



Rapport de situation sur la mise en œuvre du plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins et du plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020

Introduction

1. Le présent rapport de situation fait le point sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins et du plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020, tous deux adoptés par le Comité régional de la Méditerranée orientale en sa soixante-deuxième session en octobre 2015 dans la résolution EM/RC62/R.1.

Plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins

2. Le plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins 2016-2020 envisage une Région dans laquelle toutes les personnes peuvent vivre sans redouter les maladies à prévention vaccinale. Cette vision reflète un engagement commun pris par les États Membres, les partenaires et les parties prenantes de fournir un effort collectif sur le long terme visant à atteindre les objectifs du plan d'action.

3. Conformément à la résolution EM/RC62/R.1, un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins 2016-2020 doit être présenté au Comité régional tous les deux ans à partir de 2017. Le présent rapport est le deuxième de cette série de rapports.

Situation actuelle dans la Région de la Méditerranée orientale

Objectif 1 : Couverture vaccinale systématique

4. En 2018, 64 % (14/22) des pays de la Région ont maintenu la cible du plan d'action de la Méditerranée orientale sur les vaccins 2016-2020 en matière de couverture vaccinale par le vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3), à savoir l'administration d'une troisième dose du vaccin à au moins 90 % des enfants âgés de moins d'un an au niveau national.

5. La couverture régionale moyenne pour le DTC3 a été portée à 82 % en 2018 et 14 pays de la Région ont atteint et maintenu la cible de 90 % (entre 94 et 99 %) en matière de couverture vaccinale systématique par le DTC3. Cependant, huit pays avaient une couverture par le DTC3 inférieure à 80 % au niveau national (entre 42 et 79 %). La République arabe syrienne et la Somalie ont continué à enregistrer une couverture du DTC3 inférieure à 50 % d'après les estimations de l'OMS/UNICEF.

6. Près de 2,9 millions de nourrissons n'ont pas reçu leur troisième dose du vaccin DTC en 2018. La grande majorité de ces enfants se trouvaient dans des pays affectés par des situations d'urgence aiguës ou prolongées.

7. Malgré les difficultés importantes qu'affrontent plusieurs pays, des efforts continus sont déployés pour que les vaccins salvateurs atteignent chaque enfant, en particulier dans les pays qui connaissent des situations d'urgence sanitaire. La couverture de la vaccination systématique regagne du terrain au nord de la République arabe syrienne grâce à la revitalisation de 98 établissements de santé dans les zones accessibles par Gaziantep (Turquie). Les activités de proximité se poursuivent au Yémen, tout comme les efforts visant à consolider ces activités en Afghanistan et au Pakistan. Les pays voisins de la République arabe syrienne ont continué à administrer tous les antigènes vaccinaux aux réfugiés syriens.

Objectif 2 : Élimination et lutte contre les maladies

Élimination de la rougeole

8. Les pays de la Région se trouvent à différentes étapes sur la voie de l'élimination de la rougeole et ils ont mis en œuvre la stratégie régionale pour l'élimination de cette maladie avec plus ou moins de réussite. D'après les estimations de l'OMS/UNICEF pour la couverture vaccinale nationale des 22 pays de la Région en 2018, la couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole était supérieure ou égale à 95 % dans 11 pays (41 %), entre 90 et 94 % dans deux pays (18 %) et inférieure à 90 % (entre 46 et 85 %) dans neuf pays.

9. Cinq pays ont déclaré que l'incidence de la rougeole était inférieure à un cas par million d'habitants en 2018 et sont susceptibles de parvenir à éliminer cette maladie prochainement. De plus, en mai 2019, la Commission régionale de vérification de l'élimination de la rougeole et de la rubéole dans la Région de la Méditerranée orientale a déclaré que la rougeole et la rubéole avaient été éliminées à Bahreïn et à Oman et que la République islamique d'Iran avait éliminé la rubéole et qu'elle était sur le point d'éliminer la rougeole. Toutefois, 12 pays continuent à subir des flambées du fait d'une couverture vaccinale systématique relativement faible.

10. Les pays qui connaissent des flambées de rougeole ont déployé d'importants efforts pour mettre en œuvre des activités de vaccination supplémentaires contre cette maladie. Pendant la période 2017-2018, plus de 75 millions de personnes ont été vaccinées au moyen du vaccin à valence rougeole dans le cadre d'activités de vaccination supplémentaires.

11. Les défis principaux auxquels sont confrontés les pays sont le manque de visibilité par rapport à l'objectif d'élimination de la rougeole, les faibles capacités de gestion, les crises et l'existence de priorités de santé publique concurrentes.

Élimination du tétanos maternel et néonatal

12. En 2018, l'élimination du tétanos maternel et néonatal à Djibouti a été validée par l'OMS. À l'heure actuelle, cinq des 22 pays de la Région (Afghanistan, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) n'ont pas atteint cet objectif. Au Pakistan, l'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée dans la province du Punjab en 2016 et le reste des provinces du pays redoublent d'efforts à cette fin. Les contraintes budgétaires et l'incapacité à mobiliser/allouer les fonds nécessaires pour la mise en place des activités de vaccination supplémentaires nécessaires dans les districts à haut risque sont les causes principales de l'échec de la réalisation de cet objectif longtemps reporté dans les autres pays.

Lutte contre l'hépatite B

13. En octobre 2009, le Comité régional de la Méditerranée orientale a adopté la résolution EM/RC56/R.5 sur l'adoption d'un objectif régional de réduction de la prévalence de l'infection chronique par le virus de l'hépatite B à moins de 1 % des enfants âgés de moins de cinq ans à l'horizon 2015. Une stratégie régionale a été mise au point pour atteindre l'objectif de lutte contre l'hépatite B et les pays de la Région ont reçu un appui pour élaborer et mettre en œuvre des stratégies nationales dans ce même but. Le nombre de pays ayant mis en place une vaccination à la naissance contre l'hépatite B est passé de 13 en 2009 à 18 en 2018. Trois pays (l'Afghanistan, l'Égypte et le Pakistan) ont introduit la vaccination à la naissance de façon partielle. La raison principale à son introduction retardée dans les pays soutenus par Gavi, l'Alliance du vaccin, est financière car la vaccination à la naissance n'est pas prise en charge par Gavi.

14. L'OMS a soutenu les pays aux fins de la conduite d'enquêtes sérologiques visant à documenter la réalisation de l'objectif régional. Les informations disponibles, grâce aux enquêtes sérologiques et au suivi de l'exécution du programme, indiquent que cet objectif pourrait déjà avoir été atteint dans de nombreux pays. Cependant, cela reste à vérifier. L'OMS a mis au point des lignes directrices régionales à l'intention des pays sur la vérification concernant la lutte contre l'hépatite B et une commission régionale de vérification ayant reçu une notification de la part du Directeur régional entrera en action en 2019.

Objectif 3 : Introduction de nouveaux vaccins pour répondre aux priorités régionales et nationales

15. Les pays de la Région ont accompli des progrès remarquables dans l'introduction de nouveaux vaccins salvateurs au cours des dernières années. Le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b a été introduit dans les programmes de vaccination de tous les pays, tandis que le vaccin antipneumococcique conjugué et le vaccin antirotavirus ont été adoptés respectivement dans 17 et 14 pays. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit dans tous les pays et le vaccin contre le virus du papillome humain dans deux pays (Émirats arabes unis et Libye).

16. Le soutien de l'Alliance Gavi aux pays éligibles et l'engagement des gouvernements de cofinancer certains de ses aspects ont joué un rôle déterminant dans l'introduction de nouveaux vaccins dans ces pays. L'engagement exceptionnel pris par les gouvernements des pays à revenu intermédiaire de financer intégralement l'introduction de nouveaux vaccins est louable. Néanmoins, les pays à revenu intermédiaire, en particulier ceux de la tranche inférieure de cette catégorie, ont toujours des difficultés à introduire de nouveaux vaccins en raison de leur coût élevé, conjugué à l'insuffisance des ressources nationales allouées.

Défis à relever pour atteindre les objectifs de vaccination

17. Les obstacles à la réalisation des objectifs de vaccination dans la Région incluent les points suivants :

- l'insécurité, les situations d'urgence humanitaire et les priorités de santé publique concurrentes ;
- les faibles capacités de gestion et la rotation rapide du personnel national ;
- l'attention insuffisante portée aux objectifs de vaccination et la faible priorité accordée à la vaccination systématique, compte tenu des besoins plus pressants dans plusieurs pays ;
- l'incertitude quant à la population cible de certains pays, découlant de systèmes d'enregistrement d'état civil obsolètes, de données de recensement incomplètes ou trop anciennes et de mouvements de population incessants, que ce soit à l'intérieur des frontières ou depuis/vers l'extérieur ; et
- des fonds insuffisants, aussi bien de sources intérieures qu'extérieures, ne permettant pas une application optimale des programmes de vaccination dans de nombreux pays à faible revenu ou en situation d'urgence.

18. Pour surmonter ces défis, des stratégies de vaccination alternatives, adaptées à la situation locale, sont conçues pour atteindre les enfants dans les zones difficiles d'accès où la sécurité n'est pas assurée. Les actions comprennent notamment, les activités de sensibilisation renforcées au Pakistan ; la mise en œuvre de campagnes de vaccination multi-antigènes en République arabe syrienne et la reprise de la vaccination systématique dans le nord du pays ; le renforcement des activités de sensibilisation au Yémen ainsi que la mise en œuvre de l'intensification périodique de la vaccination systématique en Afghanistan et au Soudan ; l'amélioration du système d'achat ainsi le fait d'assurer l'approvisionnement et la disponibilité régulières de vaccins en Iraq et ; l'amélioration de la microplanification de district dans tous les pays. Les autres activités comprennent le renforcement des capacités des ressources humaines, en particulier la formation des gestionnaires de niveau intermédiaire, et l'amélioration du suivi et de la supervision. Des travaux sont en cours pour améliorer la qualité des données sur la vaccination et valider les chiffres relatifs à la couverture en améliorant les dénominateurs et en menant des enquêtes sur la couverture.

19. Une plus grande attention et un plaidoyer à haut niveau sont nécessaires pour donner davantage de visibilité aux objectifs de vaccination et pour allouer les ressources nécessaires à la mise en œuvre d'activités connexes.

Plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020

20. Le plan d'action régional de la Méditerranée orientale sur le paludisme 2016-2020 a été adopté par le Comité régional de l'OMS pour la Méditerranée orientale en sa soixante-deuxième session tenue en octobre 2015 dans la résolution EM/RC62/R.1. Le plan d'action régional a été mis au point en consultation avec les États Membres aux fins de la mise œuvre de la stratégie technique mondiale et des cibles de lutte contre le paludisme 2016-2030.

21. Les objectifs du plan d'action régional sur le paludisme 2016-2020 incluent : la réduction de l'incidence du paludisme et de la mortalité liée à cette maladie d'au moins 40 % et 75 % respectivement ; la préparation de 50 % des districts d'endémie à la pré-élimination (incidence inférieure à 1 cas pour 1000) ; l'interruption de la transmission du paludisme dans 25 % des districts d'endémie ayant une incidence inférieure à 1 cas pour 1000 ; l'élimination du paludisme à *falciparum* dans deux pays (Arabie saoudite et République islamique d'Iran) ; et la prévention de la réapparition du paludisme dans les pays/régions où il a été éliminé.

22. Conformément à la résolution EM/RC62/R.1, un rapport sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre du plan d'action régional de la Méditerranée orientale sur le paludisme 2016-2020 doit être présenté au Comité régional tous les deux ans à partir de 2017. Le présent rapport est le deuxième de cette série de rapports.

Situation actuelle

23. La progression sur la voie d'une réduction de la charge du paludisme ralentit, comme indiqué dans le *Rapport mondial sur le paludisme 2018*. On prévoit qu'en l'absence d'un accroissement des investissements, il ne sera pas possible d'atteindre les jalons mondiaux et régionaux fixés pour 2020, 2025 et 2030.

24. Plus de 85 millions de personnes vivant dans la Région de la Méditerranée orientale habitent dans des régions à haut risque de transmission du paludisme. Le nombre de cas de paludisme estimé dans la Région a progressé, passant de 3,9 millions en 2015 à 4,4 (3,6-5,5) millions en 2017, dernière année pour laquelle des données ont été finalisées. Le nombre estimatif de décès s'élevait à 8300 en 2017 contre 8600 en 2015. L'incidence des cas de paludisme confirmés est restée au niveau de 2015, soit 14,8 cas pour 1000 personnes exposées au risque. Alors que 70 % des cas confirmés déclarés dans la Région sont atteints de paludisme à *falciparum*, la proportion de paludisme à *Plasmodium vivax* a augmenté au cours des dernières années dans les pays de la région de la Corne de l'Afrique (Djibouti et Somalie), atteignant environ 30 % des cas contre 10 % les années précédentes. Six pays (l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) cumulent plus de 99 % des cas confirmés dans la Région, la majorité des cas survenant au Soudan (51 %), au Pakistan (25 %) et en Afghanistan (11 %). Le nombre de cas de paludisme a atteint un niveau alarmant à Djibouti ces dernières années, en particulier en 2018 et en 2019, en raison des mouvements de populations provenant des pays voisins, de la présence invasive du moustique *Anopheles stephensi* et d'un programme de lutte inefficace.

25. L'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran visent l'élimination du paludisme. Les cas locaux enregistrés en République islamique d'Iran ont reculé à 18 en 2018 et aucune transmission de paludisme à *falciparum* n'a été constatée. En Arabie saoudite, le nombre de cas locaux est demeuré inférieur à 100 entre 2010 et 2015, mais il a augmenté ces dernières années pour atteindre 194 en 2018, principalement en raison de l'accroissement des mouvements de population et de la difficulté à accéder aux zones frontalières du Yémen.

26. Quatorze pays de la Région ont complètement éliminé la transmission locale du paludisme et en sont désormais au stade de la prévention de sa réémergence. L'Égypte et Oman ont rapporté zéro cas autochtone pendant plus de trois ans et ont exprimé leur volonté d'intégrer le processus de certification de l'état exempt de paludisme.

27. Le premier pilier du plan d'action régional sur le paludisme vise à garantir l'accès universel à la prévention, au diagnostic et au traitement de la maladie. L'installation de moustiquaires traitées à l'insecticide sur les lits et la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticide à effet rémanent constituent les deux principales armes de la lutte antivectorielle. La couverture effective des moustiquaires à imprégnation durable est passée de 41 millions de personnes protégées en 2015 à plus de 52 millions en 2017, mais n'a pas encore atteint la cible fixée pour 2020 qui est l'usage de telles moustiquaires par au moins 80 % des membres des foyers dans les zones ciblées. La protection par la pulvérisation d'insecticide à effet rémanent à l'intérieur des habitations dans la Région a progressé par rapport à 2015, mais certains pays connaissent d'importantes difficultés à financer le coût des opérations et le passage aux nouvelles générations d'insecticides, ce qui est essentiel compte tenu du haut niveau de résistance aux insecticides enregistré dans certains pays. L'OMS a élaboré un plan d'action régional (2019-2023) pour la mise en œuvre de son *Action mondiale pour lutter contre les vecteurs 2017-2030* visant à renforcer la lutte antivectorielle au moyen du renforcement des capacités, d'une surveillance améliorée, d'une coordination accrue et d'une action intégrée à travers les secteurs et d'une maladie à l'autre.

28. La promptitude du diagnostic et du traitement est vitale pour éviter qu'un cas modéré de paludisme n'évolue en maladie sévère entraînant le décès. La proportion des cas de paludisme notifiés confirmés par un examen microscopique ou par un test diagnostique rapide a progressé, passant à plus de 37 % en 2017 contre 18 % en 2015. Or elle reste loin de la cible visant la confirmation de 90 % des cas suspectés de paludisme notifiés. Tous les pays endémiques disposent d'une politique nationale de traitement à jour et fournissent gratuitement des antipaludiques dans les établissements de santé publique. Toutefois, en 2017-2018, des ruptures de stocks de médicaments et de tests diagnostiques rapides ont été rapportées à Djibouti, au Soudan et au Yémen.

29. La transformation de la surveillance en une intervention clé est l'un des principaux piliers du plan d'action régional. Le récent manuel de l'OMS intitulé *Lutte contre le paludisme : surveillance, suivi et évaluation : manuel de référence* a été traduit en arabe et en farsi car il constitue une ressource précieuse pour les pays d'endémie palustre. L'OMS soutient également les pays d'endémie palustre qui mettent ou œuvre ou prévoient la mise en œuvre du système d'information sanitaire de district, version 2 (DHIS2) dans l'adoption du module intégré standard de l'OMS sur le paludisme. Les données générées par la surveillance aideront les pays à identifier le contexte qui leur est propre et à surmonter les obstacles à l'intensification de la combinaison appropriée d'interventions aux fins d'un impact maximal.

30. Les pays reçoivent également un appui pour le suivi actif de la résistance des moustiques aux insecticides utilisés dans les outils principaux de la lutte antivectorielle, notamment la résistance des parasites aux antipaludiques et les délétions des gènes codant pour les protéines riches en histidine 2/3 des parasites *P. falciparum* (pfrhp-2/3).

Principaux enjeux

31. Les avancées des pays de la Région dans la lutte antipaludique et l'élimination de la maladie sont menacées. Les troubles et l'instabilité politique de la Région ont conduit au déplacement de populations et ont interrompu la fourniture de services de santé, ce qui a eu pour conséquence un recul de la lutte antipaludique et l'émergence d'autres maladies à transmission vectorielle comme la dengue et le chikungunya, d'où une pression accrue exercée sur des ressources humaines et financières déjà insuffisantes.

32. L'absence ou le recul de l'allocation de fonds nationaux pour la lutte antipaludique dans certains pays, notamment la Somalie, le Soudan et le Yémen, et une dépendance vis-à-vis des fonds extérieurs, conjuguée à la réduction des capacités des ressources humaines de l'OMS chargées de fournir un appui technique au combien nécessaire aux pays prioritaires qui disposent de systèmes de santé fragiles et/ou qui connaissent des situations d'urgence humanitaire, sont les principaux obstacles à la réduction de la charge du paludisme dans la Région. En outre, les changements environnementaux, le réchauffement planétaire, l'urbanisation anarchique et les vecteurs invasifs posent des difficultés nouvelles aux pays de la Région dans la lutte contre le paludisme et les autres maladies à transmission vectorielle.

Opportunités et voie à suivre

33. Afin de répondre à cette situation et compte tenu de la nouvelle baisse escomptée des fonds disponibles, la collaboration entre les partenaires doit être renforcée en soutien aux pays endémiques pour un usage optimal des ressources. Il est urgent de plaider au plus haut niveau en faveur d'une augmentation de l'investissement et de la mobilisation de ressources, en particulier auprès des donateurs régionaux. De nouveaux investissements, ainsi que le renforcement des capacités de l'OMS à fournir l'appui adéquat sont nécessaires pour développer les capacités du personnel soignant local aux fins d'une lutte intégrée contre les maladies à transmission vectorielle. Des efforts supplémentaires sont nécessaires pour soutenir les pays qui connaissent des situations d'urgence humanitaire et pour harmoniser l'appui technique visant à garantir un soutien aux capacités du programme pour la poursuite des interventions avec la contribution de toutes les parties prenantes. Il sera essentiel de promouvoir une participation communautaire forte et d'établir des partenariats entre les secteurs public et privé dans le cadre d'une approche multisectorielle pour garantir une voie pérenne vers la réduction de la charge du paludisme et l'élimination de la maladie.