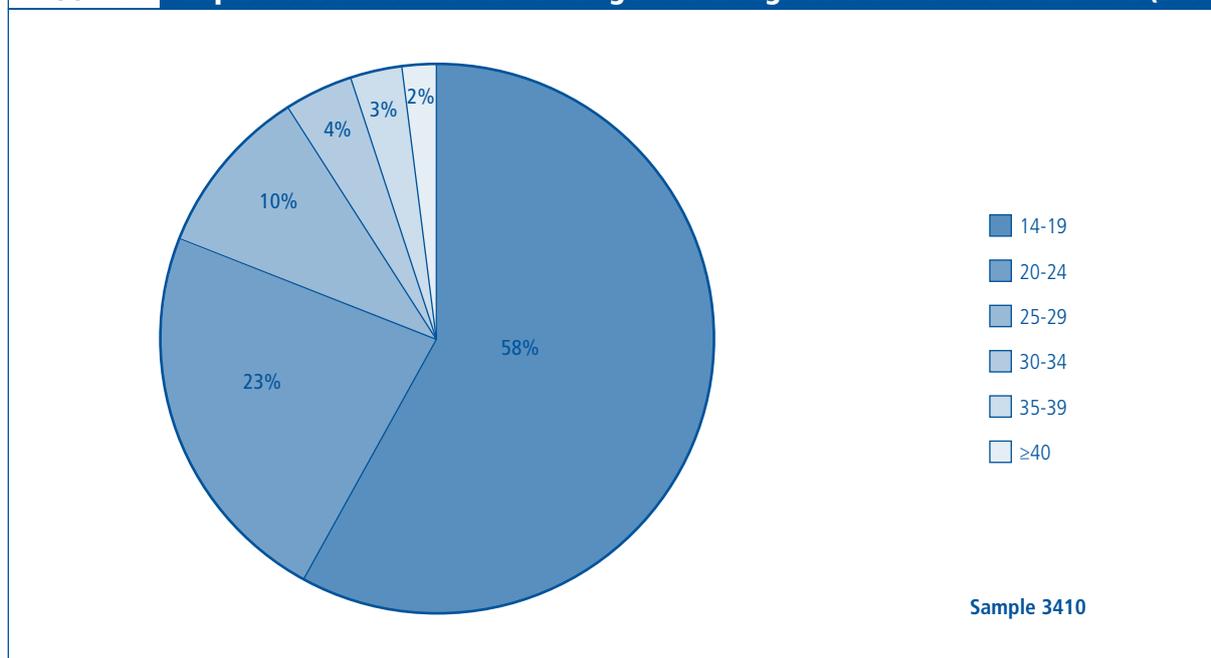
Tableau 24

Nombre de bénéficiaires toxicomanes admis au programme de réhabilitation (2003-2010)

Années	Bénéficiaires
2003	82
2004	91
2005	87
2006	70
2007	82
2008	90
2009	89
2010	91

Source: <http://www.oum-el-nour.org/factsstat10.php?i=3010>.

FIGURE 7 Répartition des utilisateurs de drogue selon l'âge du début de consommation (2010)



Source: <http://www.oum-el-nour.org/factsstat10.php?i=3010>.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 25

Services offerts en matière de toxicomanie (2008)	
Services médicaux	n
Consultations médicales	94
Hospitalisations	81
Visite chez le dentiste	612
Services sociaux	
Dynamiques de groupe	3 760
Thérapies de groupe	5 040
Visite des parents	3 240
Consultations individuelles	1 890
Entretiens	1 500
Services judiciaires	
Appels aux tribunaux	603
Éducation pour la santé	
Séminaires	810
Autres	
Appels téléphoniques	2 610

Source: Oum el Nour, Rapport 2008.

Tableau 26

Nombre des parents ayant participé au programme de réhabilitation de toxicomanes (2003-2008)	
Années	n
2003	246
2004	273
2005	255
2006	207
2007	243
2008	270

Source: Oum el Nour, Rapport 2008.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

La prise en charge de la toxicomanie se fait par plusieurs hôpitaux et associations. De manière générale, les données montrent que les personnes prises en charge sont principalement des hommes âgés entre 20 et 34 ans. L'âge de début d'usage des drogues se situe avant 20 ans pour la grande majorité.

Tableau 27

Prise en charge de la toxicomanie par des institutions (2008)							
Caractéristiques	Oum el Nour n = 388	JCD n = 58	Hôpital Saint-Charles n = 194	SKOUN n = 237	Hôpital de la Croix n = 239	SIDC n = 34	JAD n = 320
Traitement	90			172		34	
Genre							
Hommes	358	58	179	185	222		255
Femmes	31	0	15	52	17		65
Age du début d'addiction							
< 20 ans	233*						
20-24	60						
25-29	14						
30-34	15						
35-39	6						
40-44	5						
Age actuel							
< 20 ans	67**	21	32	37***	28		
20-24	131	49	50	145	63		
25-29	88	64	51		84		
30-34	33	32	13	23	20		
35-39	21	10	18		16		
40-44	22	15	10	20	10		
45 et plus		18	20	5	18		

Source: Oum el Nour, JCD, JAD, SIDC, Skoun, Hôpital Saint-Charles, Hôpital psychiatrique de la Croix (2008).

* L'âge du début d'addiction n'est pas déterminé pour 55 individus.

** L'âge actuel n'est pas déterminé pour 26 individus.

*** La distribution d'âge est faite selon les catégories: 17-21; 22-30; 31-40; 41-50; 51-59.

III.1.3.2 Tabagisme et autres facteurs de risques pour maladie non transmissibles

Une étude menée par Sibai et Hwalla en 2009 sur un échantillon représentatif de la population libanaise adulte âgée entre 25 et 64 ans visait à identifier les facteurs de risques des maladies chroniques. Des données ont été recueillies sur le tabagisme, la consommation d'alcool, les activités physiques, l'obésité et les habitudes alimentaires auprès de 1982 personnes.

Trente-neuf pour cent (39%) des adultes sont actuellement fumeurs tandis que 57% n'ont jamais fumé. La moitié des personnes entre 45 et 54 ans fument actuellement alors que 70% des 25-34 ans n'ont jamais fumé. Le taux de fumeurs actuel est plus élevé chez les hommes (47% vs 32%).

Vingt-un pour cent (21%) des adultes consomment de l'alcool actuellement avec un taux de 32% chez les hommes et 11% chez les femmes. Il est intéressant de noter que 43% des 25-34 ans sont des anciens buveurs.

La mesure de l'activité physique a été faite sur une échelle variant d'activité élevée à activité basse. À peu près la moitié des individus (46%) ont une activité physique basse avec la catégorie des

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

25-34 ayant le plus haut pourcentage (54%). Cinquante-deux pour cent des hommes et 40% des femmes ont une activité physique basse.

Soixante-treize pour-cent (73%) de l'échantillon (59% hommes et 65% femmes) sont classifiés en surpoids (IMC ≥ 25) alors que 27% sont obèses avec un taux à peu près égal entre homme et femme (29% vs 27%).

Tableau 28

Consommation de cigarettes chez les adultes libanais (25-64) par âge et genre (2009)												
Groupe d'âge (ans)	Total			Homme			Femme					
	n	% fumeur actuel	% ancien fumeur	% jamais fumé	n	% fumeur actuel	% ancien fumeur	% jamais fumé	n	% fumeur actuel	% ancien fumeur	% jamais fumé
25-34	707	27.7	2.0	70.2	318	40.5	2.8	56.6	389	17.5	1.3	81.2
35-44	575	40.0	3.8	56.2	247	49.4	5.7	44.9	328	32.9	2.4	64.6
45-54	414	50.0	7.5	42.5	188	55.3	9.6	35.1	226	45.6	5.8	48.7
55-64	286	45.1	10.8	44.1	140	45.7	15.0	39.3	146	44.5	6.9	48.6
Total	1982	38.5	4.9	56.6	893	46.8	6.9	46.1	1089	31.6	3.3	65.1

Source: Sibai et Hwalla, 2009, WHO STEPS surveillance.

Tableau 29

Consommation d'alcool chez les adultes Libanais (25-64) par âge et genre (2009)									
Groupe d'âge (ans)	Total			Homme			Femme		
	n	% actuel buveur	% ancien buveur	n	% actuel buveur	% ancien buveur	n	% actuel buveur	% ancien buveur
25-34	707	22.6	43.4	318	36.8	58.5	389	11.1	31.1
35-44	575	17.9	35.1	247	29.2	48.6	328	9.5	25.0
45-54	414	20.3	42.8	188	31.9	52.7	226	10.6	34.5
55-64	286	20.6	44.4	140	28.6	55.7	146	13.0	33.6
Total	1982	20.5	41.0	893	32.4	54.1	1089	10.7	30.3

Source: Sibai et Hwalla, 2009, WHO STEPS surveillance.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 30

Activités physiques des adultes Libanais (25-64) par âge et genre (2009)												
Groupe d'âge (ans)	Total				Homme				Femme			
	n	% bas ¹⁰	% modéré ¹¹	% élevé ¹²	n	% bas	% modéré	% élevé	n	% bas	% modéré	% élevé
25-34	707	53.5	25.0	21.5	318	55.4	19.2	25.5	389	52.0	29.8	18.3
35-44	575	42.4	33.4	24.2	247	55.5	25.1	19.4	328	32.6	39.6	27.7
45-54	414	41.1	36.5	22.5	188	50.0	30.3	19.7	226	33.6	41.6	24.8
55-64	286	40.2	36.4	23.4	140	43.6	36.4	20.0	146	37.0	36.3	26.7
Total	1982	45.8	31.5	22.8	893	52.4	25.9	21.7	1089	40.3	36.1	23.6

Source: Sibai et Hwalla, 2009, WHO STEPS surveillance.

Tableau 31

Pourcentage des répondants classifiés en surpoids (IMC ≥ 25), Liban (2009)									
Groupe d'âge (année)	Total			Homme			Femme		
	n	% IMC ≥ 25	95% IC	n	% IMC ≥ 25	95% IC	n	% IMC ≥ 25	95% IC
25-34	316	64.6	(9.3 ; 69.9)	386	38.6	(33.7 ; 43.5)	702	50.3	(46.6 ; 54.0)
35-44	246	73.2	(67.6 ; 78.7)	318	61.3	(56.0 ; 66.7)	564	66.5	(62.6 ; 70.4)
45-54	186	81.2	(75.5 ; 86.9)	221	76.9	(71.3 ; 82.5)	407	78.9	(74.9 ; 82.9)
55-64	135	80.0	(73.2 ; 86.8)	145	83.5	(77.3 ; 89.6)	280	81.8	(77.2 ; 86.3)
Total	883	72.8	(69.9 ; 75.8)	1070	59.4	(56.4 ; 62.3)	1953	65.4	(63.3 ; 67.5)

Source: Sibai et Hwalla, 2009, WHO STEPS surveillance.

Tableau 32

Pourcentage des répondants classifiés comme obèse (IMC ≥ 30), Liban (2009)									
Groupe d'âge (année)	Total			Homme			Femme		
	n	% IMC ≥ 30	95% IC	n	% IMC ≥ 30	95% IC	n	% IMC ≥ 30	95% IC
25-34	702	17.7	14.8-20.5	316	22.2	17.5-26.8	386	14.0	10.5-17.5
35-44	564	26.4	22.8-30.1	246	27.6	22.0-32.3	318	25.5	20.7-30.3
45-54	407	38.8	34.1-43.6	186	39.2	32.2-46.3	221	38.5	32.0-45.0
55-64	280	37.5	31.8-43.2	135	31.1	23.2-39.0	145	43.5	45.3-51.6
Total	1953	27.4	25.5-29.4	883	28.7	25.7-31.6	1070	26.5	23.8-29.1

Source: Sibai et Hwalla, 2009, WHO STEPS surveillance.

¹⁰ Une personne ne respectant pas le critère d'élevé ou modéré.

¹¹ Une activité intense sur au moins 3 jours pour 20 min/jour ou 5 jours ou plus de la marche, activité physique d'intensité modérée pendant au moins 30 min/jour ou 5 jours ou plus de la marche, modérés/vigoureuse des activités avec un minimum de 600 MET min/sem.

¹² Une activité intense sur au moins 3 jours avec un minimum d'au moins 1 500 MET min/sem OU 7 jours ou plus de la marche, les activités d'intensité modérée/forte, avec un minimum de 3 000 MET min/sem. MET = équivalents métaboliques utilisés pour exprimer l'intensité des activités physiques pendant les activités de travail, de transport ou de loisirs.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 33

Moyenne des repas pris hors du domicile par semaine parmi les Libanais adultes (25-64) par âge et genre (2009)

Groupe d'âge (année)	Total			Homme			Femme		
	n	moyenne	95% IC	n	moyenne	95% IC	n	moyenne	95% IC
25-34	707	1.7	1.5-2.0	318	2.3	2.1-2.4	389	1.3	0.9-1.7
35-44	575	0.9	0.8-1.0	247	1.6	1.4-1.8	328	0.4	0.3-0.5
45-54	414	0.6	0.5-0.7	188	0.9	0.7-1.1	226	0.4	0.3-0.5
55-64	286	0.7	0.2-1.2	140	1.2	0.1-2.3	146	0.3	0.2-0.4
Total	1982	1.1	1.0-1.2	893	1.6	1.4-1.8	1089	0.7	0.5-0.8

Source: Sibai et Hwalla, 2009, WHO STEPS surveillance.

III.1.4 – GROUPES SPÉCIAUX

III.1.4.1 – Personnes âgées

Le nombre de personnes âgées est en 2007 de 377 473 personnes avec environ 65% dans la tranche d'âge 65-74 ans. Le pourcentage d'homme est quelque peu supérieur à celui des femmes. Le taux le plus élevé est dans la région du Mont-Liban (38.6%) alors que le taux le plus bas est dans la région de Nabatieh (6.9%).

Tableau 34

Distribution des personnes âgées par âge¹³, genre et région (2007) (n = 377 473)			
Caractéristique	n	% des personnes âgées	% de la population ¹⁴
Age			
65-69	128 418	34.0	3.2
70-74	108 961	28.9	2.8
75-79	73 938	19.6	1.9
80-84	46 698	12.4	1.2
85 +	19 457	5.2	0.5
Genre			
Hommes	190 682	50.5	4.9
Femmes	186 791	49.5	4.8
Région			
Mont-Liban	145 558	38.6	3.7
Liban Nord	77 281	20.5	2.0
Békaa	50 311	13.3	1.3
Liban Sud	42 131	11.2	1.1
Beyrouth	36 156	9.6	0.9
Nabatieh	26 033	6.9	0.7

Source: MAS, 2007, *The National Survey of Household Living Conditions*.

En 2010, le Liban comptait 49 institutions d'hébergement, 58 institutions de jour et 21 dispensaires pour personnes âgées. La majorité de ces institutions (47.6%) se trouvent dans la région du Mont-Liban. Les régions de la Békaa et du Sud semblent défavorisées avec des taux respectivement de 7% et 7.8%.

¹³ Selon le Ministère des Affaires Sociales, la personne âgée est toute personne âgée de 65 ans et plus.

¹⁴ Population en 2009 était de 3 891 466.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Institutions pour personnes âgées (2010)				
Région	Nombre d'institutions d'hébergement	Nombre d'institutions de jour	Nombre de dispensaires	Total
Mont-Liban	28	20	13	61
Beyrouth	7	20	2	29
Békaa	3	2	4	9
Liban Nord	10	8	1	19
Liban Sud	1	8	1	10
TOTAL	49	58	21	128

Source: MAS-UNFPA, Rapport national des services offerts aux personnes âgées au Liban, 2010.

Les organisations dispensant des services aux personnes âgées accueillent les pauvres, de toutes les nationalités, hommes et femmes, sans papiers officiels, atteints de maladies chroniques, handicapés, incapables physiquement et/ou mentalement. Les services aux personnes âgées varient en type mais visent tous à subvenir aux besoins médicaux, aux soins, traitements, examens médicaux, diagnostics, médicaments, hospitalité et nettoyage de leurs habits. Toutes ces institutions font face à des problèmes d'ordres financiers, logistiques et légaux, doivent faire face à un manque de personnel et à des problèmes avec les familles des résidents et avec les institutions gouvernementales.

Services aux personnes âgées			
Type	Nombre	Région	Durée du séjour
Résidence	49	Mont-Liban 56.9% Beyrouth 14.3% Liban Sud 2% Liban Nord 20.7% Békaa 6.1%	Moyen et Long séjour
Un jour	58	Mont-Liban 34.5% Beyrouth 34.5% Liban Sud 13.7% Liban Nord 13.9% Békaa 3.4%	Court séjour
Dispensaire	21	Mont-Liban 61.9% Beyrouth 9.5% Liban Sud 4.8% Liban Nord 4.8% Békaa 19%	0
Externat	74	Mont-Liban 51.3% Beyrouth 25.7% Liban Sud 8.3% Liban Nord 10.6% Békaa 4.1%	64.9% Moyen et Long séjour 29.7% Court séjour
Restaurants	41	Mont-Liban 58.7% Beyrouth 26.8% Liban Sud 2.4% Liban Nord 2.4% Békaa 9.7%	0

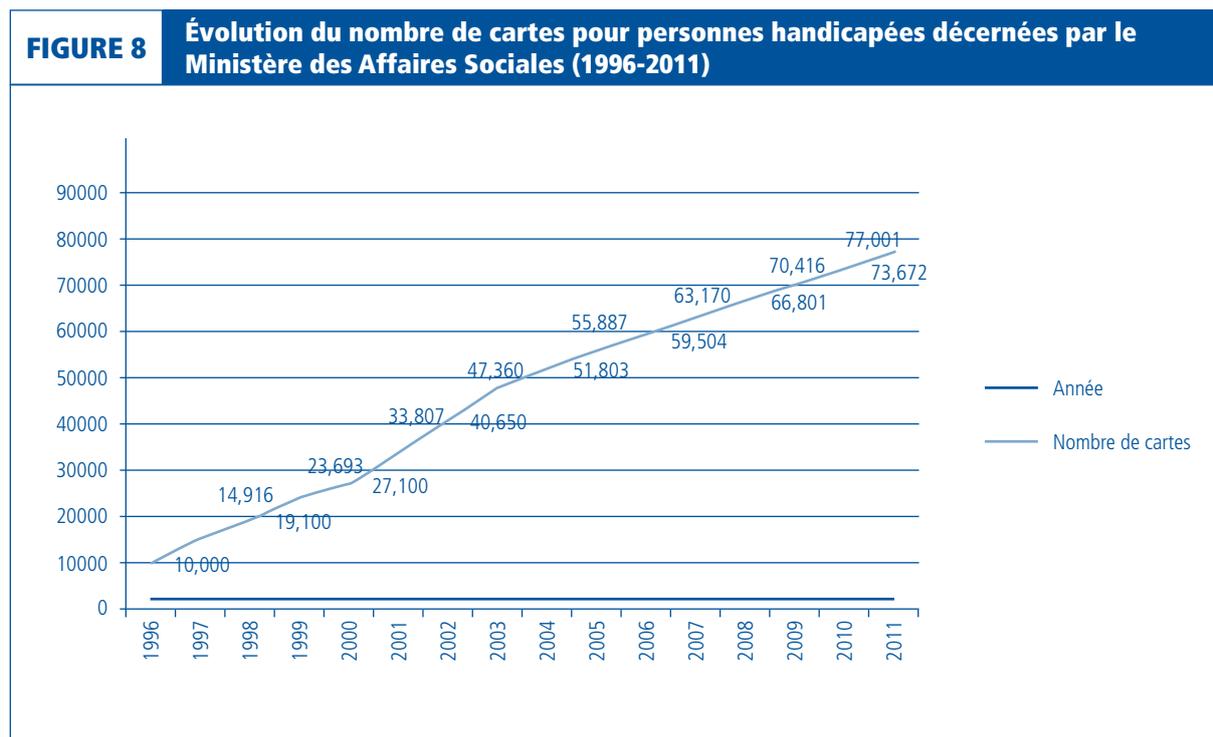
Source: MAS-UNFPA, Rapport national des services offerts aux personnes âgées au Liban, 2010.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.4.2 – Handicapés

Le Ministère Libanais des Affaires Sociales (MAS) délivre une carte d'invalidité depuis 1995.

À la fin de l'année 2011, le nombre cumulé de cartes individuelles délivrées est de 77 001. Il n'existe pas de données officielles relatives au nombre de personnes handicapées au Liban. Le MAS estime ce nombre à 4% de la population libanaise soit 158 473 personnes (vu que la classification des déficiences adoptée est réduite) alors que l'OMS l'estime à 7% de la population soit 277 328 personnes handicapées. Il faudrait aussi considérer que les chiffres avancés sont sous-estimés en raison de la sous-déclaration des cas de handicap.



Source: MAS, 2009, Programme accès et droits.

Le taux de handicap est plus élevé chez les hommes que les femmes. 45% des handicapés environ se situent dans la tranche d'âge 6-34 ans et environ 30% dans la tranche d'âge, 35-65 ans. Par ailleurs, un peu moins que 60% se retrouvent dans la tranche d'âge considérée économiquement productive soit, 19-65 ans et se trouvent généralement exclus du monde de l'emploi. Très peu d'effort est fait au Liban dans ce sens. Le Mont-Liban compte le plus haut taux de personnes handicapées, suivi par la région du Nord Liban. Quatre types de handicap sont recensés avec un taux élevé pour les handicaps moteurs.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 37

Répartitions du taux de personnes handicapées selon le genre, l'âge, les régions et le type de déficience (2009)

	%
Genre	
Homme	63.13
Femme	36.87
Age	
0-5	4.02
6-18	20.27
19-34	23.46
35-65	35.72
≥ 66	16.52
Régions	
Mont-Liban	36.29
Nord	18.29
Sud	13.95
Békaa	13.85
Nabatieh	9.39
Beyrouth	8.22
Type	
Motrice	54.40
Mentale	27.40
Auditive	10.10
Visuelle	7.84

Source: MAS, 2009, Programme accès et droits.

Tableau 38

Bénéficiaires et services médicaux pour personnes handicapées rendus dans les centres du MAS

Année	Bénéficiaires	Services Médicaux rendus
2003	355	611,697
2004	369	503,797
2005	379	659,915
2006	379	594,900
2007	407	469,404

Source: MAS, 2009, Programme accès et droits.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.4.3 – Mère/Enfant

Les données relatives aux mères et aux enfants proviennent d'une étude menée entre Mars et Décembre 2009 par l'administration Centrale des Statistiques en collaboration avec l'UNICEF. L'échantillon a porté sur 15 181 domiciles sur l'ensemble du territoire libanais à l'exception des camps palestiniens. Trois questionnaires ont été utilisés: a- questionnaire pour la famille, b- questionnaire pour la femme et c- questionnaire pour les enfants âgés de moins de 5 ans. Les données recueillies ont été saisies sur le programme Visual Basic 2005 et ont été analysées par la suite avec les logiciels ORACLE et SPSS.

Selon cette étude:

i- Contraception

Le taux de contraception au Liban en 2009 est de 53,7 avec les deux méthodes les plus courantes étant la pilule (22,2%) et le diaphragme (17,4%). Ce taux est le plus élevé (62,4%) à Beyrouth et ses banlieues et le plus faible (32,6%) à Nabatieh. Ce taux augmente avec l'âge (21% pour les 15-19; 43,6% pour les 20-24) jusqu'à l'âge de 39 où il commence à diminuer. Ce taux augmente également avec le nombre d'enfants de 1,8% pour celles n'ayant aucun enfant à 64,7% pour ceux qui ont 4 enfants ou plus.

Le taux de naissances avec faible poids (<2 500 grammes) est le plus élevé à Nabatieh (16,9%) et le plus bas dans le reste de la Békaa (5,9%). Le taux est légèrement plus élevé chez les mères illettrées à travers le pays. Environ 15% des nourrissons sont nourris exclusivement au sein. En fait, l'étude a montré qu'un enfant de cinq âgés entre 0 et 11 mois est mal nourri. Ces taux varient selon la région avec 6,2% dans le Sud, 11,8% dans la banlieue de Beyrouth, 14,1% dans le Hermel, et plus de 24% ailleurs. Environ 9% des nourrissons ont souffert de diarrhée. Le taux le plus bas a été trouvé à Beyrouth (2,2%) et le plus élevé dans le Nord et le Sud (11%). Les taux ont également varié selon l'âge avec le plus élevé parmi les 6-23 mois.

Tableau 39

Indicateurs Femmes et enfants (2009)	
Caractéristiques	%
Femme 15-49 (n = 7560)	
Taux de mortalité ¹⁵ (par 100,000)	23.0
Contraception ¹⁶	
Aucune	45.5
Pilule	22.2
Diaphragme	17.4
Retrait	5.1
Préservatif	4.3
Méthodes basées sur le calendrier	2.3
Allaitement	1.3
Autre	2.0

¹⁵ Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS), 2009.

¹⁶ Parmi les femmes mariées.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 39

Indicateurs Femmes et enfants (2009)	
Caractéristiques	%
Enfant < 5 ans (n = 3439)	
Taux de mortalité infantile (par 1 000)	9.0
Taux de mortalité en dessous de 5 ans (par 1 000)	10.0
Sous-poids à la naissance	11.5
Allaitement exclusif (AE)	14.8
Nutrition appropriée par mois	
0-5 : Allaitement exclusif	14.8
6-8 : AE + au moins 2 repas supplémentaire	29.2
9-11 : AE + + au moins 3 repas supplémentaire	22.6
Vaccination rougeole	
DTP 1	83.2
DTP 2	72.6
DTP 3	70.6
Polio 1	85.3
Polio 2	86.7
Polio 3	72.4
Diarrhée ¹⁷	8.5
Traitement à domicile pour déshydratation	86.7
Traitement à domicile pour diarrhée	27.5
Handicap	7.8

Source : UNICEF-CAS, 2009, enquête en grappes.

ii- Vaccination

Le calendrier national de vaccination adopté pour 2012 par le Ministère de la santé publique est comme suit :

Tableau 40

Calendrier national de vaccination	Naissance	2 mois	4 mois	6 mois	9 mois	12 mois	18 mois	4-5 ans	10-12 ans	16-18 ans
Hépatite B	Dose 0									
Polio (musculaire)	Dose 1									
Polio (oral)			Dose 2	Dose 3			Rappel 1	Rappel 2	Rappel 3	
DTP-Hib-Hépatite B		Dose 1	Dose 2	Dose 3						
Rougeole					Dose 1					
ROR						Dose 1		Dose 2		
DTP-Hib							Rappel 1			
DTP								Rappel 2		
DT									Rappel 3	Rappel 4

Source : www.moph.gov.lb.

¹⁷ Deux semaines avant l'entrevue.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Vaccination contre la poliomyélite par régions

Les données relatives à la vaccination contre la poliomyélite démontrent un taux de vaccination élevé variant entre 88% et 97% suivant les régions et une moyenne de 94%. Il est à noter que ces résultats ont été obtenus suite à une campagne de sensibilisation effectuée en 2009 par le Ministère de la Santé Publique sur l'ensemble du territoire libanais visant à insister sur la nécessité d'immuniser contre la poliomyélite. Ceci pourrait expliquer les taux élevés obtenus.

Tableau 41

Taux de vaccination contre la poliomyélite par régions (2010)	
Région	%
Békaa-Ouest	97
Hermel	93
Baalbeck	91
Rashaya	97
Zahlé	93
Jezzine	92
Tyr	92
Saida	94
Batroun	92
Koura	92
Bécharré	94
Zgharta	94
Tripoli	92
Minnieh	88
Akkar	94
Nabatieh	96
Bint Jbeil	94
Hasbaya	91
Marjeyoun	93
Chouf	97
Metn	94
Baabda	94
Jbeil	95
Aley	95
Kesrouan	97
Beyrouth	92
TOTAL	94

Source : MSP, 2010, Bulletin de statistiques.

III.1.4.4 – Jeunes/Adolescents

L'étude « Global School Health Survey » (GSHS) menée en 2011 par l'OMS en collaboration avec le MSP et le Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur (MEESP) a ciblé les étudiants âgés de 13-15 ans des classes de cinquième, quatrième et troisième.

Au total 2 286 étudiants ont participé à l'étude dont 1 081 étudiants des écoles privées et 1 205 des écoles publiques. L'étude examine les comportements à risque parmi les jeunes en matière de santé, de comportement alimentaire, d'activité physique, l'état psycho mental, l'abus de substance illicite et d'alcool, la violence, l'hygiène personnelle et orale.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 42			
Résultats GSHS 2011 pour le Liban (n = 2286)			
Résultats pour étudiants âgés de 13-15 ans	Total (%)	Garçons (%)	Filles (%)
Usage d'alcool			
Étudiants ayant bu une boisson contenant de l'alcool durant un jour ou plus des 30 derniers jours	28.5	36.5	21.6
Étudiants ayant bu avant l'âge de 14 ans	87.5	88.9	85.9
Étudiants ayant été saoul une fois ou plus	21.2	27.1	16.0
Comportement alimentaire			
Étudiants en sous poids (inférieur à -2DS de la médiane par IMC par genre et sexe)	5.3	4.2	6.5
Étudiants en surpoids (supérieur à +1DS de la médiane par IMC par genre et sexe)	24.1	34.0	14.1
Étudiants obèses (supérieur à +2DS de la médiane par IMC par genre et sexe)	6.7	9.1	4.2
Étudiants ayant bu des boissons gazeuses une fois par jour durant les 30 derniers jours	60.2	65.0	55.9
Usage de drogue			
Étudiants ayant fait usage de la drogue avant l'âge de 14 ans	*	*	*
Étudiants ayant utilisé la marijuana une fois ou plus durant leur vie	3.5	6.3	1.0
Hygiène			
Étudiants qui se brossent les dents moins d'une fois par jour durant les 30 derniers jours	9.8	12.9	7.1
Étudiants qui ne se lavent jamais ou rarement les mains après l'utilisation des WC durant les 30 derniers jours	2.4	3.2	1.8
Santé mentale			
Étudiants ayant considéré sérieusement se suicider durant les 12 derniers mois	15.0	12.5	17.3
Étudiants ayant effectué une tentative de suicide une fois ou plus durant les 12 derniers mois	13.5	13.5	13.5
Étudiants n'ayant pas d'amis proches	3.4	4.1	2.9
Activité physique			
Étudiants physiquement (au moins 60 minutes par jour durant 5 jours ou plus hebdomadairement)	34.6	42.4	27.7
Étudiants participant au cours d'éducation physique 3 jours ou plus par semaine durant l'année scolaire	33.1	36.1	30.3
Étudiants passant 3 heures ou plus d'une journée normale à des activités sédentaires	48.8	45.9	51.4
Facteurs de protection			
Étudiants ayant raté les classes ou l'école sans permission une fois ou plus durant les 30 derniers jours	17.5	21.4	14.0
Étudiants dont les parents ou tuteurs comprennent toujours ou souvent leurs problèmes durant les 30 derniers jours	47.8	47.2	48.4
Étudiants dont les parents ou tuteurs savent toujours ou souvent comment ils passent leur temps libres durant les 30 derniers jours	53.5	50.7	55.9
Violence et blessures non intentionnelles			
Étudiants ayant participé à une dispute une fois ou plus durant les 12 derniers mois	48.5	69.3	30.2
Étudiants ayant été sérieusement blessés une fois ou plus durant les 12 derniers mois	39.0	43.8	35.0
Étudiants ayant été agressés un jour ou plus durant les 30 derniers jours	25.1	35.0	16.4

Source: OMS/MEEESP/MSP, (2011), Lebanon Global School-based Student Health Survey.

* Indique que les données n'étaient pas disponibles.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Les résultats des études « Global School Health Survey » et « Global Youth Tobacco Survey » menées en mars et juin 2011 ont été finalisés en décembre 2011. Les résultats principaux sont comme suit :

- Les habitudes alimentaires et le niveau d'activité physique semblent être de niveau acceptable
- La tendance dans l'utilisation des drogues et de l'alcool n'a pas changé. Il faudrait aborder le sujet davantage au niveau des écoles et l'intégrer dans la santé mentale
- Les résultats liés à la santé mentale et à l'utilisation de l'alcool sont alarmants. Il semble y avoir une tendance définie
- Les étudiants libanais semblent avoir de meilleurs résultats vis-à-vis du brossage des dents, l'hygiène des mains et le contrôle parental. Dans les autres domaines, ils sont proches des taux des pays arabes.

Les enquêtes KABP (Knowledge, attitudes, beliefs and practices) liés à la santé sexuelle et reproductive et au VIH

L'Université la Sagesse a mené en 2011, avec le soutien de l'OMS, de l'UNFPA et de l'UNICEF en collaboration avec le Ministère de la Santé Publique et le programme national du SIDA, une enquête sur la santé sexuelle et reproductive des jeunes et sur leurs connaissances, attitudes et pratiques liées au VIH. La méthodologie de l'étude était :

- Quantitative par le biais d'un questionnaire ciblant les étudiants universitaires (18-24 ans) et les étudiants des écoles secondaires (16-18 ans) dans les écoles publiques et privées
- Qualitative par le biais d'un focus groupe avec des jeunes à besoins spécifiques et des jeunes ayant abandonné l'école.

Les résultats ne varient pas significativement entre les différents groupes d'âge et les genres. On constate un niveau élevé de connaissances lié à la transmission et à la prévention du SIDA mais un niveau plus bas quant aux infections sexuellement transmises. Les sources principales d'informations sont les paires, les écoles et l'internet et beaucoup moins les parents.

À l'opposé des jeunes à besoins spécifiques et des jeunes ayant abandonné l'école, la majorité des étudiants ont mentionné avoir suivi un cours sur la santé reproductive et le SIDA et la plupart ont entendu parler de contraception et de préservatif. Une petite proportion sait où peuvent se pratiquer des avortements.

Certaines idées fausses restent cependant prévalentes parmi tous les groupes, comme reconnaître les personnes atteintes de VIH ou d'infections sexuellement transmissibles ou la disponibilité de vaccins pour le VIH ou les infections sexuellement transmissibles.

Pour ce qui est des comportements à risque, la majorité des étudiants ont cité :

- Connaître quelqu'un de leur âge qui fume des cigarettes (93.3%)
- Avoir entendu parler des boissons énergisantes (93.2%)
- Savoir où se procurer des boissons énergisantes (89.5%)
- Connaître quelqu'un de leur âge qui consomme des boissons énergisantes (89.1%)
- Avoir entendu parler des tranquillisants (84.8%)

Globalement, l'étude recommande que les sources de données soient plus accessibles aux jeunes et plus fiables, que les parents s'impliquent davantage dans l'éducation des jeunes à la santé sexuelle et reproductive. Un effort devrait être fait pour aborder davantage les infections sexuellement transmises. Les interventions liées aux comportements à risque liés à la santé reproductive devraient avoir lieu très tôt pour les garçons et les filles avec les adaptations requises lorsque nécessaires.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Politique de la Jeunesse¹⁸

La politique de la jeunesse est un processus interactif entre l'État et les jeunes. Son élaboration résulte des défis auxquels sont soumis les jeunes et du besoin de répondre aux recommandations des conventions internationales. Cette politique est une première phase dans le cadre du projet « Renforcement de la participation des jeunes » mené par l'UNESCO en coordination avec le Ministère de la Jeunesse et des Sports, les autres ministères et instances de jeunesse.

Les objectifs de ce projet sont :

1. Renforcer la participation des jeunes (19-25 ans) dans les différents aspects de la vie publique
2. Soutenir la participation des jeunes dans la prise de décision
3. Soutenir l'élaboration et l'application d'une politique nationale de la jeunesse au Liban

Les jeunes sont définis par les Nations Unies comme étant les personnes dont l'âge est compris entre 15 et 24 ans. Il n'existe cependant aucune définition des jeunes au Liban et aucune terminologie unifiée au niveau international. L'Union Européenne considère jeunes les personnes âgées entre 15 et 25 ans, le Canada par contre considère ceux situés dans la tranche d'âge 16-30 ans. Par suite, cette étude a défini les jeunes comme étant les personnes âgées de 15-29 ans pour assurer une plus grande inclusion des différentes définitions.

Les jeunes (15-29 ans) représentent, en 2004, 28% de la population libanaise. Il est estimé que le pourcentage des jeunes par rapport à la population libanaise devrait diminuer à 24% d'ici 2020 et à 19% d'ici 2050. L'âge du 1er mariage chez les femmes et les hommes est le plus élevé dans la région arabe. Il n'existe pas de disparités entre les différentes régions au Liban avec toutefois un âge quelque peu inférieur au Sud et Nord par rapport à Beyrouth et le Mont-Liban. Plusieurs raisons peuvent expliquer ce phénomène : le chômage, l'éducation et l'émigration.

Le niveau de la santé des jeunes au Liban est considéré bon comparativement aux pays ayant un PIB similaire.

¹⁸ UNESCO, 2011, Rapport national de la politique des jeunes au Liban 2011-2016.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 43

Caractéristiques des jeunes au Liban		
Caractéristiques démographiques	2004	2020
% de la population libanaise	28%	24%
Age du 1 ^{er} mariage (femmes)	29 ans	
Age du 1 ^{er} mariage (hommes)	32 ans	
Taux de divorce	2%	
Rapport de divorcé homme/femme	26%	
Taux de femmes célibataires		
25-29 ans	47%	
30-34 ans	30%	
Taux de fécondité (2006)	1.9	
Age¹⁹		
15-19	9.9	7.8
20-24	9.9	8.4
25-29	7.9	8.1
Total	27.7	24.3
Émigration		
Taux brut (1997-2004) (n = 50 000 personnes)		
Homme	57%	
Femme	43%	
Taux d'émigration des jeunes (n = 28 500)		
Hommes (15-29 ans)	44%	
Jeunes	28%	
Jeunes et éducation		
Taux d'analphabétisme 15-19 ans	2%	
Durée de vie scolaire	13 ans	
Indicateur du développement éducatif au Liban ¹	87 ^e	
Les jeunes et l'emploi		
Taux des jeunes dans la main-d'œuvre	41%	
Taux des femmes dans la main-d'œuvre	20%	
Taux des femmes dans la main-d'œuvre		
15-19 ans	7%	
25-29 ans	38%	
Taux des femmes cadres	11%	
Taux des femmes expertes	46%	
Taux de chômage des jeunes	66%	
Les jeunes et la santé		
Espérance de vie à la naissance		72 ans
Taux de mortalité infantile (<1 an)		24/1 000
Taux de consultation durant la grossesse	52%	96%
Taux des décès maternel (100 000 naissances vivantes)		100-150
Taux de consultations pédiatriques durant la première année		

Source: UNESCO, 2011, *Rapport national de la politique des jeunes au Liban 2011-2016*.

¹ classement parmi 129 pays.

¹⁹ Nations Unies, 2009. World Popularity Prospects: The 2008 Revision Population Database et CAS, 2004, Living Conditions Survey.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.1.4.5 – Réfugiés

III.1.4.5.1 – Palestiniens

Les services de développement humain et humanitaire de l'UNRWA englobent l'enseignement primaire et professionnel, les soins de santé primaires, un filet de protection sociale, le soutien communautaire, les infrastructures et l'amélioration des camps, la micro-finance et des interventions d'urgence, y compris dans les situations de conflit armé.

L'UNRWA au Liban assure ces services sociaux à environ 500 000 réfugiés Palestiniens à travers un budget annuel d'environ 123 700 000 \$.

L'UNRWA fournit des services de santé de base et est responsable de fournir un environnement sain pour les réfugiés de Palestine, guidée par les Objectifs du Millénaire sur la santé et par les normes de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

L'objectif primordial de l'UNRWA en matière de santé est de permettre aux réfugiés de vivre une vie longue et saine en leur :

- assurant l'accès universel à la qualité des services complets
- prévenant et contrôlant les maladies
- protégeant et promouvant la santé de la famille

Le réseau des soins de santé primaire et des cliniques mobiles constitue le fondement de ses services de santé, tant préventif, de médecine générale et des services de soins spécialisés adaptés à chaque étape de la vie.

L'UNRWA a réalisé des gains de santé remarquables pour la population de réfugiés palestiniens au cours des six dernières décennies. Cependant, le contexte dans lequel l'UNRWA travaille est en pleine évolution :

- la population vieillit
- le poids des maladies non transmissibles comme l'hypertension, le diabète, l'obésité et le cancer est en pleine expansion
- la demande pour les services de santé est en augmentation
- les coûts des soins de santé continuent d'augmenter.

L'UNRWA tente de répondre à ces défis pour assurer un système de santé efficace pour l'avenir par l'introduction d'une équipe de santé familiale (ESF) approche.

Cela favorise des soins complets pour toute la famille, en se concentrant sur le long terme, sur la continuité des soins et sur le renforcement des relations entre les fournisseurs de soins de santé, les patients, les familles et les communautés. L'introduction de la nouvelle approche est en accord avec les efforts de modernisation du système de santé dans d'autres pays de la région.

L'approche consiste à mettre en place une équipe pluridisciplinaire de professionnels de la santé qui travaillent en collaboration pour répondre aux besoins de santé complets d'une population définie.

Chaque équipe est composée d'un médecin, d'une ou plusieurs infirmières, et d'une sage-femme. Les familles sont enregistrées auprès d'une ESF et les patients sont toujours vus par leur équipe.

L'approche ESF comprend l'introduction d'un système de nomination, afin de réduire les temps d'attente des patients et de permettre aux membres de l'équipe de gérer leur temps efficacement, et assurer suffisamment de temps pour une consultation de qualité.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 44

Réfugiés Palestiniens enregistrés à l'UNRWA (n = 433 000)²⁰

Données générales	
Réfugiés résidant dans le pays (n)	260 000-280 000
Dans les camps (%)	62
Dans des regroupements (%)	38
Résidents en dessous de 18 ans (%)	25.5
Résidents en dessous de 25 ans (%)	50
Résidents au-dessus de 40 ans (%)	36.2
Taille moyenne du ménage	4.9
Femme 15-49 ans (%)	27.4
Taux de croissance (%)	0.8
Taux de fécondité	2.3
Camp	
Burj el-Barajneh	16 888
Shatila	9 154
Dbayeh	4 237
Mar Elias	627
Wavel	8 308
Ein el-Hilweh	50 309
Mieh Mieh	4 958
Beddawi	7 866
Nahr el-Bared	36 338
Burj Shemali	21 205
El-Buss	10 559
Rashidieh	29 363

Source: www.unrwa.org, 2011.

Tableau 45

Écoles et Services de santé disponibles à travers l'UNRWA (juin 2011)

Structures	n
Écoles	74 (dont 6 secondaires) (31 000 étudiants)
Écoles professionnelles et techniques	2
Centres de santé primaires	29
Centre de réhabilitation communautaire	1
Centres de programmes pour femme	9
Contrats avec hôpitaux	35
Centres dentaires	19*
Laboratoires	17*
Centres de radiologie	4*

Source: www.unrwa.org, 2011.

* Données de 2009.

²⁰ Environ 10% de la population libanaise.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Encadré 2 Les Palestiniens réfugiés à travers l'UNRWA (juin 2011)

Palestiniens réfugiés et l'éducation

- Enfants en âge de scolarisation non inscrit à l'école 8%
- Jeunes de plus de 15 ans n'ayant pas le Brevet 2/3
- Jeunes âgés de 16 à 18 ans inscrits à l'école ou dans un institut technique 50%

Palestiniens réfugiés et l'emploi

- 56% des Palestiniens sont sans emplois avec la moitié résidant dans la région du Sud Liban
- Les femmes ont significativement moins d'emploi que les hommes
- Ceux ayant emploi sont le plus souvent dans des emplois manuels, ne requérant pas de qualifications et avec très peu de sécurité.

Source: www.unrwa.org, 2011.

Tableau 46

Conditions de vie des réfugiés Palestiniens au Liban (juin 2011)

Palestiniens subsistant à moins de 6\$ par jour	288 666 ²¹
Palestiniens subsistant à moins de 2.17\$ par jour	19 052 ²²
Taux de réfugiés au chômage (%)	56

Source: www.unrwa.org, 2011.

Tableau 47

État de santé des réfugiés Palestiniens au Liban (juin 2011)

Palestinien souffrant de maladies chroniques	144 333
Taux de mortalité infantile (1 000 naissances vivantes)	19
Taux de mortalité enfants < 3 ans (1 000 naissances vivantes)	20.8
Réfugiés ne bénéficient pas d'assurance (%)	95
Dépenses pour hospitalisation (\$/famille/an)	1,228
Consultations générales	972 487*
Traitement dentaire	686 83*
Moyenne des consultations de médecin/jour	107*
Moyenne des consultations de dentistes/jour	26*

Source: www.unrwa.org, 2011.

* UNRWA, 2009.

III.1.4.5.2 – Autres réfugiés

Le Bureau du Commissaire des Nations Unies pour les Réfugiés (HRC) a été créé le 14 décembre 1950 par l'Assemblée Générale des Nations Unies. L'agence est chargée de diriger et de coordonner l'action internationale pour protéger les réfugiés et résoudre les problèmes des réfugiés à travers le monde. Son but principal est de sauvegarder les droits et le bien-être des réfugiés. Il s'efforce de faire en sorte que chacun puisse exercer son droit de chercher asile et à trouver refuge dans un autre État, avec la possibilité de rentrer chez eux volontairement, de s'intégrer

²¹ Ceci représente 2/3 des réfugiés.

²² Ceci représente 6.6% des 2/3 de réfugiés.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

localement ou de se réinstaller dans un pays tiers. Il a aussi pour mandat d'aider les gens apatrides. L'UNHCR opère avec un budget de 13 115 150 \$.

En outre, les flux irréguliers et mixtes de migrants et de demandeurs d'asile et les situations de réfugiés prolongées et des systèmes d'asile faibles ajoutent aux défis auxquels est confronté le HCR.

Tableau 48

Réfugiés et demandeurs d'asile au Liban (2011)					
Nationalité	Réfugiés	Demandeurs d'Asile	Total réfugiés et demandeurs d'asile	Autres	Total réfugiés enregistrés
Irakien	8 491	739	9 230	16	9 246
Non Irakien	354	998	1 352	682	2 034
Total	8 845	1 737	10 582	698	11 280

Source: www.unhcr.org, 2011.

Santé et support psychosocial des réfugiés

L'UNHCR, par le biais de ses partenaires assure la prise en charge sanitaire des réfugiés et demandeurs d'asile. Des ententes sont aussi faites avec 11 hôpitaux publics pour dispenser des soins selon des tarifs préétablis.

Tableau 49

	Réfugiés ayant eu recours à des soins de santé subventionnés par l'UNHCR (2011)			
	2011 (n = 1 696)		Janvier-15 Mars 2012 (n = 1 558)	
	n	%	n	%
Nombre de visites	3 438		2 967	
Age				
0-4	265	15.6	224	14.4
5-11	151	8.9	140	9.0
12-17	65	3.8	66	4.2
18-59	1 028	60.6	952	61.1
> 59	187	11.0	176	11.3
Homme	858	50.6	771	49.5
Femme	838	49.4	787	50.5
Hospitalisés	139	8.2	77	4.8
Ambulatoires	1 557	91.8	1 536	95.2
Maladies*				
Système circulatoire	280	22.3	288	23.4
Système respiratoire	227	18.1	233	19.2
Système endocrinien, nutritif et métabolique	178	14.2	162	13.4
Système musculaire	174	13.9	49	40.4
Système génito-urinaire	61	4.9	80	66.1
Système digestif	55	4.4	51	42.1
Symptômes, signes et résultats anormaux d'examens cliniques et de laboratoires	47	3.7	79	65.2
Maladies infectieuses et parasitaires	30	2.4	40	33.0
Maladies de l'œil	29	2.3	---	---
Maladies du système nerveux	29	2.3	---	---
Maladies de la peau	---	---	41	33.8
Autres	145	11.6	198	16.4

Source: www.unhcr.org, 2011.

* 2011 : 441 indéterminés.

2012 : 347 indéterminés.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Encadré 3 Éducation

Les enfants inscrits dans les écoles primaires et secondaires pour l'année 2011-2012 :

- 80% des enfants âgés entre 4-17 ans
- 400 étudiants inscrits en formation technique (BT-TS)

En 2010-2011 :

- 41 étudiants réfugiés ont pu passer leurs examens officiels

Source : www.unhcr.org, 2011.

Développement communautaire

L'UNHCR soutient 3 centres communautaires pour réfugiés et demandeurs d'asile. Deux sont gérés par l'Association Amel. Ils sont localisés dans :

- la Banlieue sud de Beyrouth : enfants et jeunes
- l'Est de Beyrouth : femmes

Le troisième est géré par le Centre de Caritas Migrant et est situé dans la banlieue nord de Beyrouth et se concentre sur la formation technique des hommes et des femmes.

Rapatriement volontaire

L'UNHCR offre une assistance de conseil et de rapatriement à ceux qui décident volontairement de retourner dans leur pays. En 2011, 82 personnes ont été assistées.

Relocalisation

En 2011, 3 230 demandes de départ avaient été faites mais seulement 832 réfugiés de nationalités différentes ont pu quitter le Liban pour d'autres pays.

III.1.4.6 – Prisonniers

Le Liban, compte 21 prisons réparties sur tout le territoire libanais. En majorité, ces prisons s'adressent aux adultes surtout les hommes. Les prisons des femmes sont au nombre de trois. Il existe une seule prison spécialisée pour les mineurs ; certains mineurs sont placés à la prison de Roumieh dans un département spécial. Les personnes usagers de drogue, handicapées mentales ou physiques sont placées à la prison de Roumieh par manque d'hôpitaux spécialisés pour leur traitement ; toutes les prisons libanaises connaissent des conditions égales quant à la surpopulation, handicap majeur pour faire valoir le respect des droits fondamentaux de la personne incarcérée : droit à un accès égal aux services de santé, droit à une alimentation saine, à des visites régulières des parents, à un suivi juridique du dossier, à une formation professionnelle.

Plusieurs recommandations ont été émises lors du 1er congrès sur la santé dans les prisons ayant eu lieu au Liban en 2008. Ces recommandations sont :

1. Mise en place d'un dispositif de santé spécifique aux prisons
2. Développement de la structure médicale actuelle
3. Augmentation du nombre de lits d'hospitalisation dans les hôpitaux et surtout les lits de soins intensifs
4. Renforcer la santé mentale
5. Développer un dossier médical individualisé pour chaque prisonnier
6. Assurer les médicaments nécessaires pour les traitements
7. Développer un système de déclaration des urgences
8. Mettre en place un système efficace de transport des prisonniers malades
9. Assurer la présence d'une équipe médicale permanente dans les prisons
10. Développer une politique de prévention

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

11. Améliorer les conditions d'incarcération
12. Assurer les droits des prisonniers

En 2011, les prisons libanaises ont une capacité réelle estimée à environ 3 000 prisonniers. Ce nombre est largement dépassé puisque la capacité actuelle des prisons est 1.5 à 2 fois supérieure à sa capacité réelle. Le nombre de condamnés est de 1 147 et de détenus de 2 924. Cinquante-six sont condamnés à mort et 80 sont condamnés à vie. Sept cent quatre-vingt et un sont sans avocat.

Le personnel médical dans les prisons à l'exception de la prison de Roumieh (dont les données n'ont pu être obtenues) comprend 26 infirmières, 2 administratifs, 6 médecins et 2 médecins officiers. Ces nombres sont insuffisants pour une prise en charge adéquate au sein des prisons et affectent l'état de santé des prisonniers.

Les services reçus sont surtout des consultations médicales et des examens de diagnostics (imagerie et laboratoire), des consultations dentaires et des médicaments.

Parmi les maladies chroniques observées chez les prisonniers, les dépressions sont les plus fréquentes suivies des ulcères. Quelques cancers sont détectés. D'autres maladies existent aussi telles que les maladies de la peau et la syphilis.

Pour ce qui est de l'hospitalisation, les FSI passent des contrats avec certains hôpitaux publics et privés et assurent ainsi environ 30 lits.

Tableau 50

Caractéristiques et descriptif des prisons et des prisonniers (2011)

Prison	Capacité Réelle	Capacité actuelle	Condamnés	Détenus	Détenu/ condamné	Condamné à mort	Condamné à vie	Sans avocat
Barbar Khazen	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Roumieh	1 250	2486	622	1864	811	48	72	700
Dahr el bachek-mineur	30	10	6	4		0	0	3
Baabda femme	45	70	15	55		0	0	15
Aley	40	74	15	59		0	0	1
Tripoli-Femme	130	83	16	67		1	2	
Tripoli-Homme	400	779	135	162		6	4	
Amioun	50	67	14	53		0	0	
Zghorta	60	76	10	66		0	0	12
Halba	90	70	48	22		0	0	22
Batroun	41	39	37	0	2	1	0	0
Tebnine	60	99	4	95		0	0	
Nabatieh	84	79	0	69	10	0	2	
Tyr	70	60	60	0		0	0	0
Jezzine	50	65	5	60		0	0	10
Baalbeck	75	98	25	73		0	0	
Rachaya	50	65	63	2		0	0	0
Jeb Jennine	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible	Non disponible
Zahlé-Femme	30	20	11	9		0	0	3
Zahlé-Homme	400	500	55	232	112	0	0	
Jbeil	25	38	6	32	0	0	0	15
Total	2 980	4 778	1 147	2 924	935	56	80	781

Source: Forces de Sécurité Intérieure – Septembre 2011.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 51

Personnel médical dans les prisons (2009)²³				
Nom de la prison	Nombre d'infirmiers	Administratifs	Médecins	Médecins Officiers
Tyr	1			
Nabatieh	2			
Tebnine	1			
Jezzine	1			
Amyoun	1	1		
Batroun	1	1		
Halba	1		1	
Tripoli (Femmes)	1			
Tripoli (Hommes)	5			
Rachaya	1		1	
Baalbeck	1			
Zahlé (Hommes)	3			1
Zahlé (Femmes)	2			
Jeb Jennin	2		1	
Jbeil	1			
Baabda	2		3	1
Total	26	2	6	2

Source: Forces de Sécurité Intérieure – Septembre 2011.

Tableau 52

Consultations médicales dans les prisons (2009)			
Consultations Médicales	Hommes	Femmes	TOTAL
Échographie	18	18	36
Radio XR	47	20	67
IRM	7		7
Scanner	5		5
Endoscopie			
Tests de Laboratoire (par patient)	121	40	161
Examens des tissus (par patient)		7	7

Source: Forces de Sécurité Intérieure – Septembre 2011.

²³ À l'exception de la prison centrale de Roumieh.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 53

Répartition des maladies par type dans les prisons (2009)			
Maladies chroniques	Hommes	Femmes	TOTAL
Dépression	75	90	165
Ulcère	70	52	122
Hypertension artérielle	43	15	58
Asthme	42	11	53
Diabète	27	6	33
Psychoses	20	3	23
Épilepsie	7	3	10
Hyperlipidémie	5	3	8
Problème de thyroïdien	1	3	4
Schizophrénie		1	1
SIDA		1	1
Insuffisance rénale	1		1
Alzheimer		1	1
Cancer	Hommes	Femmes	TOTAL
Cancer de vessie	1	1	2
Cancer de sein		1	1
Maladies transmissibles	Hommes	Femmes	TOTAL
Diptérie	60	15	75
Coqueluche	30		30
Rougeole	15	4	19
Oreillons	7	5	12
Hépatite virale B	3	3	6
Autres maladies	Hommes	Femmes	TOTAL
Maladies de peau	55	35	90
Syphilis	8	12	20
Tuberculose	1		1
Consommation de médicaments	Hommes	Femmes	TOTAL
	50	35	85
Soins dentaires*	Hommes	Femmes	TOTAL
Suivi des soins dentaires	121	30	151
Extraction	90	5	95
Opérations chirurgicales	1		1

Source: Forces de Sécurité Intérieure – Septembre 2011.

* Les soins dentaires se font au sein de la prison.

Tableau 54

Hôpitaux et centres de santé ayant un contrat avec les FSI (2009)		
Nom de l'hôpital	Nombre de lits	Nombre d'admissions
Hôpital Dahr Al Bachek	13	Non disponible
Hôpital public de Riyak	9	145
Hôpital el Hayat	5	Non disponible

Source: Forces de Sécurité Intérieure – Septembre 2011.

III.2 – INDICATEURS DU SYSTÈME DE SANTÉ

III.2.1 – INFRASTRUCTURE

III.2.1.1 – Soins ambulatoires

Le pays compte 950 dispensaires et centres de santé primaires. Les premiers fonctionnent avec des capacités humaines et physiques limitées et offrent des services restreints. Ces dispensaires sont, en majeure partie, en vue d'être transformés en centres de santé primaires. Les centres de santé primaires sont en constante évolution et offrent un panier de services qui leur permet de contribuer à des programmes de prévention, de s'impliquer dans les programmes de santé reproductive, de planning familial et de soins prénataux. Ils développent aussi des programmes de formation et offrent un support logistique, à travers un vaste réseau, dans l'achat et la distribution des médicaments essentiels. Malgré ce développement, le système de soins de santé primaires publique reste faible; le nombre de personnes fréquentant ces centres reste limité (estimé à 20% maximum de la population), la qualité des services varie selon les régions et entre les différents pourvoyeurs de ces services.

Le MSP a choisi 130 centres parmi l'ensemble des dispensaires opérant à travers le pays, pour établir un réseau de centres de santé primaires; ce réseau est distribué comme suit:

En effet, 71% des 130 centres de soins de santé primaire (CSP) du réseau national de CSP du pays relèvent des ONG. Parmi les 130 CSP, 21 sont en période d'essai, 14 appartiennent au secteur public dont 10 gérés et appartenant au MSP et 4 gérés et appartenant au MAS, 29 appartiennent au MSP et sont gérés par des ONG ou les autorités locales, 106 appartiennent et sont gérés par des ONG et/ou des municipalités.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 55

Nombre et distribution des centres de santé primaires par type d'appartenance (2010)

Qada	Nombre de CSP appartenant au réseau	En période d'essai	ONG	Municip/ ONG	MAS/ municip	MAS	MSP/ ONG	MSP	Municip	MSP/ Municip	Pilote accréditation
Beyrouth	12	2	11	0	0	1	0	2	0	0	3
Baabda	9	2	8	1	0	0	0	0	1	1	3
Metn	6	2	3	4	0	0	0	1	0	0	1
Kesrouan	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0
Jbeil	4	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0
Chouf	3	1	1	0	0	0	1	1	0	1	1
Aley	5	0	2	0	0	0	0	1	0	2	1
Tripoli	8	1	7	1	0	0	0	1	0	0	3
Menyeh	4	1	2	0	0	0	0	1	1	0	0
Zghorta	4	0	3	0	0	1	0	0	0	0	1
Akkar	8	0	6	0	0	0	0	0	2	0	1
Batroun	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0
Koura	3	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
Zahlé	6	1	4	0	0	0	0	1	0	2	1
Rashaya	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Hermel	2	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0
Baalbeck	11	0	8	0	0	0	0	0	0	3	1
Békaa Ouest	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0
Saida	14	2	10	0	1	0	0	1	2	0	1
Jezzine	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
Tyr	6	2	5	0	0	0	0	1	0	0	1
Nabatieh	5	3	3	0	0	0	0	0	0	2	2
Marjeyoun	5	0	4	0	0	0	0	0	0	1	2
Hasbaya	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0
Bint Jbeil	5	1	4	0	0	1	0	0	0	0	0
Total	130	21	93	7	1	4	3	10	6	16	22

Source: MSP, 2011.

Tableau 56

Répartition des consultations par type de spécialités (2010) (n = 1 177 548)

Spécialités	%
Médecine générale	20.4
Pédiatrie	17.7
Dentaire et santé buccale	14.6
Santé reproductive	6.7
Maladies cardio-vasculaires	4.7

Source: OMS-EMRO, 2011, Health System Profile, Lebanon.

L'utilisation des centres de santé primaires a quadruplé entre 2002 et 2010 avec le nombre de visites passant de 211 375 à 1 063 690. Le nombre de nouveaux bénéficiaires a aussi augmenté passant de 69 335 à 160 181. L'achat des médicaments a aussi augmenté de 269 414 en 2002 à 746 296 en 2010. Il en est de même pour le nombre de médicaments chroniques qui est passé de 152 190 en 2002 à 458 455 en 2010.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Il est à noter que les centres choisis appartiennent ou bien à des ONG (plus de 90%) ou bien au Ministère de la Santé Publique, au Ministère des Affaires Sociales ou aux municipalités. Quelques centres choisis ont une gestion commune (gouvernement/ONG).

III.2.1.2 – Secteur hospitalier

L'histoire des hôpitaux au Liban remonte à un peu plus d'un siècle. Aujourd'hui et après l'essor vécu au XX^e siècle, le réseau hospitalier comprend 164 institutions publiques et privées réparties sur l'ensemble du territoire libanais et couvrant l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales.

Les hôpitaux publics, étaient jusqu'à très récemment, sous-équipés, présentaient une mauvaise qualité de services et manquaient de professionnels qualifiés. Ils offraient des soins généraux gratuits, étaient gérés comme des unités budgétaires du Ministère de la Santé Publique et ne bénéficiaient pas d'une autonomie financière. Leur gestion était centralisée et le budget était alloué selon des estimations historiques et sans aucune étude réelle des besoins.

En 1997, le Gouvernement Libanais tente d'adresser ces problèmes par diverses manières: la réhabilitation, la construction de nouveaux hôpitaux publics, la promulgation de la Loi d'autonomie des hôpitaux publics (loi 544 du 24 juillet 1996). Cette loi visait à donner plus de flexibilité à ces hôpitaux en leur permettant de fonctionner comme des institutions semi-autonomes responsables vis-à-vis d'un Conseil d'Administration nommé par le Conseil des Ministres. Ils sont financés pour les services rendus tout comme les hôpitaux privés. La loi d'Autonomie a permis d'améliorer l'efficacité de ces hôpitaux en encourageant la compétitivité entre les secteurs privés et publics et par conséquent en améliorant la qualité des services rendus. Il en découle une image améliorée des hôpitaux publics.

Aujourd'hui, les hôpitaux publics sont au nombre de 28 (dont un avec le statut d'hôpital universitaire) représentant un total de 2 550 lits. Ceci équivaut à 16,6% de la capacité totale des lits privés et publics fonctionnels (MSP, 2011). La plupart des hôpitaux publics ont moins de cent lits. Tous les hôpitaux sauf un ont le statut d'hôpital autonome.

Le secteur hospitalier privé structure principale du paysage sanitaire libanais, c'est le pilier du système de soins. Fortement développé en nombre et en capacité, il compte cent trente-cinq hôpitaux de longue et courte durées pour un nombre total de lits de douze mille six cent quarante-huit lits (Syndicat des hôpitaux privés, 2009). Ils représentent 82% de la capacité totale du pays. Ils sont majoritairement des hôpitaux généraux multidisciplinaires avec un nombre de lits par hôpital pouvant varier de quatre-vingts lits pour les plus petits hôpitaux à quatre cents lits pour les plus grands. Parmi ces hôpitaux, douze ont le statut d'hôpital Universitaire (MSP, 2011) et le taux d'occupation ne dépasse généralement pas les 55% (Ammar, 2003).

Le nombre d'admission dans les hôpitaux privés est supérieur à celui dans les hôpitaux publics sauf pour les régions de Beyrouth et de Nabatieh.

Tableau 57

Répartition des d'hôpitaux selon le type et le nombre de lits (2011)

Nombre de lits	Nombre d'hôpitaux privés Courts et moyens séjours	Nombre d'hôpitaux privés Longs séjours
< 50 lits	49	5
50-100 lits	38	7
101-200	25	1
> 200	4	6

Source: Syndicat des hôpitaux privés, 2011.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 58

Distribution des hôpitaux publics, privés et militaire, par région et nombre de lits (2011)

Région	Hôpitaux privés*				Hôpitaux publics**		Hôpital militaire***	
	Court et Moyen séjour		Long séjour		Court et Moyen séjour		Court séjour	Séjour de 24h
	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits	Nombre d'hôpitaux	Nombre de lits	Nombre de lits	
Beyrouth	17	1857	2	754	2	595	50	94
Metn	28	2 359	10	1 897	6	430		
Kesrouan/Jbeil	8	635	1	30				
Chouf/Aley	9	382	3	400				
Békaa	19	1 231	0	0	5	470		
Nord	19	1 397	2	175	7	455		
Sud	16	1 331	1	200	3	235		
Nabatieh					5	365		
TOTAL	116	9 192	19	3 456	28	2 550	50	94

Source: * Syndicat des hôpitaux privés, 2011.

** MSP, 2011.

*** Ministère de la Défense, 2010.

Tableau 59

Liste des hôpitaux universitaires publics et privés (2011)

Hôpitaux Privés	Hôpitaux Publics
1. AUBMC	1. Beirut Governmental Hariri University Hospital
2. HDF	
3. St. Georges des Grecs Orthodoxes	
4. Makassed	
5. LAU-Rizk	
6. ND Secours – Jbeil	
7. Sacré-Cœur	
8. Al Zahraa	
9. Hammoud	
10. Sahel General	
11. Dar el Amal	
12. Ain Wa Zein	

Source: MSP, 2011.

Tableau 60

Nombre d'hôpitaux ayant des contrats avec le Ministère de la santé par type et Mohafazat (2010)

Mohafazat	Public	Privé
Beyrouth	2	11
Mont-Liban	5	56
Nord	6	26
Békaa	4	23
Sud	2	17
Nabatieh	5	5

Source: MSP, Bulletin de statistique, 2010.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 61

Nombre d'admissions par type d'hôpital et lieu géographique (2010)		
Mohafazat	Public	Privé
Beyrouth	16 682	7 356
Mont-Liban	9 749	41 921
Nord	12 925	37 974
Békaa	9 900	37 840
Sud	4 652	28 185
Nabatieh	13 108	9 237
Total	67 016	162 513

Source: MSP, Bulletin de statistique, 2010.

III.2.1.3 – Technologie et équipements lourds dans les hôpitaux

La plupart des hôpitaux privés sont très bien équipés. Le marché est libre et le développement non régulé, il en résulte un nombre considérable d'équipements de haute technologie dans l'ensemble des hôpitaux : le Liban se trouve de ce fait en termes de technologie au même niveau que les pays à revenu élevé. Par conséquent, la caractéristique principale du secteur de la santé reste celle d'un secteur chaotique avec un surplus de lits, un surplus d'investissement en équipement, et une dominance d'hôpitaux avec une capacité de lits inférieurs à cent (environ 75%). La raison principale est surtout liée à l'absence de contrôle du Ministère de la Santé Publique qui a favorisé le comportement opportuniste des consommateurs et des pourvoyeurs.

Tableau 62

Technologie disponible (2010)		
	Nombre d'unités	Unité par million
Départements chirurgie à cœur ouvert	22	5.6
Laboratoires de cathérisation cardiaque	32	8.1
Centres de dialyse	52	13.1
Centres de transplantation d'organes	5	1.3
Unités de greffe de moelle osseuse	3	0.8
Centre spécialisé pour les brûlures	1	0.7
Centres de fertilisation in vitro	12	3.1
Mammographie	74	18.6
Radiologie	225	56.8
Densitométrie osseuse	32	8.1
Endoscopie	237	59.8
Radiothérapie	8	2.1
Lithotritie	37	8.0
CT Scan	96	26.9
PET Scan	6	0.8
IRM	31	9.8

Source: MSP, 2010.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 63

Distribution de la technologie par région (2010)							
	Beyrouth	Mont-Liban	Békaa	Nord	Sud	Nabatieh	Total
IRM	7	8	4	5	6	1	31
Échographie (Medical ultrasonography)	49	54	23	32	24	7	189
Tomodensitométrie (CT scan)	12	36	15	16	13	4	96
PET scan	2	1	1	1	0	1	6
X ray	72	75	27	36	35	10	225
Mammographie	10	28	7	16	10	3	74
Endoscopie	49	65	31	44	40	8	237
Densitométrie osseuse	10	11	3	4	4	0	32
Lithotritie	6	13	6	8	4	0	37
Hémodialyse	8	19	7	11	6	1	52
Chirurgie à cœur ouvert							22
Cathétérisation cardiaque							32
Centres de transplantation d'organes							5
Unité de greffe de moelle osseuse							3
Centre de fertilisation in vitro							12
Radiothérapie							8

Source : MSP, 2010.

III.2.1.4 – Autres infrastructures de santé

Les autres infrastructures de santé comprennent les pharmacies (hospitalières et privé), les laboratoires d'analyses médicales (hospitaliers et privé), les banques de sang ainsi que les centres de dialyse, de physiothérapie et d'imagerie médicale.

III.2.1.4.1 – Pharmacies et laboratoires

Le nombre de pharmacies en 2011 au Liban s'élève à 2 536. Parmi celles-ci, 91.29% sont des pharmacies privées et 8.71% des pharmacies hospitalières. La région du Mont-Liban compte le plus de pharmacies privées (44.36%) et celle de Nabatieh le moins (6.26%). Les pharmacies hospitalières sont surtout concentrées dans la région de Beyrouth (40.27%) alors qu'elles représentent seulement 3.62% dans la région de Nabatieh.

Tableau 64

Répartition géographique des pharmacies et laboratoires selon les Mohafazats (2011)				
Région	Pharmacie*		Laboratoire**	
	Pharmacies hospitalières	Pharmacies privées	Laboratoires hospitaliers	Laboratoires privés
Beyrouth	89	223	20	41
Mont-Liban	57	1 027	38	67
Nord	24	349	22	29
Sud	23	243	23	31
Nabatieh	8	145	--	--
Békaa	20	328	18	13
Total	221	2 315	121	181

Source : * Ordre des Pharmaciens, 2011.

** Syndicat des Biologistes, mai 2011.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.2.1.4.2 – Centres de dialyse, de physiothérapie et de radiologie

Le nombre le plus élevé de centre de dialyse (23), de physiothérapie (171) et de radiologie (78) se trouve dans la région du Mont-Liban. La région de Nabatieh compte le moins de centres.

Tableau 65

Répartition géographique des centres de dialyse, de physiothérapie et de radiologie (2011)			
Région	Centre de dialyse	Centre de physiothérapie	Centre de radiologie
Beyrouth	8	59	22
Békaa	9	26	24
Nord	12	79	35
Mont-Liban	23	171	78
Sud	7	34	20
Nabatieh	3	12	6
Total	62	381	185

Source: MSP, 2011.

III.2.1.4.3 – Licences octroyés par le MSP pour l'ouverture d'infrastructures de santé

L'ouverture d'une infrastructure de santé requiert au préalable une autorisation du MSP. Actuellement, les compagnies de soins à domicile ne sont pas régies par ce règlement. 34% des licences sont octroyées pour l'ouverture de dispensaire et 0.96% pour les centres esthétiques.

Tableau 66

Nombre de licences octroyées par le MSP pour l'ouverture d'infrastructures de santé (2010)								
	Beyrouth	Mont-Liban	Nord	Sud	Nabatieh	Békaa	Total	Total par 10 000 population
Dispensaire	58	265	215	91	76	175	880	2.22
Centre de physiothérapie	70	200	98	45	15	28	456	1.15
Laboratoires dentaires	42	166	37	31	11	30	328	0.83
Laboratoires généraux	48	113	50	33	16	40	300	0.76
Centre de radiologie	34	111	45	25	11	30	256	0.65
Hôpitaux privés	21	67	35	24	10	36	193	0.49
Banque de sang	6	19	7	5	1	4	42	0.10
Centre de prothèses	6	22	6	6	--	2	42	0.11
Laboratoire de pathologie	6	13	7	8	1	5	40	0.10
Hôpitaux publics	2	6	7	4	6	5	30	0.08
Centre d'esthétique	3	13	1	--	--	1	18	0.05
Total	296	995	508	272	147	356	2 585	6.5
Total par 10 000 population	7.8	6.6	6.2	6.1	5.3	6.6	2 585	6.5

Source: OMS-EMRO, 2011, Health system profile-Lebanon.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.2.1.4.4 – Banques de sang

Le pays compte 32 banques de sang dont 12 relevant de la Croix Rouge Libanaise, une d'un hôpital public et 19 d'hôpitaux privés. Une ONG locale, « Donner Sang Compter » (DSC) créée en 2009 assure le suivi des demandes à travers une base de données des donneurs potentiels.

Tableau 67

Répartition des Banques de sang par type et par région				
	Croix Rouge Libanaise*	Hôpitaux publics**	Hôpitaux Privés**	TOTAL
Beyrouth	2	1	7	10
Mont-Liban	5		2	7
Békaa	1		3	4
Liban Sud	2		3	5
Liban Nord	2		4	6
TOTAL	12	1	19	32

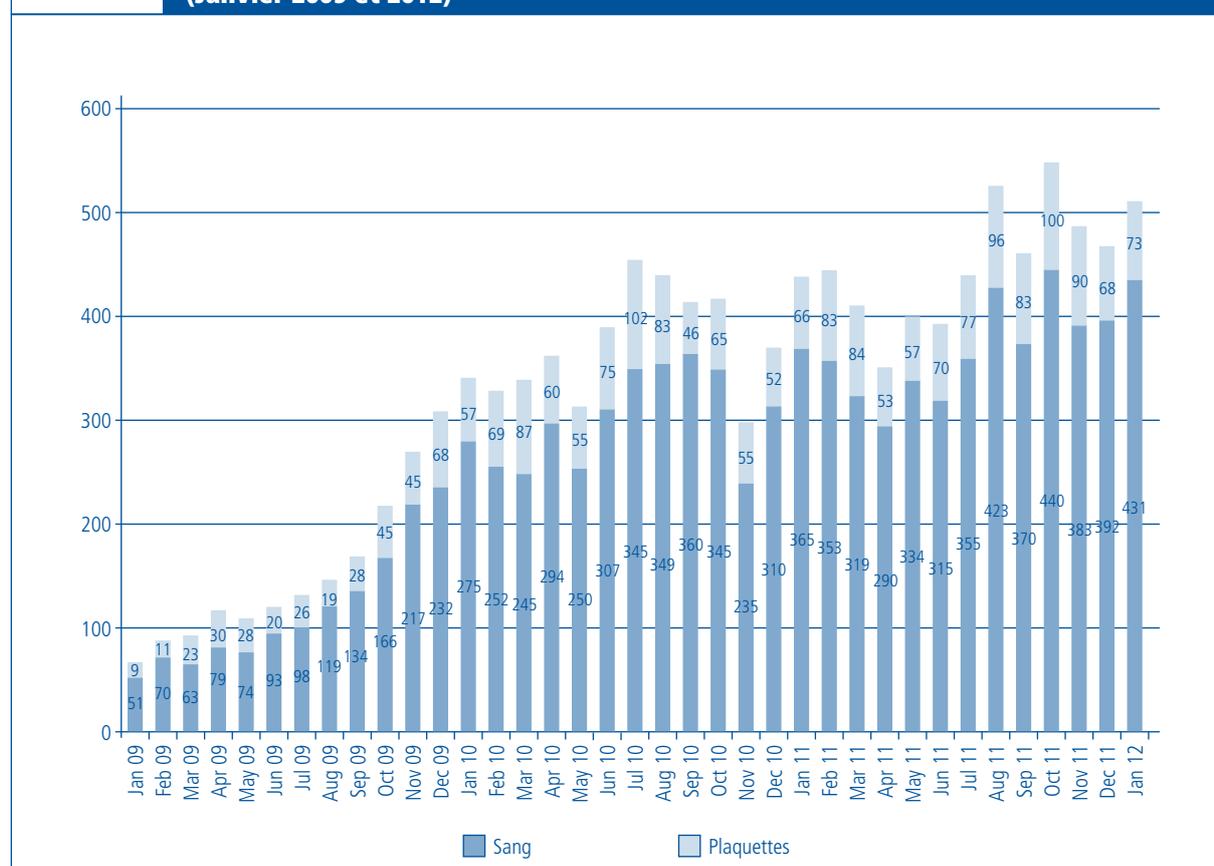
Source: * Croix Rouge Libanaise, 2012.

** OMS, 2011.

L'ONG « Donner Sang Compter » a pu répondre entre janvier 2009 et janvier 2012 à 431 demandes de sang et 73 demandes de plaquettes sanguines.

FIGURE 9

Demandes de sang et plaquettes fournies par « Donner Sang Compter » (Janvier 2009 et 2012)



Source: Donner Sang compter, newsletter janvier 2012.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.2.1.4.5 – Système de transport d'urgence et postes de secours

La Croix Rouge Libanaise compte 43 postes de secours répartis sur l'ensemble du territoire libanais et dispose de 264 ambulances.

a. Missions en temps de conflits

Lors de la guerre de 2006, 10768 missions ont pu être effectuées par les bénévoles de la Croix-Rouge avec 87% de ces missions pour des urgences médicales. En 2007, 39% des missions étaient des urgences médicales, 29% des urgences de guerre et 24% des évacuations de civils.

Tableau 68

Missions effectuées par la CRL lors des guerres (2006-2007)		
	Guerre de juillet 2006	Conflit de Nahr el Bared (mai 2007 à septembre 2007)
Urgences de guerre	993	1 124
Urgences médicales	9373	1 520
Transport de cadavres	402	149
Évacuations de civils		1 022
Convois avec CR Internationale et le PRCS		51
Total	10 768	3 866

Source: CRL, 2010.

Tableau 69

Missions hors conflits effectuées par la CRL (2009-2010)		
Missions	2009	2010
Urgence et transport	75 673	65 109
Premiers soins à domicile	9 399	7 475
Premiers soins au centre	105 713	85 490
Divers	6 098	4 833
Total	196 883	162 907

Source: CRL, 2010.

III.2.1.4.6 – Don d'organes

L'Organisation National pour le Don et la Transplantation d'Organes et de Tissus (NOOTDT-Lb) a été établie en 1999 par arrêté ministériel 1/509 (juillet 1999) comme une organisation à but non lucratif affiliée au Ministère de la Santé Publique. Le président de l'NOOTDT-Lb est le Ministre de la santé et son rapporteur est le président de l'Ordre des Médecins. Elle est maintenant reconnue comme l'organisation officielle pour don d'organes et de tissus humains au Liban. Sa mission est de mettre en œuvre un modèle libanais pour le don d'organes et de tissus humains pour la transplantation. Le modèle est basé sur la formation et la présence d'équipes de coordonnateurs dans la plupart des hôpitaux du Liban, qui sont capables de détecter et de gérer tout donneur potentiel. Quinze hôpitaux ont participé à la première année du projet (2010). Ce nombre est passé à 23 en 2011. Le taux de consentement au don d'organes après la mort du cerveau a augmenté de 2% (0,5 par million d'habitants) en 2010 à 10% en 2011 (2,5 par million d'habitants) avec une augmentation similaire pour les donneurs après un arrêt cardiaque: 16,4% (7 par million d'habitants) pour 2010 et 22%, (5 par million d'habitants) en 2011. Le taux de dons avant 2010 variait de 0,5 à 2,5 par million d'habitants avec zéro donateur en 2005, 2007 et 2009.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 70

Don d'organes au Liban par cause de décès (2010-2011)		
Année	2010	2011
Total décès	1 501	1 684
Total potentiel donneur par décès cérébral	82	67
Décès cérébral diagnostiqué	54 (65%)	48 (71.6%)
Contre-indications médicales	39 (47.5%)	20 (30%)
Familles approchées	34	32
Consentement	2 (5%)	10* (32%)
Donneurs d'organes et de cornées	2	5 organes et tissus 3 organes seulement 2 refusés par les chirurgiens
Pourcentage/1 000 000 habitants	0.5	2.5
Total arrêts cardiaques	1 419	1 617
Contre-indications médicales	1 096 (77.2%)	1 343 (83%)
Contre-indications judiciaires	64	59
Familles approchées	182	91
Familles non approchées	77	121
Consentement	30 (16.4%)	20 (22%)
Donneurs de cornées	28**	18***
Pourcentage/1 000 000 habitants	7	4.5

Source: www.nootdt.org, 2011.

* Un donneur a été refusé pour des raisons médicales.

** Deux cornées ont été perdues en raison de problèmes logistiques.

*** Quatre cornées n'étaient pas utilisables.

Tableau 71

Statistiques relatives aux dons d'organes au Liban (mai 1990 et décembre 2010)			
Activités des ONG			
Année	Nb de donneurs référés	Nb de donneurs réels	Par 1 000 000 habitants
1990-1999	151	33	0.82
Après la création du NOOTDT et des cours sous la supervision des experts Espagnols (DTI)			
2000	10	4	1
2001	24	4	1
2002	17	8	2
2003	28	10	2.5
2004	20	3	0.75
2005	0	0	0
2006	14	5	1.25
2007	0	0	0
2008	3	2	0.50
2009	0	0	0

Source: www.nootdt.org, 2011.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

III.2.1.4.7 – Soins à domicile

Les compagnies de soins à domiciles au Liban en 2011 sont au nombre de 14. Aucune loi ne régit l'ouverture des compagnies de soins à domicile au Liban. Il n'existe pas à date suffisamment d'informations relatives aux activités de ce secteur. Une liste de 14 compagnies a pu être répertoriée :

- Network services (NSN)
- Doctors at home
- Home care
- Private care
- Patient health care
- Professional care
- Enaya at home
- Life care
- Home visiting doctors
- Adcome invest
- Doctors on call
- Khaliji Lebanese Nursing
- Patient care

III.2.1.4.8 – Compagnies d'assurances

Le nombre de compagnies d'assurance actives est en 2010 de 52 alors qu'en 2001 ce nombre était de 61 soit une baisse de 15%.

Le total des primes d'assurances souscrites en 2010 sur le marché libanais est estimé à 1.2 milliard de dollars. La croissance des primes entre 2009 et 2010 est de l'ordre de 12.5%. Depuis 2001, le chiffre d'affaires annuel est multiplié par 2.8, les profits par 4.5, les actifs par 3.9, les actions par 3.3 et les réserves par 6.3. La branche incendie, accidents et risques divers domine le marché depuis 1981 avec une part de marché estimé à 70%. La progression de cette branche en 2010 est de 12%. La part relative de la branche assurance-vie est de 30% de l'ensemble du chiffre d'affaires avec une progression de 15% en 2010.

Tableau 72

Liste des assurances privées au Liban (2010)							
Name	Vie	Accident	Incendie	Crédit	Agriculture	Marine	
1 Adonis Insurance & Reinsurance Co. SAL (Adir)	oui	oui	oui	non	non	oui	
2 Al Ittihad Al Watani General Insurance Company For The Near-East SAL L'Union Nationale	oui	oui	oui	oui	non	oui	
3 Al Nisr Insurance Company SAL	non	oui	oui	non	non	oui	
4 Amana Insurance Co SAL	oui	oui	oui	oui	non	oui	
5 Arab Reinsurance Company SAL (Inter-Arab Company)	oui	oui	oui	non	non	oui	
6 Arope Insurance SAL	oui	oui	oui	oui	non	oui	
7 Assurex SAL	oui	oui	oui	non	oui	oui	
8 Bancassurance SAL	oui	non	non	non	non	non	
9 Berytus Insurance & Reinsurance Co. SAL	oui	oui	oui	non	non	oui	
10 Byblos Insurance Company SAL	non	oui	oui	non	non	oui	
11 Caisse Centrale de Réassurance (CCR)							
12 Confidence Insurance Group SAL (CIG)	oui	oui	oui	non	non	oui	
13 Commercial Insurance Co. (Lebanon) SAL	oui	oui	oui	non	non	oui	
14 Continental Trust Insurance & Reinsurance Co. SAL	non	oui	oui	non	non	oui	
15 Fajr Al Gulf Insurance & Reinsurance Co. SAL	oui	oui	oui	non	non	oui	
16 Gen Re	non	non	non	non	non	non	

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 72

Liste des assurances privées au Liban (2010)

Name	Vie	Accident	Incendie	Crédit	Agriculture	Marine
17 La Phénicienne Compagnie d'Assurances SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
18 Leaders Insurance & Reinsurance SAL	non	oui	oui	non	non	oui
19 Sécurité Assurance SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
20 Liberty Insurance SAL	non	oui	oui	non	non	oui
21 Middle East Assurance & Reinsurance Co. SAL (MEARCO)	non	oui	oui	non	non	oui
22 Allianz SNA SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
23 Sogécap Liban SAL	oui	non	non	non	non	non
24 United Commercial Assurance SAL (UCA)	oui	oui	oui	non	non	oui
25 United Assurance Co. SAL	non	oui	oui	non	non	oui
26 Al-Bahriah Insurance & Reinsurance SAL	non	non	oui	non	non	oui
27 CHARTIS Lebanon SAL	non	oui	oui	non	non	oui
28 Al-Mashrek Insurance & Reinsurance SAL	oui	oui	oui	oui	non	oui
29 American Life Insurance Company (ALICO)	oui	oui	non	non	non	non
30 Al Aman Takaful Insurance SAL (ATI)	oui	oui	oui	non	non	oui
31 Burgan Insurance Company SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
32 Arabia Insurance Company SAL	oui	oui	oui	oui	oui	oui
33 Assalam Insurance & Reinsurance SAL	non	oui	oui	non	non	oui
34 Axa Middle East SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
35 Bankers Assurance SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
36 BEST Re. (Middle East & Gulf Regional Office)	oui	oui	oui	non	non	oui
37 The Capital Insurance & Reinsurance CO. SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
38 Zurich Insurance Middle East SAL	oui	oui	oui	oui	oui	oui
39 Crédit Libanais d'Assurances et de Réassurances SAL (CLA)	oui	oui	oui	non	non	oui
40 Compass Insurance Company SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
41 Cumberland Insurance and Reinsurance Co. SAL	non	oui	oui	non	non	oui
42 Fidelity Assurance & Reinsurance Company SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
43 L'Horizon Société d'Assurances et de Réassurances SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
44 The Lebanese Credit Insurer SAL (L.C.I)	non	non	non	oui	non	non
45 LIA Insurance SAL	oui	oui	oui	non	non	oui
46 Libano-Suisse SAL, Insurance Company	oui	oui	oui	non	non	oui
47 MEDGULF, the Mediterranean & Gulf Insurance & Reinsurance Co. SAL	oui	oui	oui	oui	non	oui
48 North Assurance SAL	oui	oui	oui	oui	non	oui
49 The Overseas Insurance & Reinsurance CO. SAL	non	oui	oui	non	non	oui
50 Trust Insurance CO. SAL	oui	oui	oui	oui	non	oui
51 Union Franco Arabe d'Assurances et de Réassurances SAL (UFA)	oui	oui	oui	oui	non	oui
52 Victoire SAL	oui	oui	oui	non	non	oui

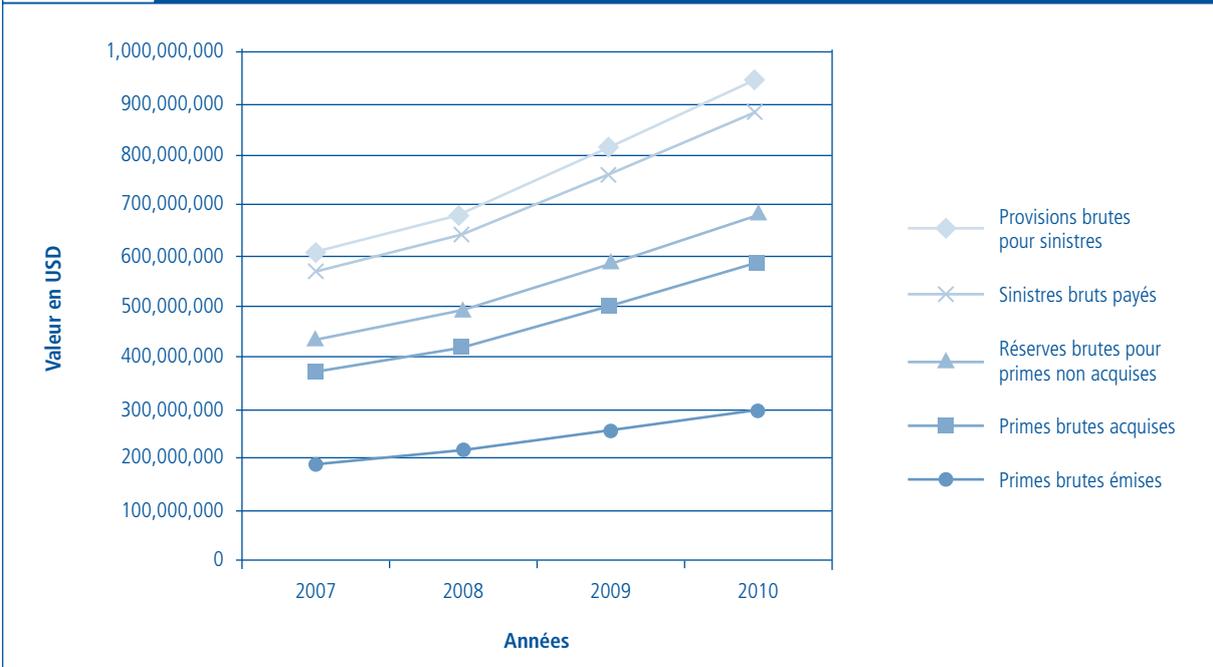
Source: Ministère de l'Économie et du Commerce, 2010, Rapport Annuel.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

L'augmentation de la branche assurance-maladie entre 2007 et 2010 est de l'ordre de 16.1% par année pour toutes les catégories sauf pour les sinistres bruts payés qui est de l'ordre de 13.7% par année pour la même période.

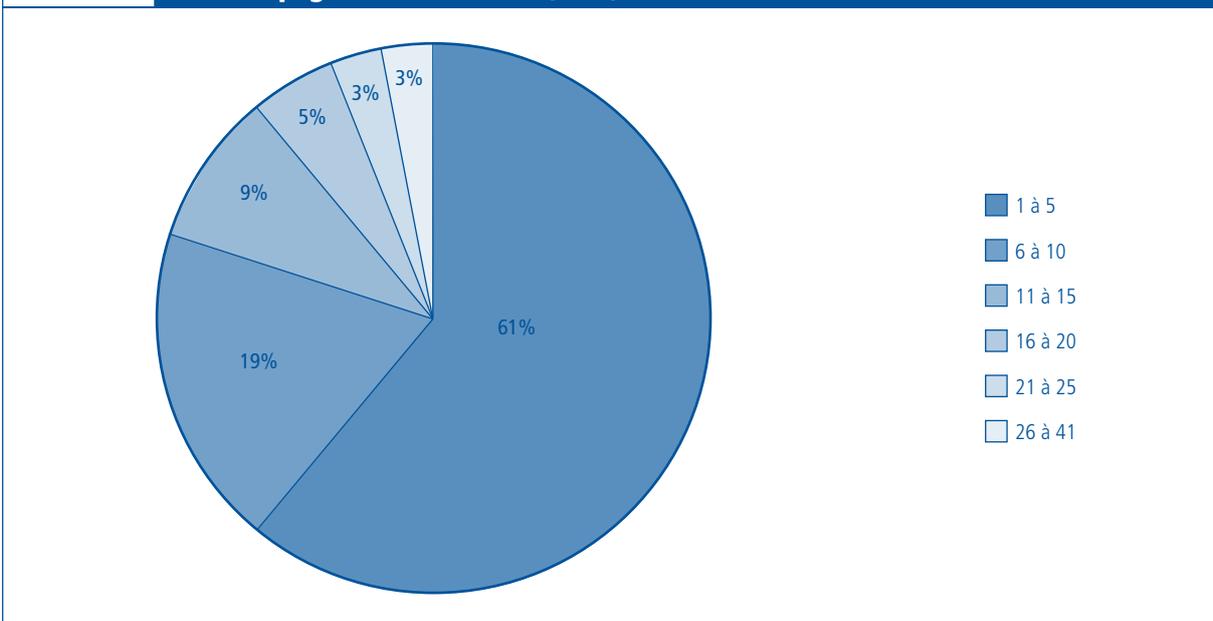
Le marché est concentré puisque les dix premières compagnies représentent 80% de la production (les 5 premières compagnies représentant 61%).

FIGURE 10 Évolution de la branche assurance-maladie (2007-2010)



Source: Ministère de l'économie et du commerce, 2010, Rapport Annuel.

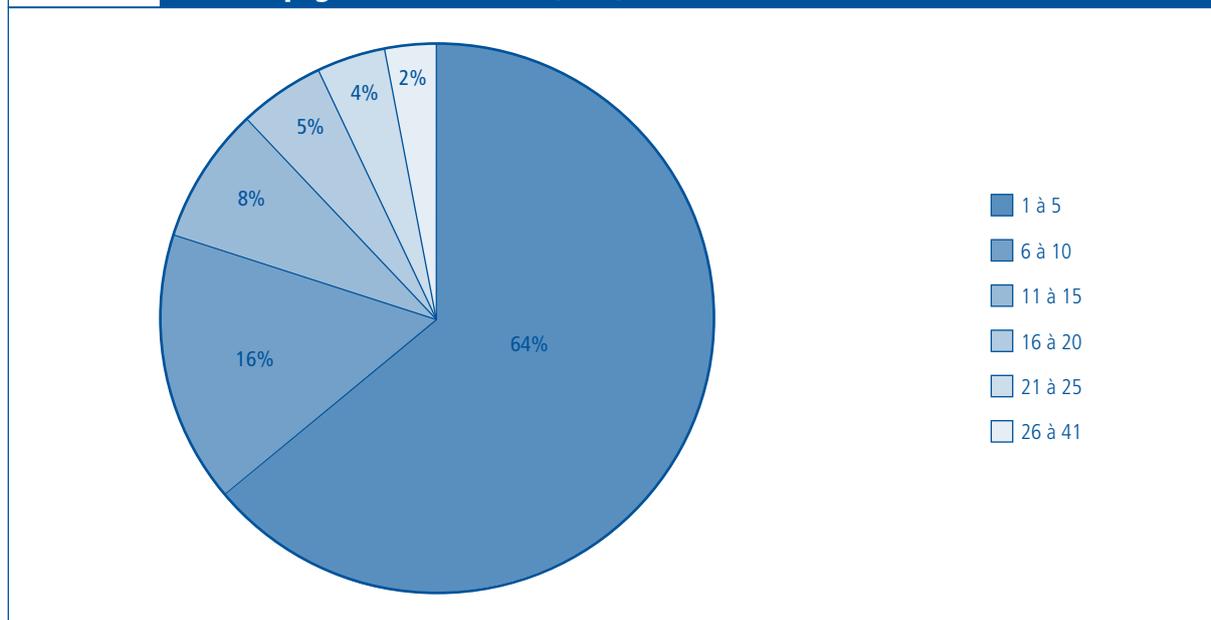
FIGURE 11 Distribution des primes dans le secteur de la santé selon le classement des compagnies d'assurances (2010)



Source: Ministère de l'économie et du commerce, 2010, Rapport Annuel.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

FIGURE 12 Distribution des sinistres dans le secteur de la santé selon le classement des compagnies d'assurances (2010)



Source: Ministère de l'économie et du commerce, 2010, Rapport Annuel.

III.2.1.4.9 – Garderies autorisées par le MSP

Le nombre total de garderies autorisé par le MSP est de 196 avec une grande concentration dans la région du Mont-Liban (63.7%).

Tableau 73

Nombre de garderies par région (2011)

Région	n
Beyrouth	26
Mont-Liban	125
Nord	22
Békaa	13
Sud	10
Total	196

Source: www.moph.gov.lb.

III.2.2 – MAIN D'ŒUVRE

Limités auparavant aux médecins et aux infirmières, les professionnels de santé sont aujourd'hui très diversifiés. Ils comprennent principalement les médecins, pharmaciens, dentistes, infirmières, ainsi que plusieurs autres catégories de professionnels paramédicaux tels que les physiothérapeutes, psychologues, orthophonistes, psychomotriciens, etc. formés et diplômés au Liban ou dans d'autres pays (France, Europe, Amérique Latine et Europe de l'Est); ces professionnels présentent des pratiques très variées.

Les professionnels de la santé obtiennent un permis d'exercer du Ministère de la Santé et doivent être enregistrés dans leur Ordre ou Syndicat professionnel avant de pouvoir exercer sur le territoire libanais. De manière générale, les médecins et dentistes sont rarement salariés des institutions dans lesquels ils œuvrent, alors que le reste des professionnels l'est.

III.2.2.1 – Ordres et Syndicats

III.2.2.1.1 – Médecins

En 2010, environ 11 782 médecins étaient inscrits aux deux Ordres des médecins du pays (Beyrouth et Liban Nord) dont 70% représentent des médecins spécialistes (Ordre des médecins de Beyrouth et du Nord, 2009). Environ 10-15% ne pratiquent pas au Liban; le taux de médecins au Liban est de 2 pour 1000 habitants inégalement réparti entre les régions avec une grande concentration dans la capitale où ce taux est le plus élevé dans la région (Ducruet, 2009).

III.2.2.1.2 – Pharmaciens

Les pharmaciens sont au nombre de 5 457 (Ordre des Pharmaciens du Liban, 2009).

III.2.2.1.3 – Dentistes

Les dentistes présentent aussi, tout comme les médecins, un surplus en nombre. Ils sont 5 116 en 2008 avec une grande concentration dans les régions de Beyrouth et du Mont-Liban. Seulement, 3 795 pratiquent actuellement (Ordre des Dentistes des Beyrouth et du Nord, 2008).

III.2.2.1.4 – Infirmières

Le nombre d'infirmières inscrit à l'Ordre des infirmières au Liban au 30 avril 2011 est de 9 460. Environ 72% sont actives. Parmi la population d'infirmières actives, 81% sont des femmes et 19% des hommes. Environ 68.51% appartiennent à la catégorie d'âge 26-40. 46.41% détiennent une licence universitaire. Environ 71.92%, travaillent au Liban alors que 10.68% ne travaillent pas ou sont à la retraite. 5 965 (87.6%) travaillent dans les hôpitaux dont 80.3% dans les hôpitaux privés et 19.70% dans les hôpitaux publics. Le taux d'infirmières qualifiées/population est de 3/10 000. Ce taux est l'un des plus bas au monde. Le ratio d'infirmière/médecin est de 1 pour 2.5. Ce ratio est généralement inversé dans la plupart des pays (Ordre des infirmières au Liban, 2011).

III.2.2.1.5 – Physiothérapeutes

Le nombre de physiothérapeutes inscrits à l'Ordre jusqu'en avril 2010 est de 1 431 dont 780 sont des femmes. La majorité réside dans la région du Mont-Liban (731) (Ordre des Physiothérapeutes du Liban, 2010).

III.2.2.1.6 – Autres professionnels de santé

Les biologistes comptent, en 2009, 249 membres dont 103 œuvrent dans des laboratoires d'hôpitaux et 146 dans des laboratoires privés.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Les importateurs de médicaments et droguistes sont au nombre de 40 avec la majorité (36) situés à Beyrouth. Les régions de la Békaa, du Liban Nord, Liban Sud et de Nabatieh n'en comptent aucun.

Par ailleurs, le pays compte 291 opticiens, 28 orthoprothésistes, 48 techniciens de laboratoire et 3 techniciens de radiologie.

En termes de secouristes, la Croix Rouge Libanaise compte 2 700 secouristes volontaires regroupés en 80 équipes de nuit et 30 à 35 équipes de jours (CRL, 2011)

Tableau 74

Statistiques des Ordres professionnels							
	Médecins		Dentistes		Pharmaciens*****	Infirmières*****	Physiothérapeutes*****
	Nord*	Beyrouth**	Nord***	Beyrouth****			
Total inscrits	1791	9991	679	4645	5457	9460	1431
Non exerçants	447				1290	1010	
Exerçants	1344		571		4167	6804	
Hommes	1113	7916			2279	1807	651
Femmes	231	2075			3178	7653	780
Région							
Beyrouth	31	2476		1215		2522	268
Békaa	6	874		365		672	49
Mont-Liban	6	4980		2409		1789	731
Liban Nord	1301	217		23		969	239
Liban Sud		985		403		479	144
Nabatieh		459		86		373	
Pas de lieu fixe				144			

Les physiothérapeutes sont répartis selon la région de l'habitat et les autres selon la région du travail.

Source: * Ordre des Médecins du Nord, 2009.

** Ordres des Médecins de Beyrouth, 2009.

*** Ordre des Dentistes du Nord, 2009.

**** Ordre des Dentistes de Beyrouth, 2009.

***** Ordre de Pharmaciens, 2009.

***** Ordre des Infirmières du Liban, avril 2011.

***** Ordre des Physiothérapeutes, avril 2010.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 75

Statistiques des syndicats professionnels (2009)

	Biologistes*		Importateurs de médicaments et droguistes**	Opticiens***	Orthoprothésistes****	Techniciens de laboratoire*****	Techniciens d'électroradiologies*****
	Labo hospitaliers	Labo privés					
Total inscrits	103	146	40	291	28	48	3
Exerçants			40	291	28	28	3
Hommes					28	11	2
Femmes					0	37	1
Région							
Beyrouth	14	34	36		7	9	
Békaa	16	10	0		3	7	
Mont-Liban	35	60	4		7	15	
Liban Nord	19	23	0		6	9	
Liban Sud	19	19	0		5	7	
Nabatieh			0		0	1	

Source: * Syndicat des Biologistes, 2009.

** Syndicat des importateurs de médicaments et droguistes, 2009.

*** Syndicat des Opticiens, 2009.

**** Syndicat des Orthoprothésistes, 2009.

***** Syndicat des techniciens de laboratoire, 2009.

***** Syndicat des techniciens de radiologie, 2009.

III.2.2.2 – Effectif des diplômés en profession de santé pour l'année universitaire 2007-2008

Les futurs professionnels de santé sont diplômés de 19 universités au Liban ayant des disciplines dans le domaine de la santé. Ces universités sont :

1. Université Saint-Joseph de Beyrouth (USJ)
2. Université Américaine de Beyrouth (AUB)
3. Université de Balamand
4. Université Arabe de Beyrouth (BAU)
5. Université Libanaise (UL)
6. Université Notre Dame de Louaizé (NDU)
7. Université Libano-Américaine (LAU)
8. Université Saint-Esprit de Kaslik (USEK)
9. Université de Makassed (MU)
10. Université Libanaise Internationale (LIU)
11. Université Islamique du Liban (IUL)
12. Université Antonine (UPA)
13. Université Jinane (JU)
14. Université Libano Allemande (LGU)
15. Université Global (GU)
16. Université Sainte Famille
17. Université Manar de Tripoli (MUT)
18. Université Américaine des sciences et de la technologie (AUST)
19. Université Américaine de Technologie (AUT)

Quatorze disciplines liées à la santé sont offertes par l'ensemble de ces universités. Au total, 1 323 licences ont pu être décernées à la fin de l'année universitaire 2007-2008. On constate que le nombre de diplômés est le plus élevé en sciences infirmières (411), suivi de la pharmacie (201), la nutrition (186) et la physiothérapie (150). Au niveau des masters, on retrouve toujours un nombre élevé de diplômé en sciences infirmières (52) suivi de la santé publique (33). Par ailleurs, on compte 151 diplômés en médecine.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 76

Distribution des diplômés en disciplines liées à la santé (2007-2008)				
Cursus	Licence	Master	Doctorat	DU
Sciences infirmières	411	52		61
Pharmacie*	201	7		26
Médecine	42		151	36
Nutrition	186	17		
Sciences biomédicales	150			
Physiothérapie	71	14		
Médecine dentaire	74	5	6	
Sage-femme**	53	2		1
Orthophonie	19			
Santé publique	20	33		
Assistance médico-sociale	51			
Analyses Médicales	33	2		
Psychomotricité	6	1		
Ergothérapie	6			

Source: Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, 2008, Guide des universités du Liban.

* Le doctorat d'exercice remplace la licence dans le cursus en pharmacie à l'USJ.

** Le nouveau régime ECTS remplace la licence dans le cursus d'études en sages-femmes à l'USJ.

III.2.2.3 – Nouvelles autorisations d'exercice des professions médicales et paramédicales données par le MSP

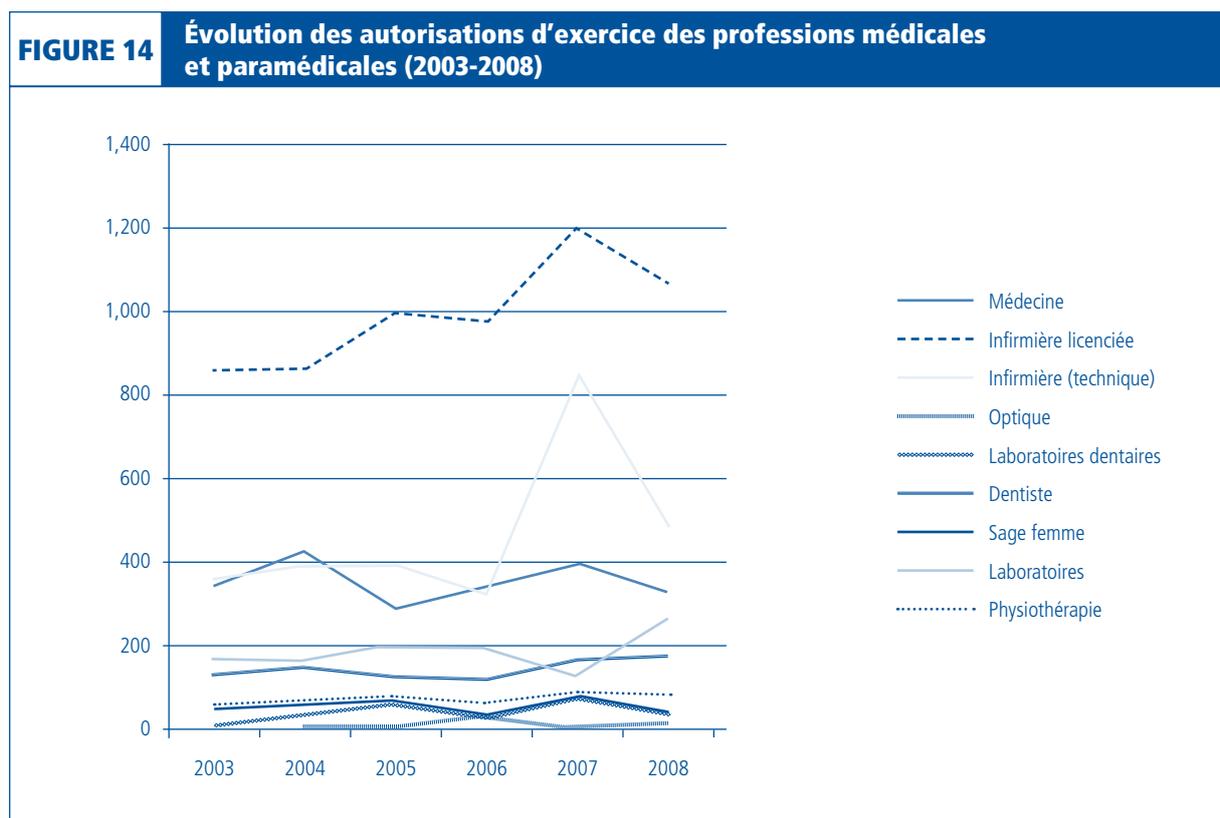
Le nombre total d'autorisation d'exercice décernée par le Ministère de la Santé Publique pour l'année 2008 est de 2 638. Parmi ceux-ci, 59.32% sont pour des infirmières (licences et techniques), 15.08% pour des médecins, 9.47% pour des biologistes et 7.47% pour des dentistes.

Tableau 77

Distribution d'autorisations d'exercice des professions sanitaires (2008)	
Profession	n
Infirmière licenciée (formation universitaire)	1 098
Infirmière (formation technique)	467
Médecine générale	398
Biologistes	250
Médecine dentaire	197
Physiothérapie	73
Infirmier auxiliaire (études + stages)	56
Sage-Femme	43
Laboratoires dentaires	42
Optique	14

Source: MSP, 2008.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé



Source: MSP, 2008.

III.2.2.4 – Institutions d'éducation en santé

Le Liban compte, selon la liste officielle des universités et instituts du Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, 19 universités et 2 Instituts qui décernent des diplômes dans le secteur de la santé. La dénomination des diplômes varie d'une université à une autre pour la même formation ; il en est de même pour l'affiliation aux Facultés.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 78

Dénomination²⁴ des diplômes des Universités dans le domaine de la santé (2011)		
Noms de l'institution	Faculté	Diplôme
III.2.2.4.1 – Université		
Université Américaine de Beyrouth (AUB)	Health Sciences	BS : Safety of the environment, medical laboratory technique Masters MS, MPH : Health of the environment, health and hospital management, epidemiology and vital statistics, population studies.
	Medicine	Program of medical education : Four years, including summer to get a doctorate in medicine Program specialization in medicine
	Nursing	Nursing : Bachelor of Science in Nursing BSN 3 years
	Agriculture	B.Sc. nutrition and food regulation, Masters food technology, nutrition, agricultural development.
Université de Balamand	Health sciences	Nursing, laboratory technology, public health and science development : BA 3 years
	Medicine	Medicine
Beirut Arab University	College of Pharmacy	Pharmaceutical Sciences. : BA in 5 years, Diploma ; Master, PhD
	Faculty of Medicine	Medicine and surgery. BA in 6 years ; Diploma, Master ; PhD
	College of Dentistry	Dentistry : BA in 5 years, Diploma, Master, PhD
	Higher Institute of Nursing	Nursing. Bachelor of 4 years
Université Saint-Esprit Kaslik (USEK)	Faculty of Medicine	General Medicine 7 years
	Higher Institute of Nursing Science	Masters in nursing sciences 2 years
Université Saint Joseph (USJ)	Faculté de médecine	Médecine (7 ans) ; DU ; spécialisation en chirurgie, physiothérapie (licence et master), Laboratoire (licence), Orthophonie (licence et master), psychomotricité (licence et master)
	Faculté de Pharmacie	Doctorat d'exercice ; Ph.D ; nutrition
	Faculté de médecine dentaire	Doctorat d'exercice ; spécialisation
	Faculté des sciences infirmières	Licence (3 ans), master, DU
	École de Sages-femmes	Diplôme
	IGSPS	MBAIP-option santé ; DU
Lebanese American Univesity (LAU)	College of Pharmacy	Bachelor (5 ans) et Ph.D
Lebanese International University (LIU)	College of Pharmacy	Bachelor (5 ans) et Ph.D
	Faculty of Agriculture	BA nutrition and meal planning
Islamic University of Lebanon (IUL)	Faculty of nursing sciences	Bachelor (3 ans)

Tableau 78

²⁴ Les dénominations des institutions, faculté et diplômes sont présentées dans la langue où elles apparaissent sur le site du Ministère.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Dénomination des diplômes des Universités dans le domaine de la santé (2011)		
Noms de l'institution	Faculté	Diplôme
Notre Dame University (NDU)	Faculty of Nursing	Bachelor (3 ans)
Makassed University of Beirut (MU)	College of nursing	Nursing, sage-femme et radiologie (3 ans)
Université Antonine (UPA)	College of Public Health	Institute of nursing science (3 ans) Institute of physical therapy (4 ans)
Université Jinan (JU)	School of Public health	Nursing Sciences, diagnosis, treatment and supervision of social health. (BSc. 3 ans et master 1 an)
Université Global (GU)	School of Public health	Medical care, nursing, medical tests (lab), physical therapy, off the legal, nutrition Prosthetics: (Bachelor of 3-4 years)
Université Al Manar	School of Public health	Nursing, Audiology (BA 3 years)
American University of Science and Technology (AUST)	College of health sciences	Medical laboratory technology, clinical laboratory science, optics and optometry (BSc 3 years)
Université Allemande (LGU)	School of public health	Bachelors degree (3 years) nursing care, nutritional science, health and medical technology, medical laboratory. Bachelor's degree in Physical Therapy (4 years) and Master of Physical Therapy (two years)
Université Sainte-Famille	Non disponible	Non disponible
Université Américaine de Technologie (AUT)	Faculty of Applied sciences	Nutrition (Bachelor, 3 years); Environmental health (Bachelor, 3 years)
Université Libanaise (UL)	Faculty of medicine	Undergraduate (7 ans); Graduate (3 ans); Ph.D
	Faculty of Dentistry	Undergraduate (5 ans); Graduate (1 an); Ph.D
	Faculty of Pharmacy	Undergraduate (6 ans)
	Faculty of Agriculture	Food science and technology
	Faculty of Public health	Sciences infirmières (Licence, 4 ans; Master) Laboratoire (Licence, 4 ans) Physiothérapie (Licence, 4 ans) Sage-femme (Licence, 4 ans) Orthophonie (Licence, 4 ans) Ergothérapie (Licence, 4 ans) Santé et environnement (Licence, 4 ans)
III.2.2.4.2 – Instituts universitaires et collèges		
Institut Saidoun des sciences de laboratoire dentaire		Diplôme universitaire (3 ans)
Institut Universitaire Rassoul el Aazam des sciences de la santé		Sciences infirmières (licence 3 ans) Laboratoire (licence 3 ans) Radiologie (licence 3 ans)

Source: <http://www.higher-edu.gov.lb>.

III.2.3 – SURVEILLANCE SANITAIRE ET PROGRAMMES DE SANTÉ NATIONAUX

III.2.3.1 – Surveillance sanitaire

III.2.3.1.1 – Système de surveillance de routine en santé

Le système de surveillance de routine en santé se base sur deux sources principales d'information :

- Hôpitaux
- Soins de santé primaires

Tous les hôpitaux privés et publics incluant les laboratoires hospitaliers et les centres de santé primaires appartenant au réseau du MSP rapportent à l'Unité d'Épidémiologie et de Surveillance (UES) au MSP des informations liées à des maladies présélectionnées. La périodicité de l'information est immédiate, dans les 24 heures, les 48 heures, hebdomadaire ou mensuelle dépendamment de la maladie ou du cas. Le MSP publie périodiquement un bulletin de surveillance.

Figure 15 Prototype du formulaire de déclaration des maladies transmissibles

 الجمهورية اللبنانية وزارة الصحة العامة	
إستمارة إبلاغ عن مرض إنتقالي	
Immediately Reportable Cases / الأمراض التي تبلغ فوراً <input type="checkbox"/> Acute Flaccid Paralysis / الشلل الرخو الحاد : Poliomyelitis, Guillain Barre, Myelitis, Neuritis ... <input type="checkbox"/> Avian Influenza / إنفلونزا الطيور / <input type="checkbox"/> Cholera / الكوليرا <input type="checkbox"/> Creutzfeldt-Jacob Disease / كروتسفيلد-جاكوب / <input type="checkbox"/> Diphtheria / الخانوق / <input type="checkbox"/> Food Poisoning / تسمم غذائي / <input type="checkbox"/> Hemorrhagic Fevers / الحميات النزفية : Ebola-Marburg, Dengue, Crimean Congo HF ... <input type="checkbox"/> Malaria / الملاريا / <input type="checkbox"/> Measles / الحصبة / <input type="checkbox"/> Meningitis (All Agents) / التهاب السحايا / <input type="checkbox"/> Neonatal Tetanus / الكزاز الوليدي / <input type="checkbox"/> Plague / الطاعون / <input type="checkbox"/> Rabies - الكلب - السعار / <input type="checkbox"/> Rubella / الحصبة الألمانية / <input type="checkbox"/> Congenital Rubella Syndrome <input type="checkbox"/> Typhus / حمى البعوض / <input type="checkbox"/> Yellow Fever / الحمى الصفراء /	إسم المريض (إسم الثلاثي)، إسم الأب، إسم الشهرة: الجنسية: <input type="checkbox"/> مقيم <input type="checkbox"/> زائر تاريخ الولادة: الجنس: <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> ذكر الوضع التحصيني: (للمريض الملقح عنه) <input type="checkbox"/> غير ملقح <input type="checkbox"/> ملقح عدد الجرعات: البلدة/الحي: المحافظة/القضاء: رقم الهاتف:
Weekly Reportable Cases / الأمراض التي تبلغ أسبوعياً <input type="checkbox"/> Bilharzia / بهارسيا / <input type="checkbox"/> Brucellosis / الحمى المالطية / <input type="checkbox"/> Dysentery / الزحار / <input type="checkbox"/> Gonorrhoea / السلان / <input type="checkbox"/> Hepatitis (A, B, C, D, E) / التهاب الكبد الفيروسي / <input type="checkbox"/> Human T-Cell Lymphotropic Virus type 1 - HTLV1 <input type="checkbox"/> Hydatid Cyst / الكيسيات المائية / <input type="checkbox"/> Leishmaniasis / داء الليشمانيات / <input type="checkbox"/> Cutaneous <input type="checkbox"/> Visceral <input type="checkbox"/> Leprosy / الجذام / <input type="checkbox"/> Mumps / أبو كعب / <input type="checkbox"/> Parasitic Worms / الديدان المعوية / <input type="checkbox"/> Pertussis / الشاهوق / <input type="checkbox"/> Syphilis / السفلس / <input type="checkbox"/> Tetanus / الكزاز / <input type="checkbox"/> Trichinosis / التريشيتور / <input type="checkbox"/> Tuberculosis - Pulmonary / السل الرئوي / <input type="checkbox"/> Tuberculosis - Other Sites / السل أشكال أخرى / <input type="checkbox"/> Typhoid & Para Typhoid / الحميات التيفية /	تاريخ ظهور عوارض المرض: تاريخ تشخيص المرض: هل دخل المريض المستشفى: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إسم المستشفى: تاريخ دخول المستشفى: هل من تشخيص مخبري: <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم إذا نعم، حدد: إسم المستشفى/المركز الصحي/المختبر/عيادة خاصة/غيره: العنوان: الهاتف: إسم وصفة المبلغ: التاريخ: / / التوقيع
إن حالات السيدا تبلغ على وثائق خاصة وترسل في طرف مختوم مباشرة إلى البرنامج الوطني لمكافحة السيدا.	
هاتف: 01/614194,5 فاكس: 01/610920	

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 80				
Formulaire de déclaration basée sur les cas décelés				
#	Item	Paper reporting	Web-based reporting by private physician	Data Base verification and validation at MOPH
1	Disease	List of 37 diseases	List of 6 target diseases	-
2	Patient Name	Text	Text	-
3	Patient Nationality	Text	-	-
4	Patient status: Resident/tourist	List (resident/status)	-	-
5 (51, 52, 53, 54)	Date of birth	Date of birth	Date of birth, or year of birth, or age in years, or age in months	-
6	Gender	List (M/F)	List (M/F)	-
7	Vaccination status	List (Yes/No)	-	-
8	Number of vaccine doses	Digits	2 Digits	-
9	Patient: Commune	Text	Text	Coding
10	Patient: Caza	Text	-	Coding
11	Patient: Mohafazat	Text	-	Coding
12	Patient: Phone	Phone	Phone	Phone investigation if needed
13	Onset Date	Date	-	-
14	Diagnosis Date	Date	Date of consultation	-
15	Inpatient	List (Yes/No)	-	-
16	Hospital name	Text	-	-
17	Date of hospital admission	Date	-	-
18	Laboratory diagnosis (Yes/No)	List (Yes/No)	-	-
19	Laboratory results	Text	Text	Coding
20	Reporter: institution name	Text	Automatic field, on login	-
21	Reporter: address	Text	Automatic field, on login	-
22	Reporter: phone	Text	Automatic field, on login	-
23	Reporter: name	Text	Automatic field, on login	-
24	Date of reporting	Date	Automatic field, day of today	-
25	Signature	Text	Save and submit	Validate and integrate in national database
		Total 25 fields	Total 9 fields	Total 4 fields

Source: MSP, 2011.

ii. EWARS au niveau des forces armées

Un système de surveillance au niveau des services médicaux de l'armée a été établi avec le soutien de l'OMS et en coordination avec le MSP à trois niveaux pour un total de 42 sites :

- Niveau Central: Hôpital militaire
- Niveau Provincial
- Unités militaires médicales

Le système opère par le biais d'un logiciel d'information sanitaire militaire qui tient compte du système de codification internationale des maladies (ICD-10), l'EPI info et MESU pour l'analyse des données et alertes des syndromes. Des formes standards sont élaborées conjointement par le MSP et l'Armée Libanaise. Les formes sont :

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

a. Formes de transmission d'information :

- Forme standard de patients hospitalisés et ambulatoires
- Forme de transmission immédiate de l'unité médicale
- Forme de transmission zéro (zero reporting form) de l'unité médicale

b. Système d'alerte

- Basé sur le seuil acceptable de certaines conditions (exemple : augmentation de l'incidence de l'Hépatite A entre deux intervalles de temps...) : logiciel harmonisé avec l'unité de surveillance du MSP
- Basé sur les syndromes : (Centre des pathologies, lignes directrices de contrôle, 2005)

iii. Surveillance des décès hospitaliers

Tous les hôpitaux du pays rapportent à l'UES mensuellement tous les décès ayant eu lieu dans leurs unités de soins. Les informations comprennent l'âge, le genre et la cause immédiate du décès avec la maladie sous-jacente. Les patients déclarés morts à l'arrivée à l'hôpital et ceux décédant aux urgences ne sont pas inclus. Les décès maternels sont déclarés sur une forme spéciale à l'unité Mère-enfant et à l'UES.

III.2.3.2 – Programmes de Santé Nationaux

III.2.3.2.1 – Programme national de lutte contre le SIDA (NAP)

Initialement mis en place par l'OMS en 1989, le NAP est actuellement un programme conjoint exécuté par l'OMS avec un fond annuel du MSP. Le NAP est aussi le secrétaire du groupe UN sur la thématique du SIDA/VIH établi en 2006 et sous la direction de l'OMS. Un plan stratégique national pour le SIDA a été révisé en 2011. Durant les 5 dernières années, les interventions principales ont ciblé les groupes vulnérables incluant les jeunes et les prisonniers et les groupes à haut risque surtout les hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes, les utilisateurs de drogues et les travailleuses du sexe.

Les stratégies principales adoptées par le NAP sont : renforcement des capacités liées à la prévention et la réduction des méfaits (harm reduction), campagne de sensibilisation (outreach) périodique, à travers un réseau large et actif d'ONG, de collecte de données épidémiologiques incluant la recherche et l'amélioration des soins et du soutien offert. Le NAP a introduit en 2000 un traitement ARV gratuit selon un protocole national et a aussi établi 20 centres de tests et de conseils volontaires (VCT) en collaboration avec les ONG.

III.2.3.2.2 – Programme de soins de santé primaires (PHCP)

Il inclut les sous-programmes suivants :

i. programme des maladies non transmissibles (NCDP)

Initialement établi en 1996, le NCDP a ciblé la prévention, l'éducation et la modification des comportements et très peu la gestion des cas. La performance du programme a été instable et par conséquent a nécessité une restructuration comme suit :

1. Le programme national de lutte contre le diabète cible la prévention et les soins du diabète et la mise à jour des données épidémiologiques,
2. Le programme national des maladies cardiovasculaires cible la prévention et les soins des maladies cardiovasculaires et la mise à jour des données épidémiologiques,
3. Le programme national de prévention des accidents et accidents de la route, les données nationales indiquent que les décès et les accidents résultant des accidents de la route sont en hausse et sont actuellement parmi les plus élevés au monde. Ils affectent surtout les jeunes. Ce programme devrait s'étendre pour comprendre des activités de prévention des accidents de la route en collaboration avec des ONG locales.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

ii. Les registres nationaux

1. Le registre national du cancer a été établi en collaboration avec la Société scientifique du Cancer et a été transféré à l'UES au MSP avec le soutien du Comité national du registre du Cancer. Les données sont collectées selon les méthodes de saisie et de re-saisie (*capture and recapture*).
2. Le registre Libanais de cardiologie interventionnelle initialement établi en 2002 par le NCDP, actuellement opéré par la Société de Cardiologie interventionnelle.

iii. Le programme national d'Hépatite virale (PHV)

Le PHV a été établi en 2007 et cible la prévention et les soins de l'hépatite virale et la mise à jour des données épidémiologiques.

III.2.3.2.3 – Programme EPI

Le programme EPI initialement établi conjointement entre l'OMS et l'UNICEF a été légué au MSP en 1996. Les activités principales de l'EPI incluent :

- Le développement et la mise en œuvre de campagnes nationales de vaccination
- La mise à jour du calendrier national de vaccination
- La mise en œuvre de l'approche « *atteindre tous les enfants (reach every child)* » par le biais de la mobilisation de la communauté.

III.2.3.2.4 – Programme national de santé scolaire

Le programme de santé scolaire (PSS), est actuellement mis en œuvre à travers une convention signée entre l'OMS, le MSP et le Ministère de l'Éducation en 2007.

Il comprend 3 axes d'intervention :

- La composante du dépistage médical incluant la mise à disposition de l'équipement médical aux 1 400 écoles publiques, incluant le dépistage de la santé bucco-dentaire et du gargarisme au fluor, avec un système de référence vers le réseau des centres de soins primaires
- La composante d'éducation à la santé qui cible les étudiants, les parents et les enseignants (sous laquelle le projet d'écoles promotrices de la santé et le projet d'e-learning ont été mis en œuvre),
- La composante d'évaluation de l'environnement sanitaire des écoles

III.2.3.2.5 – Programme national de lutte contre la tuberculose (NTP)

Établi depuis plus de 20 ans, le NTP se concentre sur la mise en œuvre du DOTs et sur la surveillance de l'épidémie dans le pays.

III.2.4 – FINANCEMENT DU SYSTÈME DE SANTÉ

Les dépenses de santé au Liban représentent en 2005, 8.1% du PIB Par ailleurs, la proportion du budget du gouvernement allouée à la santé en 2010 est de l'ordre de 5,9%. La contribution du secteur public est de 28,98%, celle du secteur privé de 70,99% et les donateurs internationaux de 0,03%. Les ménages, qui représentent 44% du total des dépenses de santé, constituent la plus large source de financement. Ces dépenses couvrent les primes d'assurance et les soins procurés auprès des médecins privés et les médicaments. Malgré ce niveau de dépenses élevé les indicateurs de santé restent en dessous de la moyenne des pays ayant des niveaux de dépenses similaires (Ammar, 2009).

Tableau 81

Utilisation et dépenses des tiers payants publics (2005)							
	CNSS*	FSG**	Armée***	FSS	FSI	MFE	MSP
Nombre de bénéficiaires ²⁵	1 077 683 ²⁶	14 310	225 250	5 645	77 609	197 392	1 629 015
Nombre d'adhérents	492 085	5 300	85 000	1 447	26 762	62 664	1 629 015
Nombre d'admissions à l'hôpital	211 533	1 800	51 663	1 219	26 718	24 762	183 365
Coût d'admissions à l'hôpital (1 000 L.L.)	278 927 987	4 046 134	56 920 752	1 614 141	24 675 000	41 713 443	244 761 686
Coût des soins ambulatoires (1 000 L.L.)	200 987 933	5 299 790	12 909 356	2 368 451	12 296 434	45 808 209	45 256 875
Coût total (1 000 L.L.) ²⁷	479 915 920	9 345 924	69 830 108	3 982 520	36 971 434	87 521 652	301 168 561
Dépenses/Bénéficiaire (2005)	445 322	653 104	310 011	705 507	476 380	443 390	184 878

Source: * Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*.

** Forces de la Sécurité Générale, 2005.

*** Ministère de Défense Nationale, 2005.

Les tiers payants publics sont au nombre de 6 dont 4 pour les forces armées (excluant le MSP). La CNSS constitue la plus grande de ces institutions et couvre 1 077 683 bénéficiaires et 492 085 adhérents. Le MSP couvre 1 629 015 bénéficiaires. Le coût des admissions hospitalières varie entre 1,614,141 L.L pour les FSI et 278,927,987 L.L pour la CNSS. Le coût des soins ambulatoires varie quant à lui entre 2,368,451 L.L (FSI) et 200,97,933 (CNSS). Le coût des dépenses par bénéficiaire est le plus élevé pour le FSS et atteint 705 507 L.L Les dépenses sont généralement orientées vers les soins curatifs.

²⁵ Nombre de bénéficiaires = nombre d'adhérents + nombre de dépendants.

²⁶ Dont 30 084 adhérents bénévoles et 51 350 étudiants universitaires, à l'exclusion 11 307 non Libanais.

²⁷ Excluant les coûts administratifs.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 82

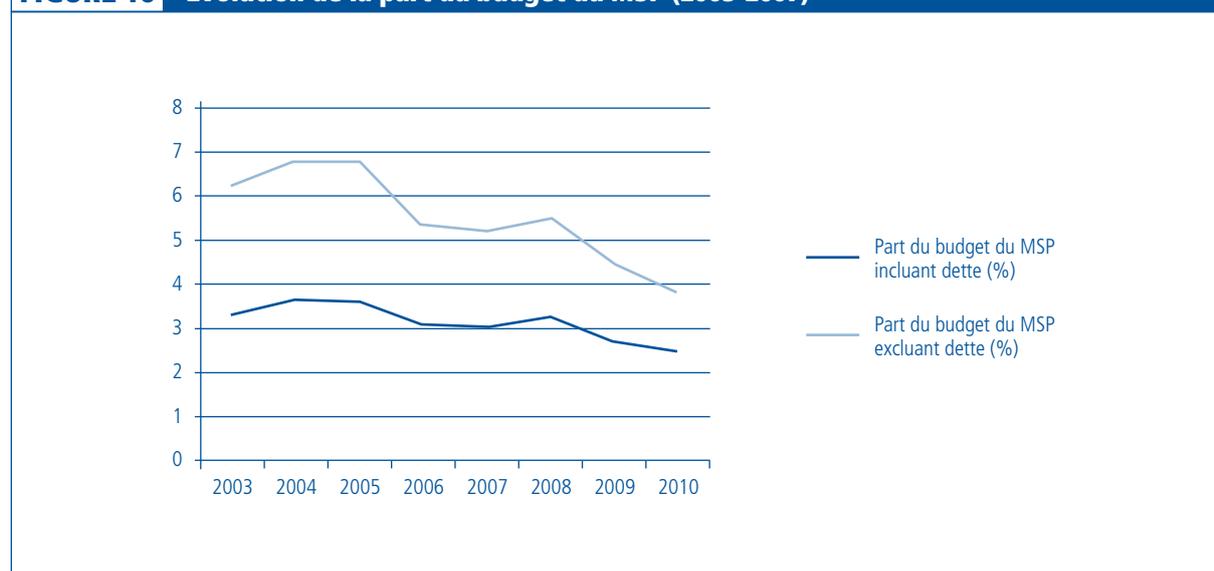
Budget du Ministère de la Santé Publique (1 000 L.L)			
	2010	2009	2008
Hospitalisation dans le secteur privé	320 000 000	305 000 000	256 000 000
Hôpitaux publics	12 000 000	12 000 000	15 000 000
Médicaments	91 000 000	66 000 000	52 500 000
Contributions aux ONG	12 817 770	12 817 770	12 817 770
Salaires employés et autres bénéficiaires	27 472 900	27 522 100	24 052 860
Autres dépenses	18 593 039	13 936 228	11 047 403
Laboratoire central (1 ^{re} partie)	977 500	948 500	992 192
Laboratoire central (2 ^e partie incluant MSP)	3 797 000	1 523 000	1 507 000
Budget MSP total	486 658 209	439 747 598	373 917 225
Total budget gouvernement	19 537 600 000	16 304 000 000	11 475 000 000
Service des dettes	6 860 120 314	6 441 000 000	4 650 000 000
Total budget gouvernement sans dettes	12 677 479 686	9 863 000 000	6 825 000 000
Part du budget du MSP (incluant dette) (%)	2.49	2.70	3.26
Part du budget du MSP (excluant dette) (%)	3.84	4.46	5.48

Source: Ministère des Finances, 2010.

Le budget total du MSP représente environ 2.49% du budget total du gouvernement. Ce budget est distribué comme suit : 65.75% pour les hospitalisations du secteur privé, 2.47% pour ceux du secteur public, 18.7% pour les médicaments, 0.98% pour le laboratoire central, 2.63% pour des contributions aux ONG, 5.64% pour les salaires et 3.83% pour des autres dépenses.

Le budget total du gouvernement a augmenté d'environ 70% alors que le budget du MSP n'a augmenté que de 30%. Les dépenses liées à l'hospitalisation représentent en 2010, 68% du budget du MSP alors qu'en 2009 elles étaient de l'ordre de 72%. Par ailleurs, le budget octroyé aux médicaments augmente d'année en année : il est passé de 15% en 2009 à 18% en 2010.

FIGURE 16 Évolution de la part du budget du MSP (2003-2007)



Source: Ministère des Finances, 2010.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 83

Répartition des charges à payer par le Ministère de la Santé Publique sur les soins curatifs (2005)

	Nombre de cas			Coûts (1 000 L.L.)
	Admissions	Patients	Jours	
Médicales	93 463			83 822 020
Chirurgicales (sauf chirurgies à cœur ouvert)	87 148			93 110 491
Cœur ouvert	2 754			18 119 044
Brûlures		34		689 937
Dialyses		1 246		19 107 398
IRM		794		2 060 911
LDH apherèse		37		1 056 000
Long séjour			1 385 968	26 795 885
Total				244 761 686

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*.

Les dépenses liées aux soins curatifs sont en 2005 de l'ordre de 244 761 686 L.L.

Tableau 84

Hospitalisation en soins aigus (2005)

	MSP	CNSS	MFE	Armée	FS*	Total
Admissions	183 365	247 907	24 762	51 663	29 737	537 434
Taux d'hospitalisation (%)	11.3	23	12.5	22.9	30.5	16.6
Coût d'hospitalisation aigu (1 000L.L.)	214 039 909	278 927 987	41 713 443	56 920 752	30 335 275	621 937 366
Coût par admission (1 000L.L.)	1 167	1 125	1 684	1 102	1 020	1 157

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*.

* Les FS comprennent les FSI, FSG et FSS.

Le coût total des hospitalisations, tout tiers payant public confondu, s'élève à 621 937 366 000 L.L avec la CNSS représentant environ 45% et le MSP, 34%.

Tableau 85

Répartition des dépenses publiques (2005)

	MSP	CNSS	MFE	Armée	FS
Soins des patients hospitalisés (1 000L.L.)	244 761 686*	278 927 987	41 713 443	56 920 752**	30 335 275
Services ambulatoires	45 256 875***	200 987 933	45 808 209	12 909 356	19 964 675
Coûts administratifs pour la couverture médicale	11 632 479	42 177 766	3 226 116	13 112 568	2 793 032
Total (1 000L.L.)	301 651 040	522 093 686	90 747 768	82 942 676	53 092 982

Source: Ammar, W. (2009), *Health beyond politics*.

* Soins hospitaliers, y compris les hôpitaux publics et long séjour.

** Y compris l'hôpital militaire.

*** Excluant les coûts des soins de santé primaire.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Le MSP a dépensé 301.6 billions de L.L sur les hospitalisations et les soins ambulatoires incluant le coût administratif. Ce montant couvre le besoin des personnes ne bénéficiant d'aucune couverture médicale (soit environ 1 629 015 personnes). Le coût moyen par bénéficiaire est de 123 USD par an. Pour la CNSS, les dépenses sont plus élevées et atteignent 522 billions de L.L avec un coût administratif non négligeable. Ce montant couvre les besoins de 1 077 683 bénéficiaires avec un coût moyen de 323 \$.

Tableau 86

Adhérents aux assurances privées par type de couverture (en USD) (2005)						
	Assurance privée		Assurance privée + CNSS		Total	%
		%		%		
Hospitalisation	30445	6.2	128162	26.1	158607	32.3
Hospitalisation et soins ambulatoires	284804	58	47631	9.7	332435	67.7

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*, Table III-12, p. 86.

Environ 35.8% des personnes bénéficiant d'une assurance privée sont aussi inscrits à la CNSS selon la répartition: 26.1% pour hospitalisation et 9.7% pour soins ambulatoires.

Tableau 87

Primes et réclamations des assurances privées (en USD) (2005)									
	Assurance privée				Assurance privée + CNSS				Total (%)
	Primes	%	Réclamations	%	Primes	%	Réclamations	%	
Hospitalisation	18 066 972	9.7	6 689 648	5.8	13 783 051	7.4	5 766 938	5	100
Hospitalisation et soins ambulatoires	128 145 121	68.8	85 927 368	74.5	26 262 299	14.1	16 954 710	14.7	100

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*, Table III-13, p. 86.

Le total des primes publiées par ACAL 2005 est de 186 257 443 USD et celui des réclamations de 115 338 664 USD (62% des primes).

Le nombre total d'adhérents aux mutuelles est de 152 809. Parmi ceux-ci, moins de 25% bénéficient d'un co-paiement de la CNSS et du MSP.

Tableau 88

Mutuelles: adhérents contribution par type de couverture (2005)						
	Aucune autre couverture		Avec CNSS ou MSP		Total	
	n	%	n	%	n	%
Adhérents	115065	75.3	34744	24.7	152809	100
Contributions (1 000 LL)	43 739 642	77.4	12 771 523	22.6	56 511 165	100

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*, Table III-14 p. 88.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 89

Contribution du gouvernement au fond des mutuelles (1 000 L.L) (2005)				
Source de financement	Fonds pour membres du parlement	Fond pour employés du parlement	Fonds pour juges	Fonds pour professeurs de l'UL
Budget du gouvernement	9 200 000	1 600 000	8 500 000	17 438 000
Contributions	-----	-----	5 502 000	5 900 000

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*, Table III-15, p. 88.

Tableau 90

Dépenses annuelles des ménages par type de dépenses (L.L) (2004-2005)			
Type de dépenses	Moyenne par ménage	%	Total
Médicaments	632 022	48.17	557 666 007 100
Services hospitaliers	198 780	15.15	175 394 526 900
Consultations et services médicaux	154 600	11.79	136 412 083 000
Consultations et services dentaires	96 200	7.33	84 953 139 400
Analyse médicales	78 270	5.96	69 061 925 850
Dentiers et appareils	63 760	4.86	56 258 954 800
Imagerie	40 110	3.06	35 391 259 050
Lunettes et lentilles	26 630	2.03	23 497 113 650
Services paramédicaux	8 730	0.67	7 702 959 150
Autres produits pharmaceutiques	7 310	0.56	6 450 015 050
Autres appareils et entretiens	5 540	0.42	4 888 246 700
Total	1 312 030	100	1 157 676 230 650

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*.

La moitié des dépenses des ménages environ va sur les médicaments. Les consultations médicales et dentaires représentent 19.19% alors que les services hospitaliers comptent pour 15.15%.

Tableau 91

Dépenses liées aux hospitalisations et aux médicaments par les ménages et les intermédiaires (L.L) (2005)				
	Total hôpitaux (incluant pharmaceutiques)	Hôpitaux (excluant pharmaceutiques)	Pharmaceutiques (hors hôpital)	Total pharmaceutiques
Intermédiaires	831 166 818	656 621 786	271 601 836	446146868
Ménages	175 390 341	138 558 369	648 760 826	685592798
Total	1 006 557 159	799 180 155	920 362 662	1 131 739 666
% des dépenses totales de santé	37.55	29.66	34.34	42.22

Source: Ammar, W., 2009, *Health beyond politics*.

Le total des achats en produits pharmaceutiques représente 1 131,74 billions de L.L en 2005, soit 42.22% alors que les dépenses liées aux hôpitaux hors produits pharmaceutiques représentent seulement 29.66%.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 92

Comparaison internationale des dépenses de santé par habitant et en pourcentage du PIB

Région	PIB par habitant (\$)*	Dépenses de santé (\$ par habitant)**	Dépenses de santé (\$ par habitant, PPA)**	Dépenses de santé en % du PIB**		
				Total	Sources publiques	Sources privées
Yémen	880	39	88	5.1	2.1	3
EAU	30 881	833	625	2.6	1.9	0.7
Tunisie	3 000	158	477	5.5	2.4	3.1
Qatar	53 125	2 186	1 283	4.1	3.2	0.9
Égypte	1 449	78	279	6.1	2.3	3.8
Maroc	2 144	89	258	5.3	1.9	3.4
Jordanie	2 564	241	649	10.5	4.8	5.7
Iran	3 108	212	677	7.8	4.4	3.4
Liban (2005)***	5 555	460	5842	8.2	2.4	5.8
Région Méd. Est**	2 184	107	242	4.9	2.5	2.4
France	36 674	3 819	3 314	11.2	8.9	2.3
Grèce	27 784	2580	2 955	10.1	4.3	5.8
Région européenne ²	19 200	1 652	1 649	8.6	6.4	2.2

Source: Ammar, W. (2009), *Health beyond politics*.

* www.worldbank.org, 2006, *World Development Indicators*.

** OMS, 2005, *World Health Statistics*.

*** MSP, 2005, *Lebanon National Health Accounts*.

III.2.5 – MÉDICAMENTS

Les médicaments sont produits au Liban ou importés : la production locale des médicaments est estimée à environ 7% à 10% en 2011 du marché total. Les médicaments doivent être enregistrés au Ministère de la Santé Publique avant de pouvoir être importés ou vendus. Le nombre de médicaments enregistrés est supérieur à cinq mille (Ducruet, 2009) et les génériques ne représentent que 2% de ce marché. Le Ministère de la Santé régit l'ouverture des pharmacies et définit les prix et la marge des profits mais l'importation, la distribution et la vente des médicaments relèvent des pharmacies exclusivement. Les pharmacies existent aussi dans les hôpitaux et ils sont dirigés par un pharmacien. À l'exception des narcotiques, la plupart des médicaments peuvent être achetés dans les pharmacies sans aucune prescription médicale, et ceci malgré l'existence d'une loi qui impose une prescription pour tout achat.

Le coût des importations de médicaments est en croissance continue depuis 2005 et est largement supérieur au coût des exportations. Il est à noter cependant qu'entre 2010 et 2011 le coût des exportations a presque doublé passant de 16 811 000 \$ à 36 488 000 \$.

Tableau 93

Importations et des exportations des produits pharmaceutiques (2005-2011)				
	Importations		Exportations	
	(000 \$)	(millions de L.L)	(000 \$)	(millions de L.L)
2005	428 970	646 887	8599	12967
2006	511 075	770 701	8397	12663
2007	608 341	917378	10970	16543
2008	691657	1043019	15721	23708
2009	752614	1134941	16044	24195
2010	859461	1296068	16811	25351
2011	972800	1466983	36488	55024

Source: www.customs.gov.lb/customs/trade_statistics/early/search.asp, 2011.

Tableau 94

Nombre de cas de cancer traités en 2009 selon le Drug Dispensing Center du MSP (n = 1136)		
Incidence de cancer en 2009	n	%
Cancer du sein	420	36.9
Cancer de la prostate	157	14.0
Cancer des poumons	136	12.0
Cancer du colon	101	9.0
Cancer de la vessie	73	6.4
Lymphome Non hodgkinien	71	6.3
Cancer du pancréas	40	3.5
Carcinome gastrique	35	3.0
Myélome multiple	33	2.9
Lymphome hodgkinien	32	2.8
Leucémie aiguë lymphoblastique	20	1.7
Leucémie chronique myéloblaste	15	1.3
Cancer colorectal	3	0.2

Source: MSP, 2009, *Bulletin de statistiques*.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Programme de distribution des médicaments chroniques (YMCA)²⁸

Le programme de distribution des médicaments chroniques a été mis en place en 1998. Depuis le programme joue un rôle important au niveau de la santé publique au Liban. La contribution du MSP a atteint, en 2010, 4875 milliards de livres libanaises. Les 435 dispensaires participant au programme ont dispensé 1 528 738 services de santé dont 304 138 services à des patients atteints de maladies chroniques. Il est exécuté pour le MSP par le YMCA (ONG locale).

Le programme comprend une liste de 63 médicaments dont 10 aux dosages différents. Le nombre de médecins et d'employés œuvrant dans les centres est respectivement de 2 513 et 2 171.

Parmi les 435 centres :

- 196 offrent des services de laboratoires
- 339 comprennent des électrocardiogrammes
- 197 comprennent des cliniques dentaires
- 263 des services de gynécologie
- 102 des centres de radiologie
- 133 dispensaires avec échographie
- 3 tomodensitométries (CT scan)
- 49 des audiométries
- 23 des examens ophtalmologiques (tensions de l'œil)
- 1 IRM

Tableau 95

Distribution géographique des centres appartenant au réseau du YMCA et nombre de bénéficiaires (2010)		
Région	Nombre de Centres	Nombre de Bénéficiaires
Beyrouth	38	25183
Mont-Liban	177	40132
Békaa	51	24928
Liban Nord	78	31088
Liban Sud	91	33888
Total	435	155219

Source: YMCA, 2010, Rapport annuel, Programme médicaments chroniques.

Tableau 96

Pourcentage des maladies chroniques selon les bénéficiaires du réseau de YMCA (2010)	
Nature de la maladie	Pourcentage
Maladies cardiaques et vasculaires	49.8
Diabète	14.02
Goutte	4.35
Cholestérol	15.00
Ulcère	5.96
Système nerveux	1.70
Asthme	1.38
Glandes thyroïdes	1.60
Autres	6.19

Source: YMCA, 2010, Rapport annuel, Programme médicaments chroniques.

²⁸ YMCA, 2010, Rapport annuel, Programme médicaments chroniques.

III- Indicateurs de l'état de santé et du système de santé

Tableau 97

Distribution des patients du réseau de YMCA selon leur âge et type de maladies (2010)

Age	Cholestérol	Maladies cardiaques et vasculaires	Diabète
Moins de 25 ans	0.19%	0.22%	0.24%
25-65 ans	48.95%	36.66%	44.19%
65-80 ans	39.29%	42.06%	41.22%
Plus de 80 ans	11.57%	21.06%	14.35%

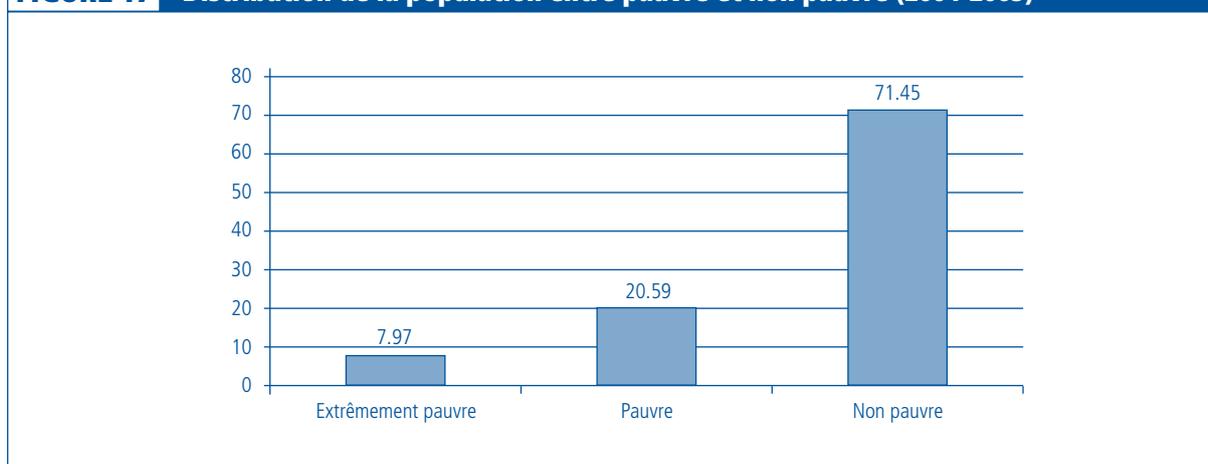
Source: YMCA, 2010, Rapport annuel, Programme médicaments chroniques.

IV- Les déterminants de santé

IV.1 – PAUVRETÉ¹

L'étude menée sur la pauvreté, la croissance et la distribution des revenus au Liban montre que 21% de la population Libanaise peuvent être considérés pauvres et que 8% (300 000 individus) peuvent être considérés très pauvres. De plus, elle met en relief les grandes disparités régionales : alors que celles-ci sont insignifiantes dans la capitale, Beyrouth, elles sont très élevées dans la région du Akkar au Nord Liban. Les niveaux de pauvreté sont au-dessus de la normale dans la région du Sud Liban.

FIGURE 17 Distribution de la population entre pauvre et non pauvre (2004-2005)



Source: Laithy, H. ; Abu-Ismail, K., ; Hamdan, K. ; 2008, Poverty, growth and income distribution in Lebanon, Country study, International Poverty centre, number 13.

Niveau de dépenses et inégalité

- La consommation moyenne par personne est la plus élevée à Beyrouth (6514000 L.L) (plus d'une fois à une fois et demie la moyenne nationale (3975000 L.L))
- La distribution des dépenses parmi la population est inégale : les 20% les plus pauvres de la population représentent seulement 7% de toute la consommation au Liban alors que les 20% les plus riches comptent pour 43% (plus de 6 fois)
- L'inégalité au Liban est due principalement aux inégalités entre Mohafazats: (environ 92% des inégalités peuvent leur être attribuées)

¹ Laithy, H. ; Abu-Ismail, K., ; Hamdan, K. ; 2008, Poverty, growth and income distribution in Lebanon, Country study, International Poverty centre, number 13.

IV- Les déterminants de santé

Tableau 98

Moyenne des consommations par personne et par Mohafazats (1 000 LL) (2004-2005)	
Mohafazats	Consommation nominale par personne
	Moyenne
Beyrouth	6514
Mont-Liban	4512
Nabatieh	3924
Békaa	3385
Sud	3007
Nord	2532
Liban	3975

Source: Laithy, H. ; Abu-Ismail, K., ; Hamdan, K. ; 2008, Poverty, growth and income distribution in Lebanon, Country study, International Poverty centre, number 13.

Disparités régionales

Les mesures de pauvreté indiquent:

- Une prévalence très faible (<1%) de l'extrême pauvreté et de la pauvreté globale (<6%) pour Beyrouth
- Une prévalence faible (2-4%) de l'extrême pauvreté et d'une prévalence de la pauvreté globale inférieure à la moyenne (proche de 20%) pour Nabatieh et Mont-Liban
- Une prévalence supérieure à la moyenne de l'extrême pauvreté dans la Békaa et le Sud, d'une prévalence de la pauvreté globale égale à la moyenne (29%) et d'une prévalence de la pauvreté globale supérieure à la moyenne dans le Sud (42%)
- Une prévalence très élevée de l'extrême et de la pauvreté globale dans le Nord (18% et 53% respectivement)

Tableau 99

Mesures de pauvreté par Mohafazats (2004-2005)		
Mohafazats	Extrêmement pauvre	Pauvreté dans la population entière
Beyrouth	0.67	5.85
Nabatieh	2.18	19.19
Mont-Liban	3.79	19.56
Békaa	10.81	29.36
Sud	11.64	42.21
Nord	17.75	52.57
Total	7.97	28.55

Source: Laithy, H. ; Abu-Ismail, K., ; Hamdan, K. ; 2008, Poverty, growth and income distribution in Lebanon, Country study, International Poverty centre, number 13.

Le Nord compte 20.7% de la population Libanaise dont 46% de la population extrêmement pauvre et 38% de la totalité de la population pauvres. Les familles extrêmement pauvres du Sud et de la Békaa sont aussi surreprésentées par rapport à leur proportion de la population totale. Les familles modérément pauvres du Sud sont aussi surreprésentées.

IV- Les déterminants de santé

Mohafazats	Extrêmement pauvre (1)	Modérément Pauvre (2)	Population entière (1+2)	Proportion de la population totale
Beyrouth	0.9	2.6	2.1	10.4
Mont-Liban	18.9	30.5	27.3	39.9
Nord	46.0	34.9	38.0	20.7
Békaa	17.2	11.4	13.0	12.7
Sud	15.4	15.6	15.6	10.5
Nabatieh	1.6	4.9	4.0	5.9
Total	100	100	100	100

Source: Laithy, H. ; Abu-Ismaïl, K.; Hamdan, K. ; 2008, *Poverty, growth and income distribution in Lebanon, Country study*, International Poverty centre, number 13.

Des différences de pauvreté significatives existent au sein même de la Mohafazat du Nord : Les villes de Tripoli et d'Akkar/Minnieh-Dennieh ont les pourcentages les plus élevés de pauvreté globale. Par contre, Koura/Zgharta/Batroun/Bécharré ont un taux plus faible.

La pauvreté se concentre à travers le pays dans les régions de Tripoli, Akkar/Minnieh-Dennieh, Jezzine/Saida et Hermel/Baalbeck où résident les 2/3 des extrêmement pauvres et 1/2 de la population Libanaise pauvre malgré le fait qu'ils représentent moins que 1/3 de la population Libanaise.

Il est important de noter que la pauvreté :

- résulte en un taux de chômage élevé parmi les pauvres
- aggrave le chômage chez les jeunes
- augmente les risques chez les familles où se retrouve une combinaison de facteurs adverses
- est présente surtout dans les familles où le chef de famille a une éducation inférieure à l'éducation primaire (45% de tous les pauvres)
- a un impact sur le taux de scolarisation : taux plus faible de scolarisation, de présence et de rétention des enfants pauvres
- affecte davantage les familles dirigées par des veuves ayant à leur charge des enfants
- est influencé par le lieu de résidence : les familles résidant au Nord sont 4 fois plus susceptibles d'être pauvres que les familles résidant à Beyrouth

IV.2 – EMPLOI

Durant les 7 dernières années, l'activité économique des Libanais a un peu augmenté. Les taux les plus élevés se retrouvent parmi les jeunes. Malgré que les femmes constituent 50% de la population, seulement 21% étaient actives. Le secteur privé comprend la plus grande part de l'emploi. Parmi les personnes ayant des emplois, 1/4 ont de faibles qualifications et 1/4 sont hautement qualifiés. En termes de salaires, les femmes présentent des salaires inférieurs à ceux des hommes. Des disparités régionales existent aussi avec Beyrouth offrant les salaires les plus élevés et le Sud, les plus bas. Durant la même période, le taux de chômage a baissé mais reste toutefois élevé parmi les jeunes et les femmes. Les personnes ayant de hautes qualifications souffrent davantage de chômage. La main-d'œuvre étrangère contribue aussi à l'économie du pays : 145684 (11% de la main-d'œuvre) permis de travail ont été délivrés en 2009 dont 80% pour les travailleurs domestiques.

Tableau 101	
Structure du marché du travail au Liban (2009)	
	N
Population âgée de 15 ans et plus	2831
Homme	1377
Femme	1454
Population Active	1229
Homme	922
Femme	302
Employés	1118
Homme	842
Femme	276
Secteur public	176
Secteur Privé	931
Autres secteurs	11
Emploi permanent	1041
Emploi occasionnel	77
Chômage	110
Homme	79
Femme	31
Chômage (15-64 ans)	108
Homme	77
Femme	31
Population inactive	1602
Homme	455
Femme	1147

Source: CAS, 2011, *The Labour market in Lebanon*.

Le taux de l'activité économique des personnes âgés de 15 ans et plus a atteint 48% en 2009. En d'autres termes environ 50% de la population était active ou disponible pour travailler. Les hommes étaient plus actifs (73%) que les femmes. Parmi les personnes actives, les femmes présentent un profil d'âge plus jeune que les hommes : plus de 52% des femmes sont âgées de moins de 35 ans en comparaison à 38% des hommes;

Le taux d'activité des hommes âgés entre 25 et 60 ans est élevé, (au-dessus de 90%) alors que celui des femmes est le plus élevé (47%) pour la catégorie des 25-29 ans. Il décline par la suite.

IV- Les déterminants de santé

Les secteurs les plus prisés sont les services (39%), le commerce (27%) et l'industrie (12%). Les hommes se retrouvent davantage dans les services (32%) et le commerce (29%) alors que les femmes sont majoritairement dans les services (63%). Environ 50% des personnes actives sont des salariés mensuels et 31% des propriétaires d'entreprises. On constate des disparités entre les genres : 80% des femmes sont salariés mensuels, hebdomadaire ou à l'heure alors que seulement 55% des hommes appartiennent à cette catégorie. En contrepartie, seulement 15% des femmes étaient propriétaires d'entreprises ou en statut indépendant comparées à 42% des hommes.

Environ 19% des emplois au Liban relèvent de l'artisanat et 14% de professionnels seniors ou de gestionnaires du secteur public et privé. Il est à noter que bien que les femmes actives soient moins nombreuses que les hommes, 26% d'entre elles occupent des postes de cadres (médecins, professeurs, ingénieurs,...) en comparaison à seulement 8% pour les hommes.

En termes de salaires, les hommes semblent être mieux payés que les femmes. En moyenne, les femmes reçoivent un salaire mensuel de 660 000 L.L alors que le salaire moyen mensuel des hommes est de 702 000 L.L avec ainsi une disparité minimale de 6%. Cette disparité augmente au niveau de chaque secteur.

Environ 30% des personnes actives sont illettrées ou présentent un niveau d'éducation très bas alors que 43% des femmes actives et 20% des hommes actifs détiennent un diplôme universitaire.

Tableau 102		
Emploi au Liban (15 ans et plus) (2009)		
Emploi par genre (%)	48	
Homme	73	
Femme	23	
Taux d'activité économique par catégorie d'âge	H (%)	F (%)
15-19 ans	28	7
20-24 ans	63	35
25-29 ans	94	47
30-34 ans	97	33
35-39 ans	97	27
40-44 ans	96	23
45-49 ans	94	25
50-54 ans	92	19
55-59 ans	90	15
60-64 ans	72	9
65-69 ans	49	6
70+	25	1
Emploi par secteur d'activité		
Agriculture	7	6
Industrie	13	8
Construction	12	--
Commerce	29	22
Transport, poste et télécommunication	8	1
Services, finances et assurance	32	63
Statut dans l'emploi		
Employeur	6	1
Propriétaire	36	14
Salarié mensuel	44	73
Salarié hebdomadaire, à l'heure	11	7
Emploi de famille	3	5
Stagiaire	1	1

Source: CAS, 2011, *The labour market in Lebanon, Statistics in Focus, issue 01.*

IV- Les déterminants de santé

La définition du chômage est celle de l'Organisation Internationale du Travail soit, « toute personnes âgées de 15-64 ans sans emploi une semaine avant l'étude mais recherchant un emploi et disponible pour travailler ». Ainsi le taux de chômage national en 2009 est estimé à 6% avec un taux de 10% chez les femmes et de 5% chez les hommes.

Les taux de chômage les plus élevés sont chez les jeunes de moins de 30 ans, et plus particulièrement les femmes. Les régions de Beyrouth et du Nord enregistrent les taux le plus élevé de chômage (8%). Des taux plus bas sont signalés dans le Sud (5%) et à Baalbeck et le Hermel (4%). Le taux de chômage est élevé chez les personnes qualifiées : 9% pour les personnes ayant obtenu leur diplôme universitaire et 8% pour ceux ayant atteint le secondaire. De manière générale, le taux de chômage est plus élevé chez les femmes sauf pour la catégorie des illettrés.

Tableau 103

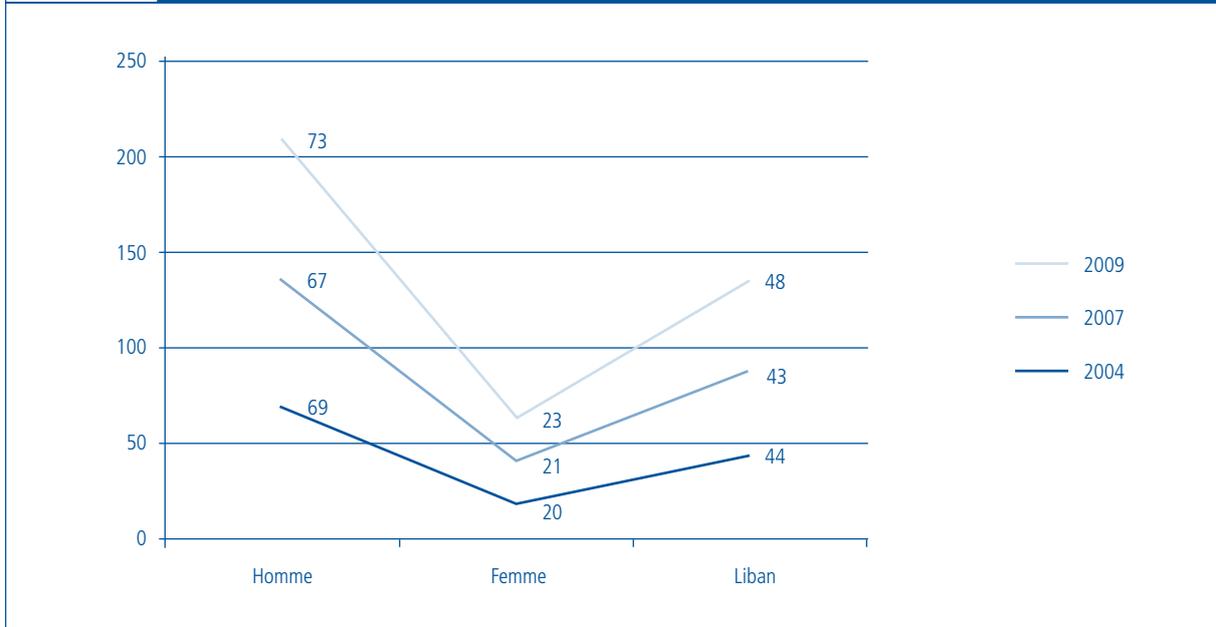
Chômage au Liban (2009)		
Taux de chômage (%)	6.0	
Taux de chômage par genre		
Homme	5	
Femme	10.0	
Taux de chômage par secteur administratif (%)		
Beyrouth	8.0	
Banlieue de Beyrouth	8.0	
Mont-Liban	5.0	
Liban Nord	8.0	
Akkar et minnieh dennieh	7.0	
Békaa	6.0	
Baalbeck et Hermel	4.0	
Sud	5.0	
Nabatieh	6.0	
Taux de chômage par catégorie d'âge	H (%)	F (%)
15-19 ans	17	30
20-24 ans	13	21
25-29 ans	7	13
30-34 ans	4	7
35-39 ans	2	6
40-44 ans	1	5
45-49 ans	3	4
50-54 ans	0	2
55-59 ans	0	2
60-64 ans	4	1
Taux de chômage par niveau d'éducation		
Universitaire	7	11
Secondaire	5	14
Intermédiaire	4	11
Primaire	4	9
Pré-scolaire	4	6
Illettré	5	4

Source: CAS, 2011, *The labour market in Lebanon, Statistics in Focus, issue 01.*

IV- Les déterminants de santé

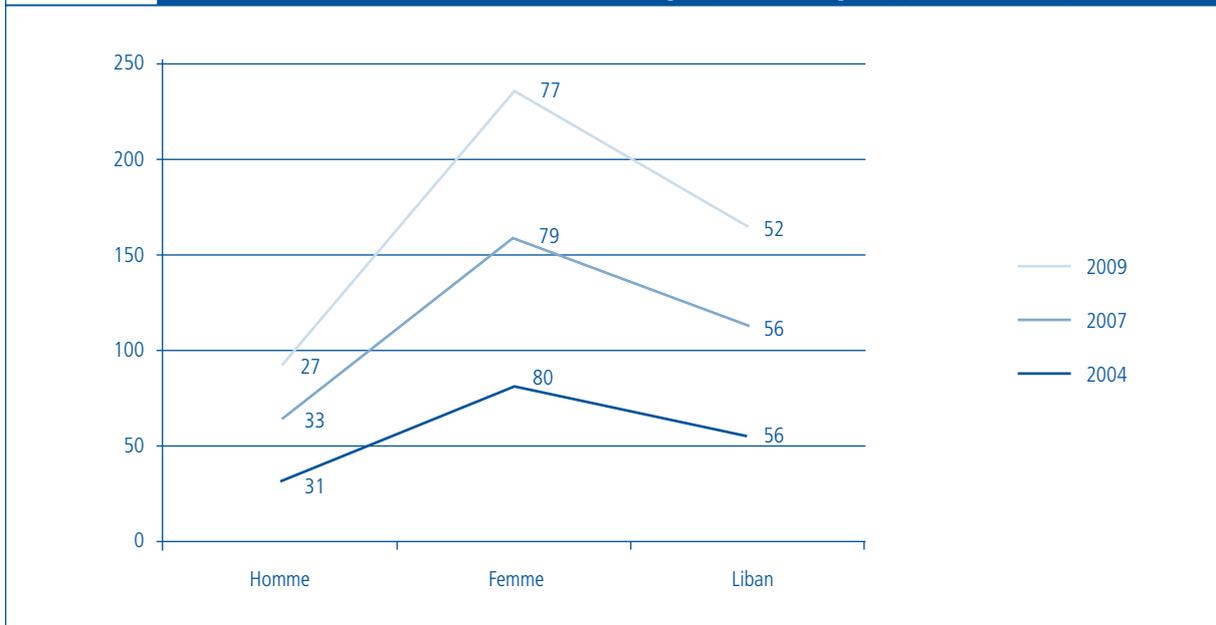
Les personnes inactives au Liban constituent 52% des individus âgés de 15 ans et plus. Ce sont majoritairement des femmes (74%). La moitié sont mariées (53%), le quart ont atteint le secondaire (25%) et 34% sont en-dessous de 25 ans. Le taux d'inactivité diminue avec l'âge: il passe de 22% pour les moins de 19 ans à 5% pour les plus de 60 ans.

FIGURE 18 Tendence du taux d'activité économique (15 ans et plus) (2004 et 2009)



Source: CAS, 2011, *The labour market in Lebanon, Statistics in Focus, issue 01.*

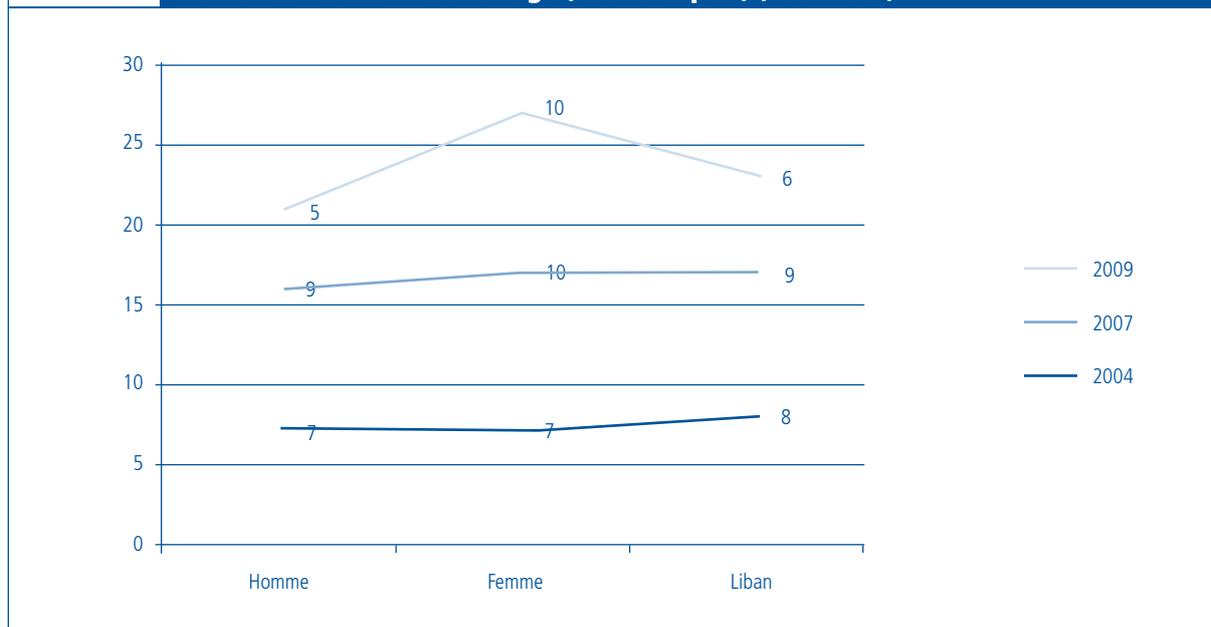
FIGURE 19 Tendence du taux d'inactivité économique (15 ans et plus) (2004 et 2009)



Source: CAS, 2011, *The labour market in Lebanon, Statistics in Focus, issue 01.*

IV- Les déterminants de santé

FIGURE 20 Tendence du taux de chômage (15 ans et plus) (2004-2009)



Source: CAS, 2011, *The labour market in Lebanon, Statistics in Focus, issue 01.*

Tableau 104

Emploi: quelques chiffres comparatifs (2007)

Pays	Taux d'activité économique (15 ans et plus)	Ratio emploi/population (15 ans et plus)	Taux de chômage (15 ans et plus)	Taux de chômage des jeunes (15-24 ans)
Maroc	54	50	10	15
Égypte	51	46	9	48
Tunisie	50	44	14	31
Liban	48	30	8	21
Palestine	44	35	22	42
Algérie	42	37	12	31

Source: CAS, 2011, *The labour market in Lebanon, Statistics in Focus, issue 01.*

IV.3 – ENVIRONNEMENT²

Grâce à un financement du Ministère Libanais de l'Environnement, l'Organisation des Nations Unies pour le développement (PNUD) a mandaté ECODIT, un cabinet Libanais de conseil et de gestion de l'environnement, pour préparer le rapport de l'état des lieux de la situation de l'environnement en 2010. Deux versions de ce rapport ont été préalablement préparé, en 1995, avec une subvention de la Banque Mondiale/Mediterranean Environmental Technical Assistance Program (METAP), et en 2001 avec un financement du Ministère de l'Environnement Libanais et en coordination avec l'Observatoire libanais de l'environnement du développement.

Ce rapport vise à fournir une approche globale, fiable et scientifiquement crédible, pertinente pour la prise de décision et mise à jour des perspectives de l'état de l'environnement libanais.

² MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010.

IV.3.1 – EAU

L'eau est l'une des ressources les plus précieuses du Liban. Les forces motrices affectant la qualité et la quantité des ressources en eau au Liban sont :

1. la croissance démographique et la répartition par âge,
2. l'urbanisation,
3. la croissance économique,
4. le changement climatique,
5. l'amélioration du revenu par habitant.

D'autres facteurs affectent la disponibilité en eau dont la variabilité inter-annuelle des précipitations dans les régions intérieures plus sèches du Liban, la baisse de la couverture neigeuse et de la densité de la neige, la baisse des débits fluviaux, la réduction des décharges des eaux souterraines. Les pratiques non durables de gestion de l'eau, la demande croissante en eau dans tous les secteurs, la pollution de l'eau ainsi que la gouvernance inefficace de l'eau sont les principaux obstacles auxquels fait face le secteur de l'eau au Liban.

La pollution de l'eau est définie comme la contamination des masses d'eau, y compris les lacs, les fleuves, les mers et les eaux souterraines. Il s'agit d'une préoccupation environnementale mondiale majeure et l'une des principales causes de décès et de maladies dans le monde entier. (Nations Unies, 2010).

Les ressources en eau sont soumises à une forte pression au Liban. L'eau disponible, y compris les fleuves, les sources naturelles, les barrages de retenue et les eaux souterraines (estimées à 2 000-2 700 millions de m³ par an), dépasse les prévisions (environ 1 800 millions de m³ en 2035).

Actuellement, l'eau est d'un peu plus de 1 100 m³/habitant/an et dangereusement près de la norme internationale de 1 000 m³/habitant/an en-dessous de laquelle il est question de stress hydrique (Banque Mondiale, 2009). Mais la pollution généralisée et l'infrastructure d'eau de mauvaise qualité empêchent le gouvernement de répondre aux demandes en eau dans l'avenir.

Fleuves

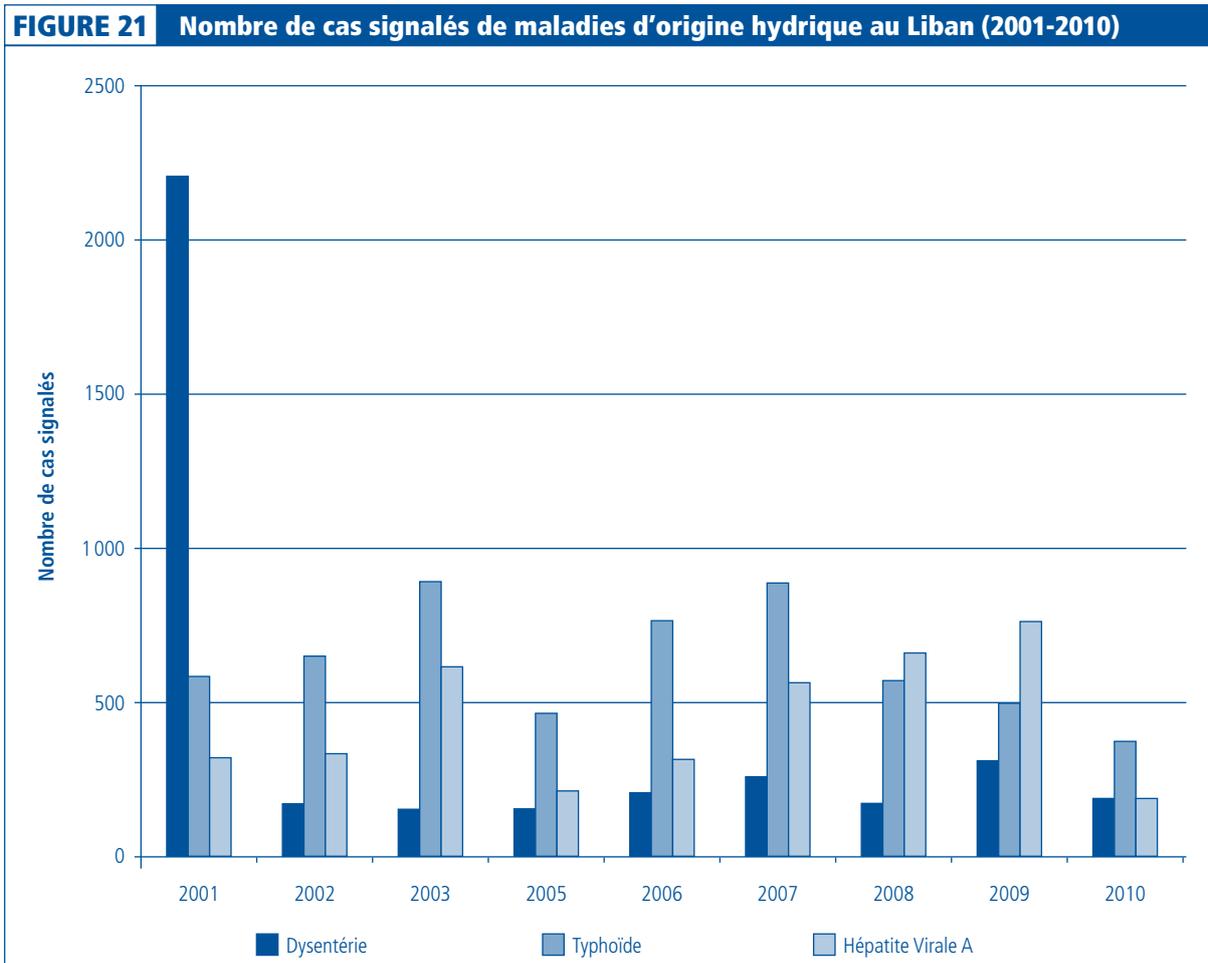
Le Liban dispose de 16 fleuves pérennes et de 23 saisonniers et le débit fluvial annuel total est d'environ 3 900 millions de m³, dont environ 700 millions de m³ coulent dans les pays voisins.

Stockage de l'eau

Le Liban dispose de deux barrages, le barrage de Qaraoun sur le fleuve Litani et le barrage de Chabrouh qui capte les eaux de pluies ainsi que les eaux de ruissellement de la source de Nabeh al-Laban. Leur capacité de stockage respective est de 220 millions de m³ et de 8 millions de m³ (capacité de stockage statique). Actuellement, seulement 30 millions de m³ du barrage Qaraoun sont utilisés pour l'approvisionnement en eau et l'irrigation ; le reste sert à générer de l'électricité.

Sources naturelles

La plupart des eaux de surface utilisées pour garantir l'approvisionnement provient de sources naturelles captées. Le Liban dispose de quelque 2 000 sources naturelles. Leur rendement total annuel dépasse 1 200 millions de m³. Cependant, moins de 200 millions de m³ sont disponibles pendant la période estivale. Le volume total annuel exploité est de 637 millions de m³. Le Liban a également un certain nombre de sources marines d'eau douce.



Source: MSP, 2010, Bulletin des statistiques.

IV- Les déterminants de santé

Eaux souterraines

Plus de 50% de l'eau d'irrigation proviennent de puits et de forages souterrains, tandis que 80% de l'eau potable proviennent de sources souterraines.

Zones humides

Les zones humides les plus importantes au Liban sont situées à Ammiq (250 ha), juste au nord du lac de Qaraoun, et sur des terres privées dans la vallée de la Békaa.

Situation des ressources en eau

Les fleuves, les sources naturelles et les eaux souterraines continuent à être négativement affectés par les eaux d'égout brutes et d'autres déchets, ménagers et industriels. Toutes les ressources en eau sont exposées à une dégradation environnementale résultant de la contamination bactériologique dans les zones agricoles, le ruissellement et l'infiltration des résidus provenant des engrais et des pesticides.

Fleuves et sources naturelles

La majorité des fleuves du Liban affichent des niveaux inacceptables de contamination des eaux usées brutes. La situation est identique dans les fleuves côtiers et intérieurs.

Eaux souterraines

Les principales sources d'eau potable étant les puits et les sources naturelles, il en résulte une incidence élevée de maladies d'origine hydrique reflétant le degré de pollution élevé.

Eaux côtières marines

Dans les eaux côtières du Liban se jettent des eaux usées non traitées provenant d'au moins 53 exutoires (dont 16 dans la région de Beyrouth). Les eaux côtières reçoivent environ 65% de la charge totale des eaux usées au Liban. Environ 70% de la population du Liban, en plus des centaines de milliers de touristes chaque année, contribuent à ce flux des eaux usées. Bien que le Liban ait fait des progrès en construisant des stations d'épuration le long de la côte, aucune, sauf celle de Ghadir, ne fonctionne à capacité nominale. En plus des exutoires d'eaux usées, les fleuves transportent également des polluants en amont de divers secteurs et activités pour les déverser dans la mer, y compris les eaux de ruissellement agricoles et les eaux usées.

En plus de eaux usées non traitées des villes et des villages, les eaux côtières sont également affectées par les immenses décharges au bord de la mer à Tripoli (toujours actives, mais contenues), à Bourj Hammoud (fermées, mais non réhabilitées), à Beyrouth (fermées et réhabilitées), à Saida (actives et causant une grave pollution de l'environnement) et à Tyr (actives). La pollution supplémentaire des eaux côtières provient des centrales thermiques côtières (Beddawi, Zouk, Jieh et Zahrani) et de la présence écrasante d'industries lourdes tout au long de la côte. La charge de demande biologique en oxygène des eaux usées industrielles est estimée à 5 000 tonnes par an. Les eaux à proximité des sites industriels affichent des niveaux élevés de métaux lourds comme l'arsenic, le plomb, le zinc et le chrome.

Eau de baignade

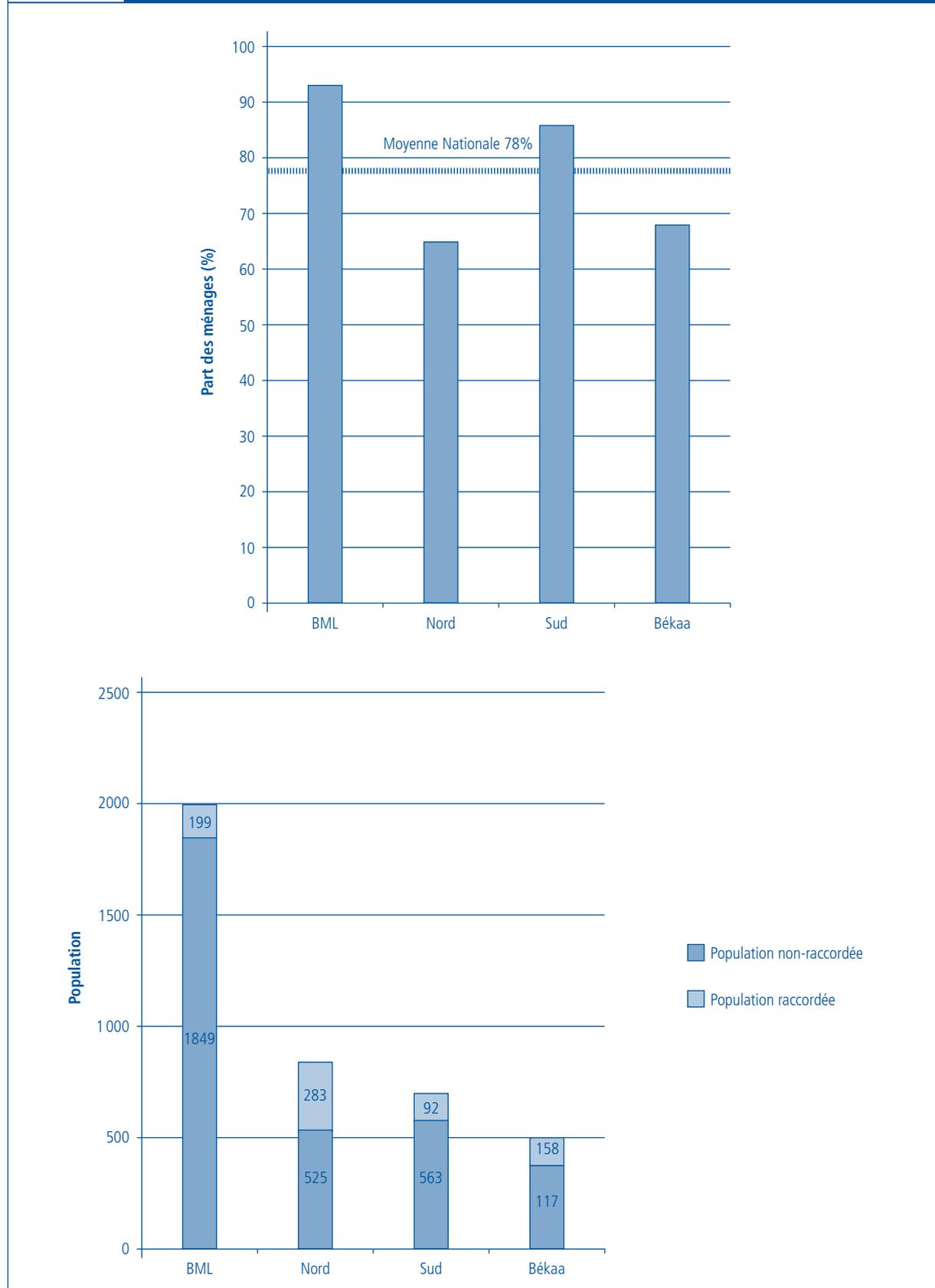
L'érosion côtière, principalement dans le nord du Liban et les flux de pollution déjà mentionnés (les exutoires d'eaux usées, les centrales thermiques, les industries, etc.), affecte la qualité de l'eau et l'accès aux plages.

Demande actuelle en eau

Les estimations de la demande actuelle varient selon la source et les hypothèses. Les paramètres les plus importants pour évaluer la demande en eau comprennent la population, la consommation d'eau par habitant, l'efficacité du réseau, la superficie totale irriguée, la consommation de l'irrigation et la demande de l'industrie.

IV- Les déterminants de santé

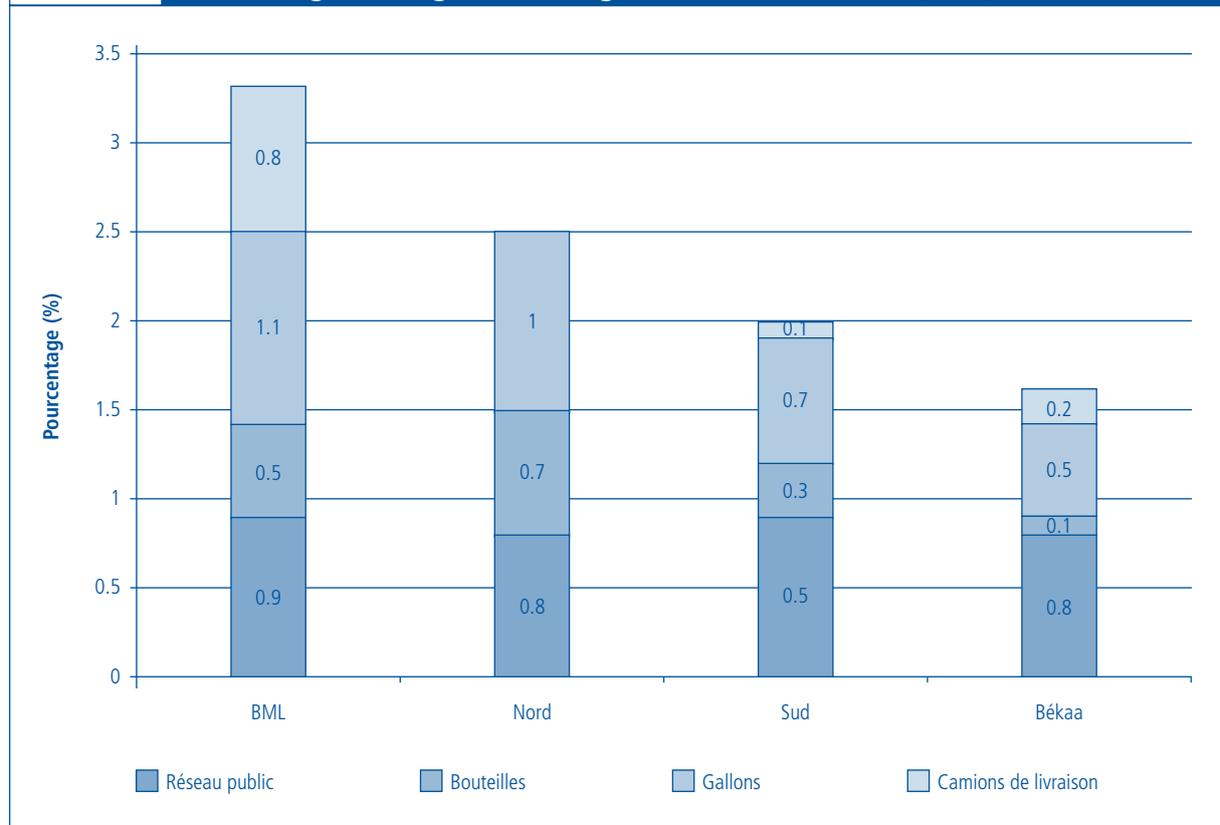
FIGURE 22 Taux des ménages et nombre de la population connecté au réseau public d'approvisionnement en eau (2009)



Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010.

IV- Les déterminants de santé

FIGURE 23 Pourcentage du budget des ménages alloué à l'achat d'eau (2009)



Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010.

Coûts socio-économiques de l'approvisionnement intermittent en eau

De nombreux Libanais ne dépendent pas des réseaux publics d'approvisionnement en eau pour leurs besoins en eau potable. Environ 22% des ménages (et 18% de la population) ne sont pas connectés aux réseaux publics d'approvisionnement en eau. Pourtant, plus de 70% des dépenses totales des ménages en matière d'eau sont effectués pour le compte de fournisseurs privés d'eau.

Sur le plan de la santé publique, il est nécessaire de mentionner que les prestataires privés d'eau ne sont pas tous réglementés et c'est pour cette raison que les risques pour la santé demeurent réels. En outre, l'impact social et économique sur la communauté, en particulier les groupes socio-économiques défavorisés, est assez sévère. Le coût annuel que doit verser la communauté, en plus des tarifs de l'eau qui sont payés aux offices des eaux, est de 307 millions de dollars ou 1,3% du PIB annuel. Ce coût est plus élevé que le total des dépenses annuelles dans le secteur.

Analyse prospective de la demande en eau

Le Liban est entré dans une période de stress hydrique au cours de laquelle le total des ressources exploitées (environ 1 500 millions de m³) ne suffit pas à la demande actuelle annuelle et la demande prévue après 2020

IV- Les déterminants de santé

va commencer par dépasser les ressources renouvelables exploitables de 2000 à 2500 millions de m³.

Tableau 105

Demande annuelle en eau pour la période 2010-2030 en mm³ et part du total (2009)

Secteur	2010	2020	2030
Domestique	467	767	1258
Industrielle	163	268	440
Irrigation	900	1020	1120
Total	1530	2055	2818

Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010.

Production des eaux usées

Selon la CAS, 52% seulement des bâtiments ont été raccordés aux réseaux des eaux usées en 2004 et donc au moins 48% utilisent des fosses septiques dont la plupart sont perméables ou délibérément vidées pour éviter tout débordement. Dans tout le pays, le plus haut taux de raccordement des eaux usées est enregistré à Beyrouth (96%), puis à Tripoli et à Baabda (chacun 91%) et enfin à Zahlé (83%). Les taux de raccordement les plus faibles sont enregistrés à Batroun (1%), puis à Bent Jbeyl (4%) et à Byblos (10%).

Tableau 106

Estimation de la production d'eaux usées domestiques

Mohafaza	Population	Eaux usées domestiques Mm ³ /an	DBO (tonnes/an)
Beyrouth	361 366	25,1	10 040
Mont-Liban	1 484 474	93,8	37 525
Liban Nord	763 712	50,2	20 092
Békaa	489 865	33,6	13 428
Liban Sud	416 842	29,4	11 751
Nabatieyah	242 876	17,1	6 854
Total	3 759 135	249,2	99 690

Basée sur la population de 2007.

Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010.

IV.3.2 – POLLUTION

La dégradation de la qualité de l'air au Liban, estimée à 170 millions de dollars par an (Banque Mondiale, 2004), constitue une préoccupation environnementale grandissante. Le problème de la qualité de l'air urbain persiste au Liban et est même devenue une source de préoccupation majeure pour la santé publique. La pollution de l'air au Liban concerne des millions de personnes vivant pour la plupart dans des régions urbaines et périurbaines, là où le smog, les fines particules et les polluants toxiques posent de sérieux problèmes de santé. En plus des problèmes respiratoires, l'exposition de longue durée à la pollution de l'air et à certains polluants est susceptible de causer le cancer et de porter atteinte aux systèmes immunitaire, neurologique et reproductif.

Qu'entend-on par « pollution de l'air » ?

La pollution de l'air est la contamination de l'environnement intérieur ou extérieur par tout agent chimique, physique ou biologique qui modifie les caractéristiques de l'atmosphère (OMS, 2011). Ceci a lieu lorsque divers gaz, gouttelettes et particules se trouvent dans l'atmosphère au-delà de leurs concentrations normales et/ou y sont introduits par des sources anthropiques ou des phénomènes naturels.

Tableau 107

Coût annuel de la dégradation de la qualité de l'air (2004)			
Pollution de l'air ambiant et de l'air intérieur	\$M par an	% du PIB	Domages
Pollution de l'Air Urbain – Plomb	28-40	0,20	Altération du développement neurologique chez les enfants
Pollution de l'Air Urbain – PM ₁₀	26	0,56	Maladies respiratoires, y compris la bronchite chronique, les visites en salle d'urgence, visites à l'hôpital à cause de problèmes respiratoires, activités restreintes, etc
Pollution de l'Air Intérieur	10-46	0,18	Maladies respiratoires
Coût total de la pollution de l'air extérieur/intérieur et de perte de qualité de vie	112-225	0,02	Les maladies respiratoires, visites à l'hôpital, malaise général, etc
Coût moyen de la pollution de l'air	170	1,02	

Source: Banque Mondiale, 2004, *Cost of Environmental Degradation, the case of Lebanon and Tunisia*.

IV- Les déterminants de santé

Tableau 108

Valeurs guides de l'OMS et du Ministère de l'Environnement Libanais sur la qualité de l'air			
Polluant	Durée d'exposition	Valeur recommandée par l'OMS	Valeur guide au Liban
O ₃	1 h		150
	8 h	100	100
NO ₂	1 h	200	200
	24 h		150
SO ₂	annuelle	40	100
	10 min	500	
	1 h		350
	24 h	20	120
CO	annuelle		80
	15 min	100 000	
	30 min	60 000	
	1 h	30 000	30 000
TSP	8 h	10 000	10 000
	24h		120
PM10	24 h	50	80
	annuelle	20	
PM2.5	24 h	25	
	annuelle	10	
Plomb	annuelle	0,5	1
Benzène	annuelle	^a Risque de développement de cancer quelques soit la concentration : 6×10^{-6}	16

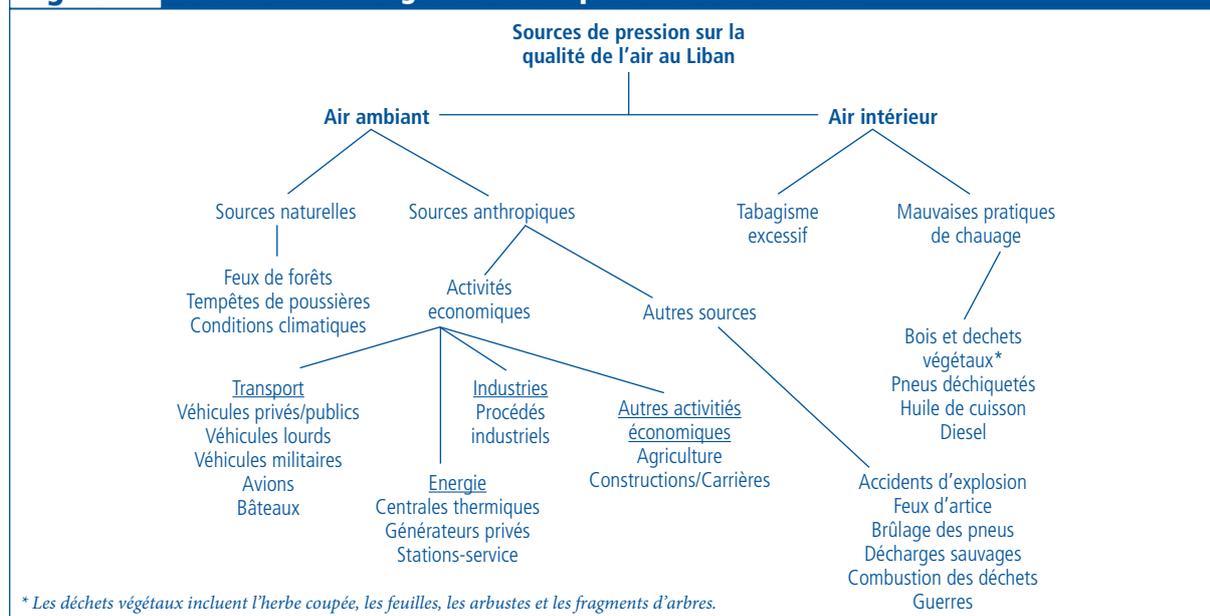
^a Risque additionnel de développer un type de cancer au cours d'une vie (soit 70 ans), pour une population exposée à une concentration moyenne de $1 \mu\text{g.m}^{-3}$ du composé considéré dans l'air respiré. Ex. une personne exposée à $1 \mu\text{g.m}^{-3}$ de benzène tout au long de sa vie aura $1 + 6.10^{-6} = 1.000006$ fois plus de probabilité de développer un cancer qu'une personne non exposée.

Source : Afif C, (s.d), Pollution atmosphérique au Liban : état des connaissances et impact sanitaire, Département de chimie, Faculté des sciences, Université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban.

FORCES MOTRICES

De nombreuses forces, agissant ensemble ou isolément, influent sur la qualité de l'air au Liban. Elles peuvent avoir une incidence sur l'air ambiant et/ou intérieur et provenir de phénomènes naturels ou d'activités anthropiques.

Figure 24 Forces motrices agissant sur la qualité de l'air au Liban



* Les déchets végétaux incluent l'herbe coupée, les feuilles, les arbustes et les fragments d'arbres.

Source : MOE/UNDP/ECODIT, 2011, State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4, p.109.

IV- Les déterminants de santé

Sources anthropiques

Les sources les plus significatives de pollution provenant d'activités économiques sont les secteurs du transport, de l'énergie et de l'industrie.

Secteur du transport

Au Liban, le secteur du transport (terrestre, aérien et maritime) est la source principale de pollution de l'air (MOE/EU/NEAP, 2005). Il représente à lui seul 59% des émissions de NOx au niveau national en 2005 (MOE/GEF/UNDP, données non publiées, 2010). La combustion de combustibles fossiles dans le secteur du transport émet des polluants qui nuisent à (1) la santé humaine par l'inhalation et l'accumulation de polluants, (2) l'agriculture et les écosystèmes délicats.

Polluants de l'air

Les polluants de l'air se divisent en deux catégories (gaz et particules) et en deux sous-catégories (primaires et secondaires). Les polluants primaires sont émis directement de la source; les polluants secondaires sont des polluants primaires qui subissent des réactions chimiques et photochimiques dans l'atmosphère. Les principaux polluants sont les suivants :

Tableau 109

Polluants de l'air par catégorie		
Primaire	Secondaire	Peuvent être primaire et secondaire
Polluants gazeux		
Oxides d'Azote NOx (NO & NO ₂), Oxides de Soufre SOx (SO & SO ₂), Oxides de Carbone COx (CO & CO ₂) Hydrocarbures (HC) Composés Organiques Volatils (VOC) Chlorofluorocarbones (CFCs) Hydro-chlorofluorocarbones (HCFCs) Polluants Organiques Persistants (POPs)	Dioxyde d'Azote (NO ₂) Ozone troposphérique (O ₃) Peroxyacetyl Nitrate (PAN) (CH ₃ C(O)OONO ₂)	Acide Sulfurique (H ₂ SO ₄) Acide nitrique (HNO ₃) Autres
Aérosols, Particules, ou Particulate Matter (PM)		
PM ₁₀ (Particules ayant un diamètre aérodynamique (DA) de 10 µm ou moins; ad≤10 µm; mesurées en masse - µg/m ³) sont des particules primaires formées par l'érosion des sols et/ou adsorption de plusieurs particules fines pour former un agrégat	PM _{2.5} (ad≤2.5 µm ; mesurées en masse -µg/m ³), PM1 (ad≤1 µm; mesurées en nombre – particule/m ³) and PM _{0.1} (ad≤0.1 µm; mesurées en nombre –particule/m ³) sont des particules secondaires formées par la conversion gazparticule	PM ₁₀ , PM _{2.5}

Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

Secteur de l'énergie

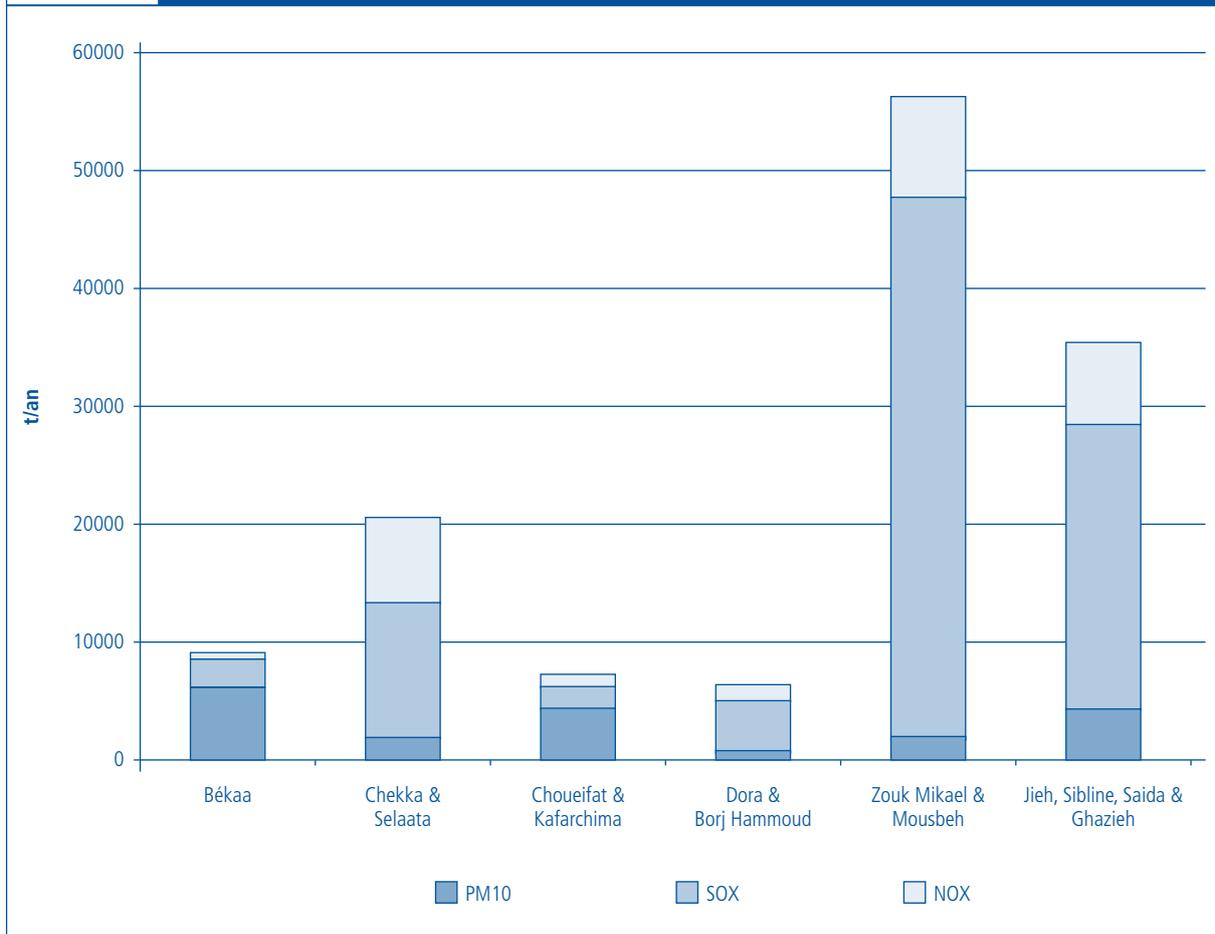
Les industries de l'énergie (centrales thermiques) contribuent très largement à la pollution atmosphérique au Liban en émettant des panaches de fumée noire de HC, CO, CO₂, SO₂, NOx, suie, PM et d'autres polluants (MOE/EU/NEAP, 2005u). Ce sont les plus gros producteurs de CO₂, représentant 39% des émissions nationales de CO₂ en 2005.

La population croissante et le changement des modes de vie augmentent la demande en électricité et en d'autres sources d'énergie. Puisque la production d'énergie officielle du Liban ne répond pas à la demande, des générateurs auxiliaires privés produisent à peu près 500 MW, ce qui équivaut à 20% de la production totale.

Les industries au Liban sont réparties sur tout le territoire et la plupart d'entre elles sont à production restreinte.

IV- Les déterminants de santé

FIGURE 25 Estimation des charges de polluants atmosphériques provenant des activités industrielles au Liban



Source : MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

Tableau 110

Aperçu de polluants provenant d'autres sources

Activité	Polluants de l'air (y compris les pathogènes)
Agriculture	Pesticides pulvérisés, NH ₃ , Odeurs, GES (CH ₄ , CO ₂)
Déchets sauvages	GES (CH ₄), Bactéries, Virus
Combustion air à ciel ouvert de déchets solides	Produits de la combustion incomplète : CO, NO _x , SO _x , HC, PM et autres Substances toxiques y compris les dioxines et furanes (POPs)
Brûlage des pneus	CO _x , SO _x , NO _x , COVNM, HAP, dioxines, furanes, HCl, benzene (C ₆ H ₆), PCBs; Métaux : As, Cd, Ni, Zn, Hg, Cr, et V
Construction, exploitation des carrières et entreposages à ciel ouvert	Panaches de poussières comprenant des PM ₁₀ and PM _{2,5}
Feu d'artifice	CO ₂ , K ₂ S et N ₂ – Pour 270 grammes de poudre noire (poudre à canon, propergol) utilisés, 132 grammes de CO ₂ sont créés. Les couleurs sont générées par des métaux oxydés (par exemple, la couleur rouge provient du strontium, le bleu du cuivre, l'or du charbon et du fer)

Source : MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

IV- Les déterminants de santé

Sources naturelles

Les phénomènes naturels suivants exercent, au Liban, un impact sur la qualité de l'air :

- Les incendies des forêts
- Les tempêtes de poussière (*reyah khamseenyah*)
- Les conditions atmosphériques et climatiques comprennent la température, l'humidité, la pression atmosphérique, la vitesse et la direction du vent, ainsi que la hauteur de la couche de mélange

Air intérieur

La qualité de l'air intérieur est influencée par plusieurs facteurs dont l'usage du tabac. Au Liban, la fumée provenant du tabac constitue l'une des principales sources de pollution de l'air intérieur.

Tabagisme excessif

La fumée de cigarettes contient des composés gazeux et particulaires qui peuvent avoir des effets néfastes de longue durée sur la santé et qui pour certains existent en très forte concentration. La fumée de cigarettes renferme des concentrations des concentrations beaucoup plus élevées de monoxyde de carbone (CO) que les émissions d'un véhicule bien entretenu.

Mauvaises pratiques de chauffage

Les citoyens libanais, notamment les ménages à faible revenu, ont recours à des combustibles solides de mauvaise qualité pour le chauffage domestique, qu'ils brûlent en plein air ou dans de simples poêles, qui dégagent la plus grande partie des fumées à l'intérieur de leur habitation. La pollution de l'air intérieur qui en résulte est une grande menace pour la santé, en particulier celle des femmes et des jeunes enfants qui passent plusieurs heures près du feu. De plus, l'usage des combustibles solides et des poêles de mauvaise qualité présente d'autres conséquences irréversibles sur la santé (à savoir atteinte du système nerveux central), sur l'environnement et sur le développement économique. Un grand nombre de polluants néfastes pour la santé dont les PM, CO, SO_x, NO_x, aldéhydes, benzène (C₆H₆) et HC, en sont émis. Aussi, l'aération inadéquate, les hautes températures et les taux d'humidité élevés contribuent à l'augmentation des niveaux de polluants de l'air intérieur.

Etat actuel

Depuis 2001, les capacités du Liban en matière de surveillance de la qualité de l'air se sont largement améliorées. Bien que le pays soit en manque de programme national portant sur la surveillance de la qualité de l'air, un grand nombre d'universités et d'institutions ont commencé à coordonner leurs activités liées à la pollution de l'air.

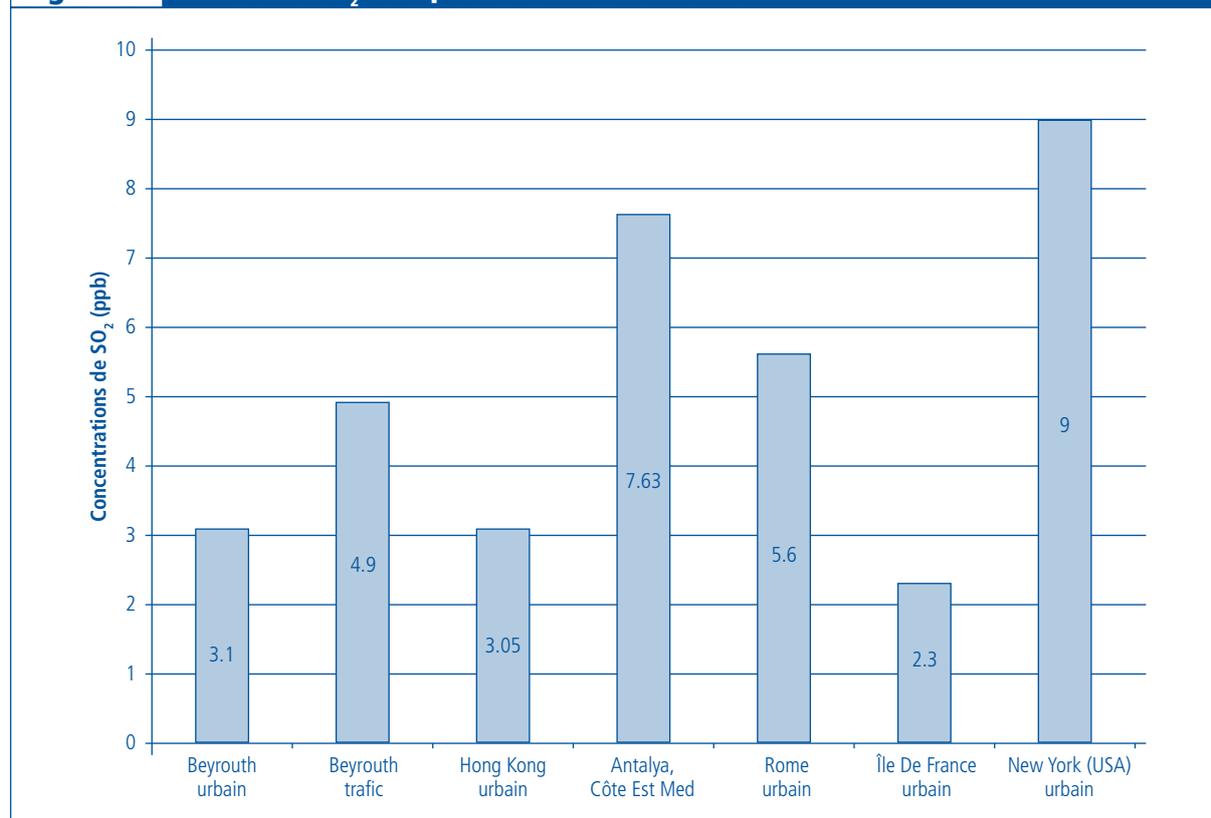
Concentrations et composition des polluants de l'air

Dioxyde de soufre dans la Région du Grand Beyrouth

Les concentrations de SO₂ tendent à culminer dans les villes fortement urbanisées ou dans les régions riches en activités industrielles, tandis que les régions rurales ou de banlieue tendent à présenter des niveaux inférieurs

IV- Les déterminants de santé

Figure 26 Niveau de SO₂ dans plusieurs villes du monde



Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011, *State and trends of the Lebanese Environment, 2010*, chapitre 4.

Les concentrations moyennes de SO₂ à Beyrouth en 2005-2006 (3,1 ppb et 7,1 ppb) sont en-deçà des indications de l'OMS (17,5 ppb) et des valeurs environnementales du Ministère de l'Environnement (30 ppb).

Tableau 111

Niveau de SO₂ à Beyrouth

Lieux	Période d'échantillonnage	SO ₂ (ppb)
Beyrouth, Urbain	Décembre 2004-Juin 2006 (20 mois)	3,1
Beyrouth, Trafic	Été 2004	4,9
	Hiver 2004-2005	9,4
	Concentrations moyennes (2004-2005)	7,1
OMS (2005)	Concentrations annuelles	17,5
ME Decision 52/1 (1996)	Concentrations annuelles	30

Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 *State and trends of the Lebanese Environment, 2010*.

Dioxyde d'azote dans la Région du Grand Beyrouth

Dioxyde d'Azote

La principale source d'émission de NO_x au Liban est la circulation routière. En 2009 et 2010, selon l'URQA les concentrations de NO₂ dans la région du Grand Beyrouth étaient respectivement 53 µg/m³ et 58 µg/m³ dépassant la norme de l'OMS de 40 µg/m³.

IV- Les déterminants de santé

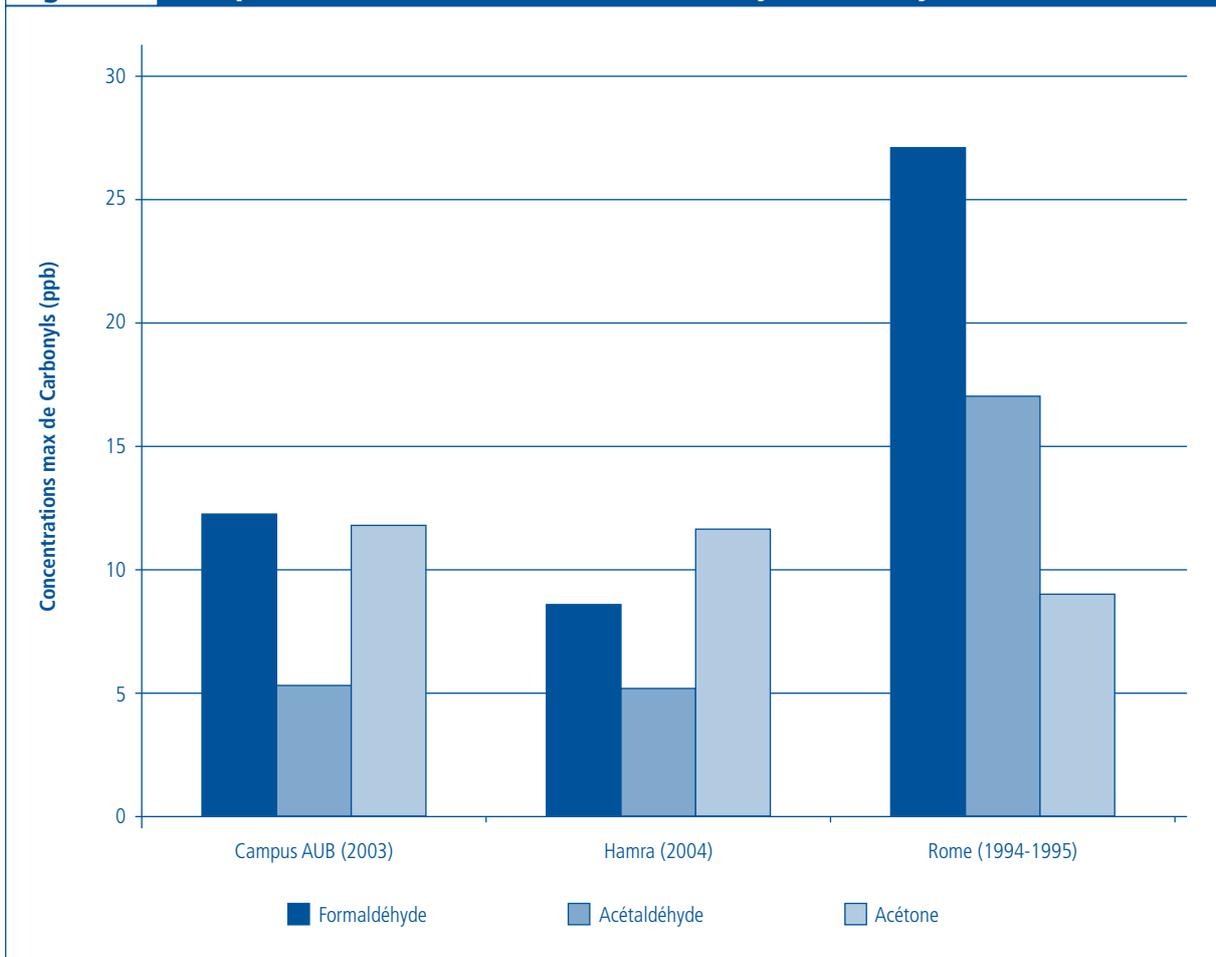
93% de la population de Beyrouth est exposée à des concentrations de NO₂ supérieures à 40 µg/m³. Cette exposition au NO₂ si elle est prolongée, peut avoir des conséquences graves sur la santé.

Composés Carbonylés dans la région du Grand Beyrouth

Le formaldéhyde (C1), l'acétaldéhyde (C2) et le propanal/acétone sont trois composés carbonylés connus pour leurs effets sur la santé humaine. En 2003-2004, les niveaux urbains de ces composés au Liban étaient inférieurs à ceux trouvés à Rome.

Particules en suspension

Figure 27 Comparaison des niveaux maximum de carbonylés entre Beyrouth et Rome



Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

La densité de la population, l'effet exercé par la chaîne de montagne libanaise sur la dilution des particules, la récurrence des tempêtes de poussière au printemps et en automne, ainsi que le transport des polluants à longue distance et les chutes limitées de pluie avec de longs épisodes de sécheresse ont un effet cumulatif sur les PM dans l'atmosphère.

IV- Les déterminants de santé

Tableau 112

Niveau de PM dans la ville de Beyrouth					
Stations de mesure	Description du site	Période de mesure	Concentrations moyennes durant les périodes de mesure		Source
			PM ₁₀	PM _{2.5}	
AUB	Lieu exposé à différentes sources de PM (naturelles & anthropiques)	2/2003-6/2003 (4 mois)	118,9 µg/m ³	39,9 µg/m ³	Shaka et al. 2003
Rue Bliss	Zone urbaine et côtière	3/2003-6/2003 (3 mois)	71,34 µg/m ³	40,95 µg/m ³	Saliba et al. 2010
AUB Seagate	Zone urbaine et côtière	11/2003-3/2004 (4 mois)	86,9 µg/m ³	-	Saliba et al. 2010
Abdel Aziz (Hamra)	Zone urbaine et côtière	9/2004-12/2004 (3 mois)	55,1 µg/m ³	-	Saliba et al. 2010
Borj Hammoud (Banlieue de Beyrouth, nord)	Zone urbaine, près du port de Beyrouth et d'un centre de traitement de déchets solides	1/2004-1/2005 (12 mois)	103,78 µg/m ³	38,525 µg/m ³	Saliba et al. 2007
Haret Hreik (Banlieue de Beyrouth, sud)	Zone urbaine affectée par les reconstructions d'après-guerre	12/2006-8/2007 (8 mois)	77,1 µg/m ³	28,14 µg/m ³	Saliba et al. 2010
AUB			54,69 µg/m ³	20,18 µg/m ³	
Lycée Abdel Kader	Zones urbaines	Mai 2009-Mai 2010	60,77 µg/m ³	20,70 µg/m ³	Saliba & chercheurs, publication en cours
Grand Lycée Franco Libanais			74,69 µg/m ³	20,33 µg/m ³	
Normes OMS (WHO, 2005)	Concentrations annuelles moyennes		20 µg/m ³	10 µg/m ³	

Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

Tableau 113

Aperçu des indicateurs de la qualité de l'air au Liban				
Polluants	RGB	Source	Hors RGB	Source
Qualité de l'air				
NO ₂	58µg/m ³	AQRU Conference 2011	6.4-10.11 ppm	MOE-ECODIT 2002
SO ₂	3.1 ppb	Afif et al. 2008	0.45-0.7 ppm	
O ₃	-	-	115.5 µg/m ³	TEDO 2009
PM ₁₀	63.38µg/m ³	Saliba & co-researchers (in progress)	81.4 µg/m ³	
PM ₂₅	20.4µg/m ³	Saliba & co-researchers (in progress)	29.1 µg/m ³	
Stations de surveillance : RGB 6 stations automatiques (PM et polluants gazeux) et 66 stations d'échantillonnage passif (NO ₂ et SO ₂) Hors RGB 3 Impacteurs (PM et TSP) et 13 stations d'échantillonnage passif (NO ₂ , SO ₂ et O ₃)				

Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

IV- Les déterminants de santé

À l'extérieur de la région du Grand Beyrouth

A l'extérieur de la région du Grand Beyrouth, les données sur la qualité de l'air sont plus fragmentaires et épisodiques. La plupart des études sur la qualité de l'air en dehors de Beyrouth se sont concentrées sur Chekka et Selaata; Les niveaux de polluants atmosphériques à Chekka et Koura sont interprétés ci-dessous:

- **CO**: De faibles niveaux ont été enregistrés dans tous les lieux de surveillance, ce qui indique l'absence de processus de combustion inefficace.
- **NO₂**: Des niveaux relativement faibles ont été notés dans tous les lieux de surveillance, ce qui correspond à des activités de transport et d'industrie normales. Des niveaux pics de NO₂ (allant de quelques heures jusqu'à quelques jours) se sont produits en raison d'activités industrielles irrégulières et ont été corrélés avec un nuage d'émissions industrielles enveloppant le voisinage de Chekka.
- **SO₂**: Les mesures ont montré des niveaux sensiblement élevés durant la saison sèche dans les trois régions de Chekka, d'Enfeh et de Fih, et ceci probablement à cause du panache de fumée de l'usine de ciment. Cependant, les niveaux à Chekka ont été légèrement inférieurs à ceux de Fih et Enfeh.
- **PM₁₀**: Les mesures prises à Chekka et dans la région de Koura ont montré des niveaux sensiblement élevés dans presque tous les emplacements d'échantillonnage. Chekka a constamment indiqué les valeurs de PM₁₀ les plus élevées, étant la plus proche de toutes les sources d'émissions y compris les carriers.

Tableau 114

Polluants gazeux à Chekka et dans les villages du Koura		
Polluant	Concentration	Normes Libanaises ME Decision 52/1 (1996)
CO (ppm)	0-2	9.00 (8hr)
NO ₂ (ppm)	6.4-10.11	0.053 (annual)
SO ₂ (ppm)	0-2*	0.14 (24hrs)
PM ₁₀ (µg/m ³)	10-450**	80 (24hrs)

* Pics enregistrés à Fih et Enfeh;

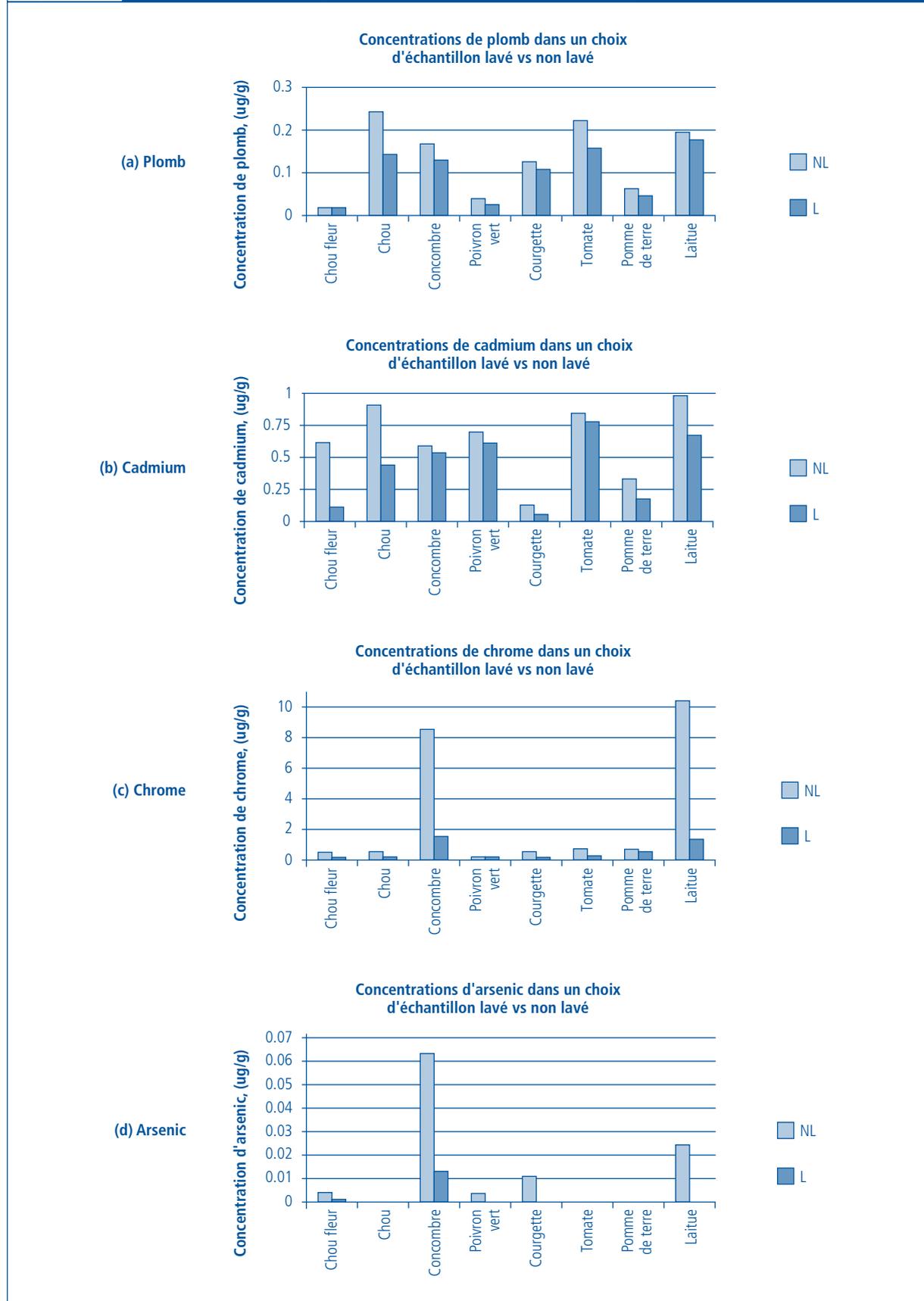
** Pics enregistrés à Chekka.

Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

Contamination des cultures agricoles

La pollution de l'air peut atteindre les produits agricoles et sont par conséquent inquiétant pour la santé. Une étude menée en 2009 sur un échantillon de 181 légumes lavés et non lavés recueillis à Beyrouth, Jounieh, Tripoli et Koura ont donné les résultats suivants:

Figure 28 Concentrations de quatre métaux lourds dans des légumes lavés et non lavés



Source: MOE/UNDP/ECODIT, 2011 State and trends of the Lebanese Environment, 2010, chapitre 4.

IV.3.3 – DÉCHETS

La question des déchets constitue au Liban l'un des problèmes environnementaux les plus aigus et les plus visibles, par l'impact qu'ils ont sur la santé humaine et l'environnement, et l'emprise qu'ils exercent sur les espaces naturels et résidentiels.

Le droit de l'environnement constitue un secteur mal connu et probablement sous-estimé par les acteurs libanais engagés dans la gestion des déchets, qu'ils soient institutionnels ou issus de la société civile. Le cadre normatif applicable aux déchets est actuellement très mince, fragmentaire, éparpillé, superficiel, et il ne permet pas d'établir un système global, organisé, harmonisé, pour la gestion des déchets au Liban.

La croissance démographique, l'urbanisation et le rétrécissement des superficies contribuent à l'aggravation des problèmes relatifs à la Gestion des Déchets Solides (GDS) au Liban jusqu'au point d'y provoquer une crise nationale. Au niveau du pays, on estime que 51% de tous les Déchets Solides Municipaux (DSM) sont mis en décharge, 32% sont déversés alors que les 17% restants sont récupérés par le tri et le compostage (SWEEP-NET 2010). Les études et les plans directeurs relatifs à la gestion des déchets solides municipaux ont commencé à donner des résultats modestes, les réalisations demeurent minimales jusqu'à nouvel ordre en ce qui concerne la gestion des déchets industriels, dont les déchets dangereux ainsi que les autres types de déchets tels que les déchets résultant des travaux de construction et de démolition.

Forces motrices

La production des déchets est liée aux activités humaines, aux modes de vie et au degré de sensibilisation à l'environnement. L'urbanisation rapide, la consommation croissante et la sensibilisation limitée à l'environnement ont un effet cumulatif sur la production des déchets.

Le Liban dispose d'une législation liée à la GDS mais les lois sont dépassées ou incomplètes. Plusieurs instruments juridiques ne se penchent pas directement sur les questions liées aux déchets solides mais les traitent en concomitance avec d'autres problèmes d'ordre public dont la protection de la santé publique.

Etat actuel

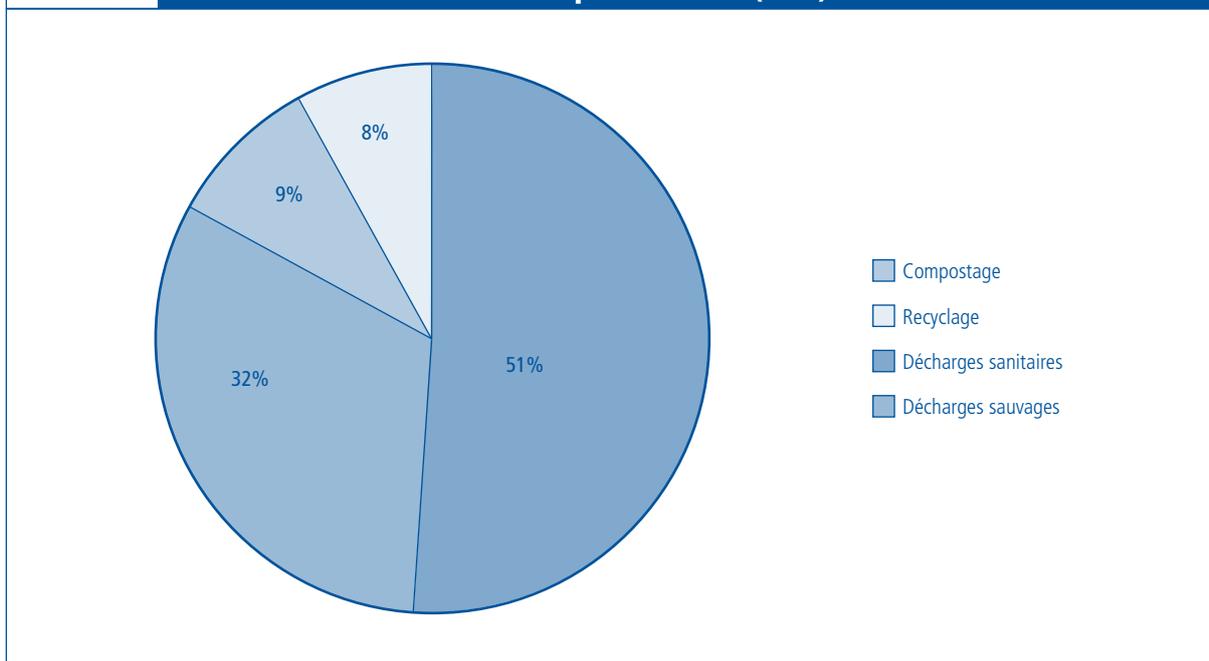
Principaux acteurs et parties prenantes

- Ministère de l'Environnement
- Ministère de l'Intérieur et des Municipalités
- Ministère de la Santé Publique
- Conseil du Développement et de la Reconstruction
- Bureau du ministre d'État pour la réforme administrative (OMSAR)

IV- Les déterminants de santé

Le Liban a signé plusieurs conventions relatives à l'élimination des déchets (dangereux et non dangereux)

FIGURE 29 Sort des Déchets Solides Municipaux au Liban (2010)



Source: SWEEP-Net, 2010.

Gestion des déchets solides municipaux

À Beyrouth et au Mont-Liban (à l'exclusion du caza de Jbeil), la GDS se base encore sur le Plan d'urgence de 1997. La collecte des déchets jetés dans les conteneurs à déchets ouverts placés au bord des rues et dans d'autres sites d'élimination spécifiques est assurée par Sukleen qui les transporte vers deux stations de tri situées à Amrousieh et à Karantina respectivement. En 2010 la capacité de collecte des déchets atteint environ 2 300 tonnes par jour alors que le taux de récupération des déchets a chuté jusqu'à 6 à 7%.

Gestion globale à l'extérieur de Beyrouth et du Mont-Liban

À l'extérieur de Beyrouth et du Mont-Liban (à l'exception du caza de Jbeil), les municipalités continuent d'assumer la responsabilité principale des opérations de GDS (balayage, collecte et élimination), en vertu de la loi municipale n° 118 (du 30 juin 1977). Le recyclage et le compostage à l'extérieur de Beyrouth et du Mont-Liban concernent 5 à 13% du flux de déchets respectivement.

Les déchets solides municipaux sont le plus souvent mélangés (pas de séparation à la source). La récupération des matériaux est par conséquent effectuée à la fin du processus de collecte des déchets.

Le Liban dispose de deux lieux d'enfouissement sanitaires (Naameh et Zahlé) et d'une décharge pour les matières inertes (Bsalim). Ces trois décharges reçoivent ensemble des déchets solides d'environ la moitié de la population libanaise.

Le déversement et le brûlage des déchets sont les pratiques prévalentes à l'extérieur de Beyrouth et dans la plus grande partie du Mont-Liban. Environ 410 000 tonnes de DSM sont déver-

IV- Les déterminants de santé

sées dans la nature tous les ans dont les déchets ménagers, les articles volumineux ainsi que les déchets biomédicaux, industriels et d'abattoirs. Le coût de la dégradation environnementale résultant du déversement et du brûlage des déchets est estimé à 10 millions de dollars par an.

Déchets industriels

En règle générale, les déchets industriels sont les déchets produits par les établissements industriels classés conformément au décret 5243/2001. Les 22 000 établissements industriels du Liban génèrent un flux de déchets solides très diversifié qui représente environ 6% du flux total de déchets solides du Liban. Une partie non négligeable du flux de déchets industriels n'est pas dangereuse (emballage, mousse de polystyrène, palettes en bois, résidus alimentaires, etc.). Cependant, la partie restante est potentiellement dangereuse selon la Convention de Bâle. La composition, des déchets industriels au Liban n'est pas suffisamment documentée et les efforts pour les gérer sont insignifiants et incomplets.

Déchets non dangereux

Déchets d'abattoirs Le Liban produit environ 40 000 tonnes de déchets d'abattoirs par an dont la plupart sont générés dans 10 abattoirs centralisés situés à Beyrouth : Karantina, Bourj Ham-moud, Tripoli, Baalbeck, Saida, Tyr, Jezzine et Nabatieh. Aucun des abattoirs existants n'assure le traitement adéquat des déchets (sang, viscères et os).

Déchets de l'huile d'olive

Il existe 492 moulins à olives au Liban. La production de l'huile d'olive génère deux types de déchets : les eaux usées des moulins à huile d'olive ou les margines (OMW) et les grignons (des résidus solides qu'on appelle aussi des tourteaux). Même si les margines sont jetées en général dans les cours d'eau et dans les égouts, affectant ainsi la qualité de l'eau pendant la saison de la récolte, il n'en demeure pas moins que les margines et les grignons sont considérés dans ce chapitre comme des déchets industriels non dangereux. La mauvaise gestion des margines a des effets néfastes sur l'environnement en raison de sa teneur élevée en matières organiques et en phénol qui affecte le sol et les ressources en eau.

Déchets dangereux

Les déchets dangereux sont des matériaux qui présentent un risque présent ou potentiel pour la santé de l'homme ou des êtres vivants. De tels matériaux sont considérés dangereux car ils présentent l'une ou plusieurs des propriétés suivantes : explosives, inflammables, réactives, oxydantes, irritantes, nuisibles, toxiques, cancérigènes, corrosives, infectieuses, tératogènes, mutagènes, et écotoxiques. Les déchets dangereux ne peuvent et ne doivent pas être éliminés avec le flux de déchets municipaux. Ils nécessitent des méthodes spéciales de manipulation, de gestion et de traitement.

Déchets biomédicaux

Les déchets biomédicaux (DBM) sont des déchets générés par les centres de santé tels que les hôpitaux, les laboratoires et les cliniques. Le décret 13389/2004 classe les déchets biomédicaux en quatre catégories :

- 1 les déchets non dangereux,
- 2 les déchets dangereux dont les infectieux et les non infectieux,
- 3 les déchets spéciaux dont les déchets pharmaceutiques, chimiques, cytotoxiques et pathologiques et
- 4 les déchets radioactifs.

Il est difficile d'estimer les quantités des DBM infectieux dangereux générés par toutes les sources dont les laboratoires et les cliniques. Le fait de se concentrer sur les hôpitaux uniquement permettrait d'obtenir des estimations significatives. En supposant que le taux d'occupation est de 60% et que le taux moyen de génération est de 1,0 à 1,5 kg par lit par jour, les 164 hôpitaux

IV- Les déterminants de santé

publics et privés du Liban (environ 15 342 lits d'hôpital) produiraient environ 9.2 à 13.8 tonnes de déchets biomédicaux à risque (environ 3 358 à 5 000 tonnes par an).

Au cours de la dernière décennie (2001-2010), le Liban a réalisé des progrès notables en améliorant son mode de gestion des déchets biomédicaux infectieux et dangereux.

Une ONG, Arc-en-Ciel, locale et une société privée ont commencé en 2003 la collecte et le traitement des déchets dangereux infectieux des hôpitaux et des cliniques. L'ONG a pu rapidement développer ses services et a réduit le taux par unité du traitement des déchets à 0,6\$/kg, grâce en partie aux donations. La société privée a fermé ses portes peu de temps après.

Actuellement, environ 2% des laboratoires médicaux privés, 33% des hôpitaux privés et 20% des hôpitaux publics traitent leurs DBM dans des unités internes ou externes (à l'intérieur et à l'extérieur des locaux de l'hôpital respectivement).

L'ONG locale gère aujourd'hui le réseau national pour le traitement des Déchets d'Activités de Soins à Risques Infectieux (DASRI) qu'elle a mis en place en collaboration avec le Ministère de l'environnement. Les DASRI sont définis selon le Code de Santé publique comme les déchets [...] qui présentent un risque infectieux [...] et qui en raison de leur nature, de leur quantité ou de leur métabolisme causent la maladie chez l'homme ou chez d'autres organismes vivants; [...] ils relèvent de l'une des catégories suivantes:

- matériels et matériaux piquants ou coupants,
- produits sanguins à usage thérapeutique incomplètement utilisés ou arrivés à péremption,
- déchets anatomiques humains, correspondant à des fragments humains non aisément identifiables.

Elle assure un service unique, complet et spécialisé par :

- la formation du personnel des établissements de soins
- la collecte et le traitement des DASRI sur tout le territoire libanais

En 2010, l'ONG traitait 55 à 60% du flux total des DASRI (environ 90% du flux de déchets à Beyrouth) et a collecté les déchets de 81 hôpitaux publics et privés.

Les déchets dangereux infectieux non traités peuvent avoir des effets sur l'eau, le sol, l'air et affectent significativement la santé publique. Le mercure est encore utilisé dans des dispositifs médicaux, tels que les thermomètres, quoique des efforts soient en cours pour promouvoir l'utilisation des dispositifs sans mercure.

IV- Les déterminants de santé

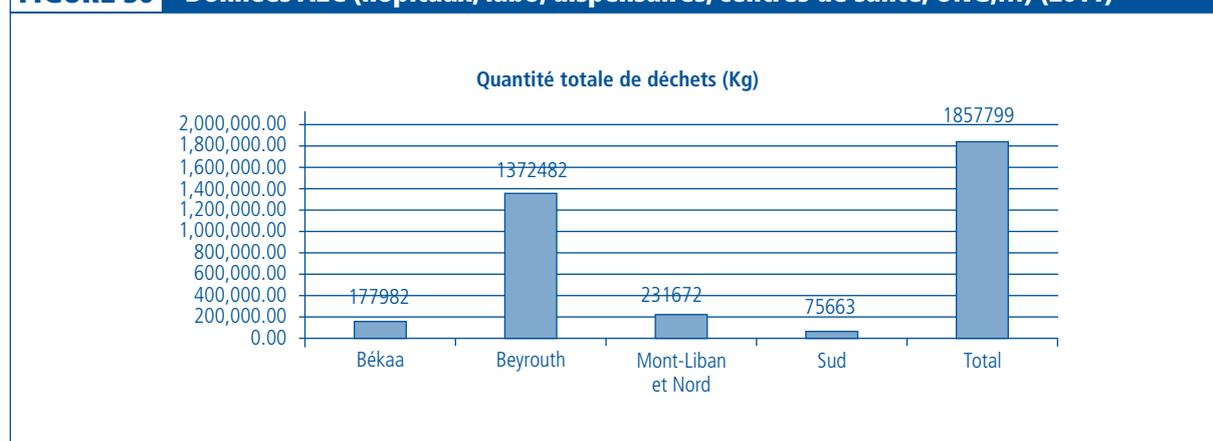
Tableau 115

Aperçu sur les principales unités de traitement de déchets biomédicaux au Liban (2010)

Location	Source de financement	Opérateur	Type de traitement	DBM Traités par jour (kg/j)	No. d'hôpitaux desservis*	No. De lits desservis (actuel)	Autres Notes
Clemenceau Medical Center à Beyrouth	Self	CMC & USM (Privé)	Microwave/Sur site	315	1/-	94	Opérationnelle
Hôpital Haykal à Koura (Liban Nord)	Self	Haykal hospital	Microwave & Autoclave/Sur site	82	1/-	160	Opérationnelle
Hôtel Dieu de France à Beyrouth	Self	Arcenciel	Autoclave/Sur site	385	1/3	343	Reçoit actuellement les DBM d'Hôtel Dieu de France
Zgharta (à coté de l'hôpital Saydet Zgharta)	AECID (Spanish)	Arcenciel	Autoclave/Hors site	783	22/-	1,889	Opérationnelle licence en attendant l'approbation de l'EIE
Jisr el-Wati (dans les locaux du centre AEC)	EU (LIFE)	Arcenciel	Autoclave/Hors site	3,235	37/48	3,371	Opérationnelle licence en attendant l'approbation de l'EIE
Zahlé (à coté de la décharge sanitaire de Zahlé)	Self	Arcenciel	Autoclave/Hors site	332	12/-	929	Opérationnelle licence en attendant l'approbation de l'EIE
Saida (adjacent à l'ancien WWTP à Saida)	AECID	Arcenciel	Autoclave/Hors site	1800	9/-	733	Opérationnelle licence en attendant l'approbation de l'EIE
Abbassieh DBM centre de traitement (Liban Sud)	UE-OMSAR	Mirage (Privé)	Autoclave/Hors site	450	3/-	325	Opérationnelle

Source: Ministère de l'Environnement, 2010.
Arc en Ciel, Programme Environnement, 2010.

FIGURE 30 Données AEC (hôpitaux, labo, dispensaires, centres de santé, ONG,...) (2011)



Source: Arc en Ciel, 2011.

Le risque infectieux résultant des DASRI au Liban semble bien géré. Néanmoins, certains établissements de santé éliminent encore leurs DASRI sans traitement préalable avec toutes les conséquences graves que cela peut avoir sur la santé publique. Malgré ceci, on constate que la prise de conscience est déjà bien amorcée.

V- Les principaux partenaires de santé

V- Les principaux partenaires de santé

Les partenaires de santé sont principalement des ONG locales et des organismes internationaux.

Le nombre d'ONG locales est difficile à avancer. On estime leur nombre à plus de 1 000. Ces ONG jouent un rôle important dans le secteur de la santé et sont souvent les instigateurs d'initiatives nouvelles et prometteuses. Certaines de ces ONG étendent leurs actions sur l'ensemble du territoire Libanais alors que d'autres se limitent à des régions précises. L'action de ces ONG bien qu'essentielle manque cependant de coordination. De même, il est très difficile de répertorier toutes les activités effectuées par les ONG par manque de communication et de médiatisation. Par conséquent, ce secteur gagnerait à collaborer davantage afin de favoriser d'une part un partage d'expérience et d'autre part le transfert des compétences.

Les organismes internationaux jouent aussi un rôle prépondérant au niveau de la santé. Leurs rôles consistent à offrir un support direct tant technique, administratif que financier aux instances locales dans le but d'améliorer la santé de la population libanaise et de renforcer le système de santé du pays. Ces organismes développent aussi de nouveaux programmes en fonction des thématiques prioritaires et contribuent largement aux campagnes de sensibilisation. L'action des organismes internationaux en santé se fait en coordination avec d'autres agences des Nations Unies tels la FAO, l'UNESCO, le PNUD ainsi qu'avec d'autres instances telles que la Banque Mondiale.

Références

Références

- Afif C, (s.d), Pollution atmosphérique au Liban: état des connaissances et impact sanitaire, Département de chimie, Faculté des sciences, Université Saint-Joseph de Beyrouth, Liban.
- Ammar, W. (2003). *Health System and Reform in Lebanon*. WHO and Ministry of Public Health in Lebanon.
- Ammar, W. (2009). *Health Beyond Politics*. WHO and Ministry of Public Health in Lebanon.
- Arc en Ciel, (2011), Programme Environnement.
- Asmar M., (2011) La collaboration interprofessionnelle: cas d'un service de pédiatrie d'un hôpital universitaire au Liban, Thèse de doctorat, Paris Dauphine, France.
- Association des compagnies d'Assurance au Liban, (2005).
- Banque Mondiale, (2004), Cost of Environmental Degradation, the case of Lebanon and Tunisia.
- Banque Mondiale, (2006), World Development Indicators.
- Banque Mondiale, (2009), World Bank, Water Sector: Public Expenditure Report, Draft 2009, p 27.
- CAS, (1999), National Household Health Expenditure and Utilization Survey.
- CAS, (2004), Living Conditions Survey.
- CAS, (2005), National Household Health Expenditure and Utilization Survey.
- CAS, (2007), Rapport Annuel.
- CAS, (2011), The labour market in Lebanon, Statistics in Focus, issue 01.
- CAS et Ligue des pays Arabes, (2006), Lebanon Family Health Survey (PAPFAM), 2004, Principal Report.
- CAS-UNICEF (2009). Multiple Indicator Cluster Survey.
- Comptes économiques-Présidence du Conseil des Ministres- République Libanaise- Octobre 2010.
- Croix Rouge Libanaise, (2010).
- Croix Rouge Libanaise, (2012).
- Donner Sang Compter, (2012), Newsletter (Janvier).
- Ducruet, J. (2009). Le service de la santé au Liban: Histoire, législation, institutions, état de santé de la population et prestations de soins, système et politique de la santé.
- Forces de la Sécurité Générale, (2005).
- Forces de Sécurité Intérieure, (2011).
- Harb, H. Kanaan, H. (2010), Vital Registry Data: Deaths and Births 2009 A Ministry of Public Health Portal.
- Hôpital Libanais-Geatawi, (2010), Service de traumatologie.
- Hôpital Psychiatrique de la Croix, (2008).
- Hôpital Saint Charles, (2008).
- Jeunesse Anti Drogue, (2008).
- Jeunesse Contre la Drogue, (2008).
- Karam EG, Mneimneh ZN, Dimassi H, Fayyad JA, Karam AN, et al. (2008) Lifetime prevalence of mental disorders in Lebanon: First onset, treatment, and exposure to war. *PLoS Med* 5(4): e61. doi: 10.
- Khneisser, I.; Adib, S.; Megarbané, A.; (2012), Genetic disorders in Lebanon: challenges and opportunities, chapitre 55, in *Genomics and health in the developing world*, Oxford University Press.
- Kronfol, N.M., (2006), Rebuilding of the Lebanese health care system: health sector reforms, *Eastern Mediterranean Health Journal*, Vol. 12, Nos 3/4.
- L'Orient-le-jour, Thomas Féat, (2012), L'alcool au volant, ce fléau que le Liban néglige.
- Laithy, H.; Abu-Ismaïl, K.; Hamdan, K.; (2008), Poverty, growth and income distribution in Lebanon, Country study, International Poverty centre, number 13.
- Ministère de l'Économie et du commerce, (2010), Rapport annuel.
- Ministère de l'Environnement/EU/NEAP, (2005), National Environmental Action Plan, unpublished, Air Quality Chapter, MOE.
- Ministère de l'Environnement, (2010).
- Ministère de l'Environnement/GEF/UNDP, (2010), données non publiées.
- Ministère de l'Environnement/GEF/UNDP, (2010), unpublished data, GHG inventory (1994-2006) provided by MOE/GEF/UNDP to ECODIT.
- Ministère de l'Environnement/UNDP/ECODIT, (2011), State and trends of the Lebanese Environment, 2010.
- Ministère de la Défense Nationale, (2005).
- Ministère de la Défense Nationale, (2010).
- Ministère de la Santé Publique, (2005), National Health Accounts.
- Ministère de la Santé Publique, (2007), Registre du cancer.
- Ministère de la Santé Publique, (2008).
- Ministère de la Santé Publique, (2009), Bulletin de statistiques.
- Ministère de la Santé Publique, (2009), Hospital-based causes of death reporting system, (Rapport non publié)
- Ministère de la Santé Publique, (2009), Maternal Morbidity and Case Fatality Rate Study (Unpublished).
- Ministère de la Santé Publique, (2010).
- Ministère de la Santé Publique, (2010), Rapport Makassed.
- Ministère de la Santé Publique, (2010), Bulletin de statistiques.
- Ministère de la Santé Publique, (2011).
- Ministère de la Santé Publique, (2011), Programme national de lutte contre le SIDA.
- Ministère de la Santé Publique-OMS (Rapport conjoint), (2009), Étude de la couverture de la rougeole au Liban.
- Ministère de la Santé Publique-YMCA, (2010), Programmes des médicaments chroniques.

Références

- Ministère de l'Éducation et de l'Enseignement Supérieur, (2008), Guide des universités au Liban.
- Ministère de l'Intérieure-FSI, (2008), Rapport des accidents de la route.
- Ministère des Affaires Sociales, (2007), The National Survey of Household Living Conditions.
- Ministère des Affaires Sociales, (2009), Programme accès et droits.
- Ministère des Affaires Sociales-UNFPA, (2010), Rapport national des services offerts aux personnes âgées au Liban.
- Ministère des Finances, (2010).
- Nations Unies, (2008), Rapport des Objectifs du Millénaire.
- Nations Unies, (2009), *World Popularity Prospects: The 2008 Revision Population Database*.
- Nations Unies, (2010), International Decade for Life, Water for Life, 2005-2015, UN 2010.
- Nations-Unies-Ligue des pays Arabes, (2010), The third Arab report on the Millennium Development goals 2010 and the impact of the global economic crisis.
- Nuwayhid I, Sibai A, Adib S, Shaar K. Morbidity, mortality, and risk factors. In: Beirut: A Health Profile 1984-1994. Deeb M, (ed.) American University of Beirut Publications, 1997.
- OMS, (2005), World Health Statistics.
- OMS, (2009), Global Tuberculosis Control: Epidemiology, Strategy, Financing: WHO report 2009. WHO/HTM/TB/2009.411. World Health Organization, Geneva.
- OMS, (2009), Rapport des objectifs du Millénaire, Arabie Saoudite.
- OMS, (2009), Rapport National de Tuberculose.
- OMS, (2010), Rapport sur la Santé du monde.
- OMS, (2010), Lebanon Health Profile.
- OMS, (2010), Rapport des Objectifs du Millénaire pour le Liban.
- OMS, (2011), http://www.who.int/topics/air_pollution/en/.
- OMS-EMRO, (2010), Objectifs du Millénaire dans la région Arabe.
- OMS-EMRO, (2011), Health system Profile-Lebanon.
- OMS/MEESP/MSP, (2011), Lebanon Global School-based student Health Survey.
- OMS-MSP, (2009), Reproductive Age Mortality Survey (RAMOS).
- Ordre des Dentistes de Beyrouth, (2008).
- Ordre des Dentistes du Nord, (2008).
- Ordre des Infirmières au Liban, (2011).
- Ordres des Médecins de Beyrouth, (2009).
- Ordre des Médecins du Nord, (2009).
- Ordre des Pharmaciens du Liban, (2009).
- Ordre des Pharmaciens du Liban, (2011).
- Ordre des Physiothérapeutes du Liban, (2010).
- Oum el Nour, Rapport, (2008).
- PNUD, (2010), Les Objectifs du Millénaire pour le Liban.
- République Libanaise, Présidence du Conseil des Ministres, Octobre 2010, Comptes économiques.
- Sibai, A., et Hwalla, N., (2009), WHO STEPS chronic disease risk factor surveillance, data book for Lebanon.
- Sibai, A., Tohme, R., Mahfoud, Z., Chaaya, M., (2009) Non-communicable Diseases and Behavioral Risk Factor Survey, Comparison of estimates based on cell phone interviews with face to face interviews.
- SIDC, (2008).
- Skoun, (2008).
- SWEEP-NET, (2010), Country Report on Solid Waste Management, SWEEP-Net, GTZ and ANGED.
- Syndicat des Biologistes, (2009).
- Syndicat des Biologistes, (2011).
- Syndicat des hôpitaux privés, (2011).
- Syndicat des importateurs de médicaments et droguistes, (2009).
- Syndicat des Opticiens, (2009).
- Syndicat des Orthoprothésistes, (2009).
- Syndicat des techniciens de laboratoire, (2009).
- Syndicat des techniciens de radiologie, (2009).
- UNESCO, (2011), Rapport national de la politique des jeunes au Liban 2011-2016.
- UNICEF, (2009) SOWC Statistical database.
- UNICEF-CAS, (2009), *المسح العنقوي*
- YASA, (2010), Données des Forces de Sécurité d'Intérieur.
- YMCA, (2010), Rapport annuel Programme médicaments chroniques.

SITES INTERNET

- <http://www.higher-edu.gov.lb>
- <http://www.oum-el-nour.org/factsstat10.php?i=3010>
- <http://www.un.org/waterforlifedecade/background.html>
- www.customs.gov.lb/customs/trade_statistics/early/search.asp
- www.emro.who.int/lebanon
- www.hopital-libanais.com
- www.kunhadi.com
- www.moph.gov.lb
- www.nootdt.org
- www.unhcr.org
- www.unrwa.org
- www.worldbank.org
- www.yasa.org

I- Introduction

الجمهورية اللبنانية



وزارة الصحة العامة

الوزير

Ref:279/07/SA/MK

رقم المحفوظات: ٢٠٣
رقم الصادر: ٧/١/١٨٩١٢
بيروت في: ١٤ كانون الأول ٢٠٠٧

لمن يهمله الأمر
وضع الدليل الوطني للإحصاءات الصحية

في إطار وضع دليل وطني للإحصاءات الصحية في لبنان، ليكون مستند يعتمد في رسم الخطط الصحية الوطنية،

وفي إطار التعاون بين وزارة الصحة العامة وجامعة القديس يوسف
-Institut de gestion de la santé et de la protection sociale-

نتمنى على كافة المؤسسات الصحية والتي تعنى بالأمور الصحية في القطاع الرسمي أو الخاص،
التعاون مع معهد الإدارة الصحية في جامعة القديس يوسف في جمع المعلومات والمعطيات
الصحية الخاصة بمؤسستكم الكريمة.

شاكرين لكم تعاونكم.

وزير الصحة العامة

د. محمد جواد خليفة



يبلغ:

المديرية العامة للصحة
مديرية الوقاية الصحية
أصحاب العلاقة
المحفوظات