

Maladies transmissibles

Éradication de la poliomyélite

La République arabe syrienne et la Somalie ont connu des flambées de poliomyélite et celles-ci ont porté un sérieux coup aux progrès réalisés par le programme mondial d'éradication de la poliomyélite, constituant une menace pour tous les pays. En effet, la flambée en Somalie, qui a résulté de l'importation de poliovirus en provenance du Nigéria, a également touché des pays voisins comme le Kenya et l'Ouganda. En réponse à cette situation, le Comité régional a adopté une résolution consacrée à l'intensification des efforts d'éradication de la poliomyélite dans la Région, déclarant que cette propagation du poliovirus sauvage constituait une situation d'urgence pour l'ensemble des États Membres de la Région et réaffirmant l'importance de mettre fin à la transmission endémique continue du poliovirus en Afghanistan et au Pakistan.

Conformément à la résolution, des plans stratégiques complets ont été élaborés en coordination avec les gouvernements nationaux et les partenaires afin de maîtriser les flambées. Des ripostes aux flambées impliquant plusieurs pays ont été examinées et des plans de riposte en phase II sont en cours d'élaboration, en fonction de l'épidémiologie en constante évolution et des enseignements tirés.

En Somalie et en République arabe syrienne, plusieurs stratégies ont été mises en place afin d'accroître le niveau d'immunité de la population immédiate et de maîtriser les flambées épidémiques, notamment par l'administration

du vaccin bivalent, de doses supplémentaires administrées à intervalles courts, par l'installation de postes permanents de vaccination aux zones de transit frontalier, par la présence d'équipes de vaccination discrètes, et enfin par le prépositionnement des vaccins et l'augmentation du nombre de personnes devant être vaccinées. Le partenariat de travail solide entre l'ensemble des partenaires a été important pour faire face aux problèmes émergents et aux évolutions épidémiologiques. La coordination entre les bureaux régionaux de l'OMS pour l'Afrique et la Méditerranée orientale a également eu un impact positif sur la maîtrise de la flambée. Des campagnes de vaccination préventive ont été menées dans les pays particulièrement exposés au risque de flambées, à savoir l'Égypte, la Jordanie, l'Iraq, le Liban, la Palestine et le Yémen, une attention particulière étant accordée aux réfugiés, aux migrants et aux personnes déplacées dans leur propre pays.

En ce qui concerne les deux pays où la circulation du poliovirus continue, d'importants progrès ont été accomplis en Afghanistan où la transmission est bien maîtrisée dans la partie endémique du



Photo : © OMS

↑ Le Directeur régional s'est rendu au Pakistan suite à la réunion du Groupe consultatif islamique pour l'éradication de la poliomyélite



Photo : ©OMS

↑ Le Liban figurait parmi les pays qui ont mené des campagnes de vaccination contre la poliomyélite supplémentaires en 2013-2014, suite à la flambée en République arabe syrienne

sud du pays. Un seul cas été signalé dans la zone endémique de la région sud. D'autres cas ont été signalés dans la région de l'est, et le séquençage génétique a démontré un lien étroit avec les poliovirus du Pakistan. Le principal obstacle demeure l'incapacité à maintenir une forte couverture par le vaccin antipoliomyélitique oral dans les provinces de l'est, en particulier la province de Kunar. Au Pakistan, la situation s'est détériorée, en grande partie à cause du conflit, des constantes interdictions de vacciner lancées par des militants antivaccination, de l'insécurité et du fait que les agents de vaccination sur le terrain continuent d'être victimes d'assassinats. La poliomyélite est toujours d'actualité, principalement dans les Zones tribales sous administration fédérale ainsi que dans la province voisine du Khyber Pakhtunkhwa ; en effet, sur les 93 cas notifiés par le Pakistan en 2013, 66 provenaient des Zones tribales sous administration fédérale. L'opération militaire qui s'est déroulée en 2014 dans l'agence du Nord-Waziristan de la région des zones tribales sous administration fédérale a entraîné d'importantes migrations de population vers les districts voisins de l'Afghanistan et du

Pakistan. Le programme surveille en continu ces déplacements de population aux points de transit, dans les camps et dans les communautés d'accueil.

L'OMS a fourni un appui supplémentaire en termes de ressources humaines à l'Afghanistan, au Pakistan, à la Somalie, à la République arabe syrienne et aux pays voisins. Tous les laboratoires nationaux de la poliomyélite ont été accrédités et l'appui fourni aux services de réadaptation pour les enfants atteints de la maladie s'est poursuivi au Pakistan. Le Directeur régional a effectué des missions de plaidoyer dans les zones infectées et un Groupe consultatif islamique de haut niveau a été mis en place. La coordination transfrontalière et la collaboration interrégionale ont été renforcées, plusieurs réunions de consultation d'urgence ont été organisées afin d'harmoniser l'assistance fournie par les différents partenaires, et un appui financier direct supplémentaire a été apporté.

VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

En 2013, le nombre total de personnes vivant avec le VIH dans la Région était estimé à 280 000, dont 17 000 enfants. Le nombre de nouvelles infections à VIH étant estimé à 42 000 en 2013, la progression de l'épidémie dépasse de loin les améliorations en termes d'accès aux services de prévention, de diagnostic, de traitement et de soins du VIH. La couverture du traitement antirétroviral demeure la plus faible au monde, elle n'atteint en effet que près de 20 % des personnes qui en ont besoin. Cette situation est due à une accumulation de lacunes et d'insuffisances dans les stratégies et programmes actuels de lutte contre le VIH. La plus grande lacune réside dans la capacité à créer une demande en services de dépistage du VIH et à satisfaire cette demande, qui représente le principal point d'accès au

traitement. Afin de combler ces lacunes, il est nécessaire de renforcer l'engagement politique, les approches de prestation de services et le système de santé, tout en s'attaquant de toute urgence à la stigmatisation et à la discrimination persistantes, y compris dans les établissements de soins.

En 2013, l'OMS a lancé l'Initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière de traitement contre le VIH visant à atteindre d'ici 2020 une couverture universelle du traitement antirétroviral de 80 %. L'objectif immédiat de cette initiative est de mobiliser une action urgente en vue d'accélérer l'accès au traitement. À cet effet, l'OMS a élaboré un manuel ainsi que des outils destinés à aider les pays à analyser les écarts et les opportunités perdues tout au long du continuum de services de prévention, de dépistage, de soins et de traitement afin d'identifier les mesures susceptibles d'accélérer l'accès au traitement. Il s'agit de l'analyse en cascade « dépister, traiter, retenir » qui jusqu'à présent a été effectuée par cinq pays. L'OMS et l'ONUSIDA ont élaboré un document de plaidoyer conjoint qui met en évidence les raisons principales du faible taux de couverture du traitement dans la Région et recommande la mise en œuvre de stratégies et mesures clés requises pour intensifier le diagnostic et le traitement.

L'OMS a également élaboré des directives consolidées pour le traitement antirétroviral et en conséquence, 15 pays ont mis à jour, ou s'emploient actuellement à mettre à jour leurs directives en matière de traitement du VIH. Des modules de formation ont été élaborés sur les connaissances de bases du VIH et sur la réduction de la stigmatisation ; ces modules sont destinés aux agents de santé et ont été testés dans deux pays. L'OMS a continué d'aider les pays et les organisations de la société civile à collecter et



↑ En 2013, l'OMS a lancé une initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière d'accès au traitement contre le VIH

analyser les informations stratégiques, à élaborer des plans stratégiques nationaux et à mettre en œuvre des activités de prévention du VIH qui soient efficaces et fondées sur des bases factuelles dans les populations clés qui présentent un risque accru de contracter le VIH.

Au cours de l'année 2012⁴, 430 000 cas de toutes les formes de tuberculose ont été notifiés dans la Région. Le dépistage de toutes les formes de tuberculose et de la tuberculose multirésistante (TB-MR) continue de poser un défi majeur dans la Région et dans le monde, tout comme la lenteur que l'on constate en ce

⁴ L'OMS a reçu les données sur le dépistage des cas de tuberculose une année plus tard. Par conséquent, les données relatives au dépistage des cas concernent l'année 2012 tandis que les données sur l'issue du traitement concernent l'année 2013.

Tableau 1
Cas de paludisme déclarés dans les pays fortement touchés

Pays	2011		2012		2013	
	Total des cas déclarés	Cas confirmés	Total des cas déclarés	Cas confirmés	Total des cas déclarés	Cas confirmés
Afghanistan	482 748	77 549	391 365	54 840	319 742	46 114
Djibouti ^a	232	ND	25	25	1 687	939
Pakistan	4 065 802	334 589	4 285 449	290 781	3 472 727	281 755
Somalie	41 167	3 351	59 709	18 842	ND	ND
Soudan ^a	1 246 833	506 806	1 001 571	526 931	989 946	592 383
Soudan du Sud	795 784	112 024	1 125 039	225 371	ND	ND
Yémen	142 147	90 410	165 678	109 908	149 451	102 778

ND : Données non disponibles

^a Seuls les cas confirmés par la microscopie sont déclarés

qui concerne la baisse de l'incidence. Le taux de dépistage régional de toutes les formes de la maladie était de 63 % en 2012 (62 % en 2011). Douze pays ont atteint ou dépassé le taux de dépistage cible de 70 %. Le taux de succès thérapeutique pour les nouveaux cas est demeuré à 88 % pour la cinquième année consécutive et treize pays ont atteint ou dépassé l'objectif mondial de 85 %. Le soutien de l'OMS aux pays visait essentiellement à garantir la qualité des soins antituberculeux par le biais d'un appui technique, de la surveillance de la mise en œuvre du programme national, de missions d'examen approfondi et du renforcement des capacités.

Concernant la tuberculose multirésistante, la situation suscite une grande inquiétude. En effet, sur les 18 000 cas estimés, seuls environ 2300 cas ont été détectés en 2012, dont 1602 personnes ont bénéficié d'un traitement. Le taux de succès thérapeutique pour la tuberculose multirésistante est d'environ 56 %. La lutte contre la tuberculose multirésistante ne peut pas être intensifiée de manière adéquate car il faut dans un premier temps renforcer les systèmes de santé et allouer des ressources financières pour s'attaquer

spécifiquement à ce problème dont l'importance est croissante. L'OMS a collaboré avec dix pays dans le but d'élaborer des plans pour la mise en place de soins ambulatoires sur la base de l'instrument de planification pour la tuberculose multirésistante.

Huit pays de la Région ont signalé une transmission locale du paludisme en 2013. En 2012, le nombre total de cas de paludisme confirmés par un examen parasitologique a dépassé 1,3 million, ce qui ne représente que 10 % des cas estimés dans la Région. Le nombre de décès notifiés attribués au paludisme s'élevait à 2307, dont 84 % au Soudan et au Soudan du Sud (Tableau 1)⁵. La nécessité de renforcer les systèmes de diagnostic et de surveillance demeure un défi majeur dans les pays où la charge de la morbidité est élevée, en particulier au Pakistan, en Somalie et au Soudan. On note quelques améliorations en Afghanistan et au Yémen, en particulier concernant l'élargissement du système d'informations sur le paludisme. Une flambée

⁵ Depuis mai 2013, le Soudan du Sud est un État Membre de la Région OMS de l'Afrique.

épidémique de paludisme survenue à Djibouti a fait apparaître la nécessité urgente de développer les capacités du programme de lutte contre la maladie et de renforcer la préparation aux épidémies, notamment en matière de disponibilité des diagnostics, des médicaments antipaludiques, des produits de lutte antivectorielle ainsi que de personnels formés.

Deux pays, l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran, ont mis sur pied avec succès une stratégie d'élimination du paludisme, en dépit des défis auxquels ils sont confrontés dans les zones frontalières avec le Yémen et le Pakistan respectivement. Les déplacements de population à partir de pays d'endémie palustre vers des pays exempts de la maladie sont en augmentation, ce qui entraîne davantage de cas de paludisme importé et augmente le risque de réintroduction de la transmission locale de la maladie ou la survenue de flambées à petite échelle, tels que les cas locaux signalés à Oman et en Tunisie (Tableau 2). Avec le soutien de l'OMS, six pays ont conduit des examens conjoints approfondis de leur programme de lutte contre le paludisme, impliquant des parties prenantes et des partenaires clés.

L'accès au traitement antipaludique, aux insecticides et aux moustiquaires imprégnées d'insecticide à action durable s'améliore dans l'ensemble des pays endémiques. Près de onze millions de moustiquaires imprégnées d'insecticide de ce type ont été distribuées en 2011 et 2012 dans les pays où le paludisme est endémique. En Afghanistan, la couverture opérationnelle dans les districts ciblés à haute transmission devrait dépasser 70 %, et au Pakistan, la couverture opérationnelle dans les zones ciblées était de 41 % à la fin 2013. La confirmation des cas de paludisme, par microscopie ou par test de diagnostic rapide,

demeure un défi majeur ; cependant, on observe à des progrès encourageants en Afghanistan et au Yémen.

Le projet conjoint OMS, Fonds pour l'environnement mondial (FEM) et Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) sur les alternatives durables au DDT pour la lutte antivectorielle a débuté avec succès en République islamique d'Iran, au Maroc, au Soudan et au Yémen. Les capacités nationales en matière de gestion vectorielle intégrée ont été renforcées dans plusieurs pays.

On a assisté à des succès remarquables dans le domaine des maladies tropicales négligées. En effet, le nombre de cas de dracunculose au Soudan du Sud a baissé de 78 % en 2013 (121 cas) par rapport à 2012. Trois cas ont cependant été identifiés au Soudan (État du Sud-Darfour) après près de dix années sans notification de cas. Les enquêtes préliminaires semblent indiquer la réintroduction du parasite en provenance du Soudan du Sud. En ce qui concerne la filariose lymphatique, la vérification de l'élimination de la transmission s'est achevée au Yémen et dans 80 % des zones précédemment touchées de l'Égypte. L'espoir d'obtenir des succès similaires au Soudan demeure. Le plus grand programme de lutte contre la schistosomiase actuellement en cours dans le monde est entré dans sa troisième année au Yémen, avec un nombre record d'interventions en 2013 ; en effet, près de 40 millions de comprimés de praziquantel ont été distribués à environ 13 millions de personnes. Une évaluation de l'impact menée dans certains districts sentinelles a montré que les niveaux d'infection ont baissé de plus de la moitié depuis le début du projet. On espère que le programme continuera de fonctionner et d'atteindre ses objectifs, et également de servir d'étude de cas aux autres

Tableau 2
Cas confirmés par l'analyse parasitologique dans les pays où la transmission est inexistante ou sporadique et les pays d'endémicité palustre faible à modérée

Pays	2011		2012		2013	
	Nombre total des cas déclarés	Autochtones	Nombre total des cas déclarés	Autochtones	Nombre total des cas déclarés	Autochtones
Arabie saoudite	2 788	69	3 406	82	2 513	34
Bahreïn	186	0	233	0	ND	ND
Égypte	116	0	206	0	262	0
Émirats arabes unis	5 242	0	5 165	0	4 380	0
Iraq	11	0	8	0	8	ND
Iran, République islamique d'	3 239	1710	1 629	787	1 373	519
Jordanie	58	0	117	0	56	0
Koweït	476	0	358	0	291	0
Liban	83	ND	115	0	133	0
Libye	ND	ND	88	0	ND	ND
Maroc	312	0	364	0	314	0
Oman	1 531	13	2 051	22	ND	ND
Palestine	ND	ND	0	0	ND	ND
Qatar	673	0	708	0	728	0
République arabe syrienne	48	0	42	0	22	0
Tunisie	67	0	70	0	68	0

ND : Données non disponibles

programmes de la Région, comme au Soudan et dans d'autres pays.

Au cours du dernier trimestre 2013, les données sur la leishmaniose dans la Région couvrant les quinze dernières années, ainsi que des cartes et graphiques interactifs, ont été mis à disposition à l'Observatoire régional de la santé de l'OMS. Plusieurs pays ont élaboré des directives nationales pour la lutte contre la leishmaniose et la prise en charge des cas. Afin d'évaluer

l'impact des directives techniques de l'OMS sur la leishmaniose, un projet d'évaluation de l'impact a débuté au Maroc.

Vaccinations et vaccins

En 2013, les principaux défis des programmes de vaccination ont été l'instabilité politique et l'insécurité, qui ont eu des conséquences sur la mise en œuvre d'activités mobiles et de proximité en Afghanistan, au Pakistan et au Yémen, et

qui ont gravement compromis la vaccination systématique en République arabe syrienne. La nécessité de renforcer les capacités gestionnaires et l'engagement pour la vaccination systématique ainsi que les priorités concurrentes constituent des obstacles dans certains pays. Il faut également assurer la disponibilité des ressources financières pour la mise en œuvre d'activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole et le tétanos, l'introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu intermédiaire et le cofinancement dans les pays éligibles au soutien de l'Alliance GAVI ainsi que le déploiement d'activités visant à améliorer la couverture vaccinale dans les pays où celle-ci est faible.

En dépit de ces obstacles, la réalisation des objectifs régionaux de vaccination systématique a été maintenue pour la grande majorité des indicateurs en 2013. Quatorze pays de la Région ont atteint la cible de 90 % de la couverture vaccinale systématique par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux ; et le Yémen est en passe d'atteindre cet objectif.

Onze pays ont atteint un taux de couverture d'au moins 95 % pour la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1) au niveau national et dans la plupart des districts ; et 21 pays ont administré la deuxième dose (MCV2) avec différents niveaux de couverture. Afin de renforcer l'immunité de la population, des campagnes nationales de vaccination contre la rougeole ciblant plusieurs tranches d'âge ont été menées en Iraq, en Jordanie, au Liban, au Maroc, au Pakistan, en République arabe syrienne et au Soudan, et des journées de la santé de l'enfant ont été organisées en Somalie. Pour ce qui est de la surveillance de la rougeole, tous les pays ont mis en place une surveillance en

laboratoire basée sur les cas. Malgré les défis actuels dans la Région, six pays ont signalé une très faible incidence de la rougeole (moins de 5 cas pour un million d'habitants), dont trois pays qui ont indiqué une incidence zéro et qui seront soumis prochainement à une vérification de l'élimination de la maladie. La crise en République arabe syrienne a entraîné des flambées de rougeole en Iraq, au Liban et en République arabe syrienne, ainsi qu'en Jordanie, pays exempt de rougeole depuis trois ans. En réponse à cette situation, des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole ont eu lieu, avec un appui soutenu de l'OMS et en collaboration avec plusieurs partenaires. Conformément au renforcement des efforts en vue d'atteindre la cible de l'élimination de la rougeole, la troisième Semaine régionale de la vaccination s'est concentrée sur l'élimination de la vaccination sur le thème : « Éliminons la rougeole maintenant ».

L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été documentée en Iraq. Cinq pays n'ont pas encore atteint l'élimination de la maladie (Afghanistan, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) et Djibouti n'a pas encore fourni ses données à cet égard.

En ce qui concerne l'introduction de nouveaux vaccins, d'importants progrès ont été réalisés. Le vaccin anti-Hib est désormais utilisé dans vingt pays, le vaccin antipneumococcique dans quatorze pays, et le vaccin antirotavirus dans huit pays. Ces chiffres dépassent la cible fixée pour 2013. Le vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b (Hib) a été introduit en Somalie, le vaccin antipneumococcique en Afghanistan et au Soudan, le vaccin antirotavirus en Arabie saoudite. La Libye a introduit le vaccin antipneumococcique, le vaccin antirotavirus, le vaccin contre le papillomavirus humain, le vaccin contre le méningocoque ; et le Soudan a

mis en oeuvre avec succès la deuxième phase de la campagne de vaccination par le vaccin antiméningococcique (atteignant une couverture de plus de 95 %).

Afin de préserver les acquis eu égard aux résultats attendus au niveau régional, l'OMS a fourni un appui non négligeable aux pays. Des examens complets des programmes de vaccination, des réseaux de surveillance des nouveaux vaccins, et une évaluation de la gestion efficace des vaccins ont été réalisés dans plusieurs pays. Un appui important a également été fourni aux pays dans le cadre des préparatifs en vue de l'introduction de nouveaux vaccins. Les capacités ont été renforcées dans les pays en matière de qualité des données, de surveillance des maladies évitables par la vaccination, du suivi et de l'évaluation ainsi que de la surveillance en laboratoire de la rougeole, de la méningite bactérienne, de la pneumonie bactérienne et du rotavirus. L'OMS a continué de coordonner le système externe de contrôle de la qualité des laboratoires et l'accréditation des laboratoires pour la rougeole.

La mise en oeuvre de la réglementation et de la production des vaccins rencontre un certain nombre de difficultés liées au manque de ressources humaines dotées des compétences appropriées, et à l'insuffisance des ressources financières. Les capacités de réglementation ont été renforcées dans cinq pays producteurs de vaccins, en particulier dans le domaine de la pharmacovigilance vaccinale, de la communication en matière de sécurité vaccinale et de l'octroi de licence pour les vaccins. En ce qui concerne la surveillance post-commercialisation, quatre pays - République islamique d'Iran, Maroc, Soudan et Tunisie - contribuent actuellement à l'Initiative mondiale pour la sécurité des vaccins, lancée en 2012.

Sécurité sanitaire et réglementation

L'incidence des maladies infectieuses émergentes et réémergentes représente une menace permanente pour la sécurité sanitaire régionale. L'OMS a fourni un appui non négligeable pour maîtriser les flambées épidémiques d'hépatite E au Soudan du Sud, d'hépatite A en Jordanie et dans le nord de



Photo : ©WHO/C. Banluta

(a)



Photo : ©WHO

(b)



Photo : ©OMS

(c)

↑ L'OMS a fourni un appui à plusieurs pays pour maîtriser les flambées épidémiques, notamment celles de fièvre jaune au Soudan (a), de dengue au Pakistan (b) et d'hépatite A en Iraq (c)

l'Iraq, de dengue au Pakistan, de méningite méningococcique au Soudan du Sud, de fièvre jaune au Soudan et de fièvre hémorragique Crimée-Congo en Afghanistan et au Pakistan. De plus, le syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), nouveau virus respiratoire qui a émergé en 2012, a continué de se propager à plusieurs pays. Six pays de la Région ont désormais signalé des cas de MERS-CoV confirmés en laboratoire.

En 2013, l'OMS a fourni un appui stratégique et technique pour l'évaluation des risques, l'investigation sur le terrain et la détection des flambées généralisées dans plusieurs pays, permettant ainsi de limiter leur propagation et de réduire l'impact sanitaire. Des missions sur le terrain ont été conduites en Arabie saoudite, au Qatar et en Tunisie pour endiguer les flambées épidémiques provoquées par le MERS-CoV. Des flambées épidémiques d'hépatite A ont été efficacement maîtrisées en Jordanie et dans le nord de l'Iraq par les autorités sanitaires nationales suite à la mise en œuvre de mesures de santé publique recommandées par l'OMS à la suite d'investigations conjointes sur le terrain. Des mesures de préparation aux épidémies

ont été renforcées dans tous les pays touchés par la crise syrienne grâce à la mise en place de systèmes de surveillance d'alerte précoce pour les flambées de maladies en Iraq, en Jordanie, au Liban et en République arabe syrienne ; ainsi que le renforcement des moyens diagnostiques de laboratoire en vue de la détection des épidémies.

Compte tenu de la menace persistante que représente le MERS-CoV, le système de surveillance sentinelle des infections respiratoires aiguës sévères s'est élargi dans plusieurs pays afin de maintenir les capacités à détecter, diagnostiquer et riposter aux flambées causées par tout nouveau virus grippal ou respiratoire. La vigilance de santé publique concernant le MERS-CoV a été maintenue durant toute l'année par une surveillance renforcée et l'amélioration d'autres mesures régionales de préparation de santé publique. Des réunions techniques, des consultations et des sessions de formation ont été organisées. De plus, des orientations stratégiques et des conseils ont été élaborés collectivement avec d'autres autorités nationales de santé en vue d'améliorer le niveau de préparation régional face à cette nouvelle infection.



Photo : ©OMS

↑ Plusieurs consultations techniques sur le nouveau coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen Orient (MERS-CoV) ont eu lieu au Bureau régional

En raison du manque de données représentatives, la compréhension de la charge et de l'ampleur des schémas de résistance des pathogènes à différents micro-organismes demeure très limitée dans la Région. Afin de donner suite à la résolution EM/RC60/R.1 du Comité régional, une série d'orientations stratégiques ont été élaborées dans le cadre d'un processus consultatif afin que l'ensemble de mesures en six points de l'OMS sur la résistance aux antimicrobiens puisse se traduire par un cadre d'action sur l'endiguement de la résistance antimicrobienne. Un cadre stratégique a été élaboré pour le dépistage précoce et le diagnostic des maladies zoonotiques ainsi que la

lutte contre celles-ci. Des progrès ont également été accomplis en ce qui concerne l'élaboration d'un cadre stratégique pour la lutte contre le choléra et autres maladies diarrhéiques épidémiques ; et d'un cadre stratégique pour la lutte contre les infections respiratoires aiguës potentiellement épidémiques et leur prévention.

En juin 2012, la République islamique d'Iran était le seul pays prêt à mettre en œuvre le Règlement sanitaire international (2005) ; tous les autres États Membres avaient obtenu une prorogation de deux ans pour la mise en œuvre du Règlement d'ici juin 2014, à l'exception de la Somalie qui n'avait pas rempli les exigences pour bénéficier d'une telle prorogation. Malgré les progrès réalisés pour satisfaire aux obligations du Règlement (estimé

à 70 % dans toute la Région à la fin 2013), en particulier les capacités relatives à la surveillance, l'action, les services de laboratoire et les événements d'origine zoonotique, il reste encore beaucoup de défis à relever. Ceci est particulièrement vrai en ce qui concerne les capacités en matière de gestion des événements chimiques, radiologiques et nucléaires ainsi que les points d'entrée et la préparation. Cela s'explique par le manque de lois de santé publique et autres instruments juridiques et administratifs de soutien ; la faible coordination entre les différents partenaires au niveau national et avec les pays voisins ; la forte rotation des personnels qualifiés ; l'insuffisance des capacités financières pour couvrir les activités prévues ; et l'instabilité géopolitique dans certains États Parties au Règlement. La Figure 2 montre

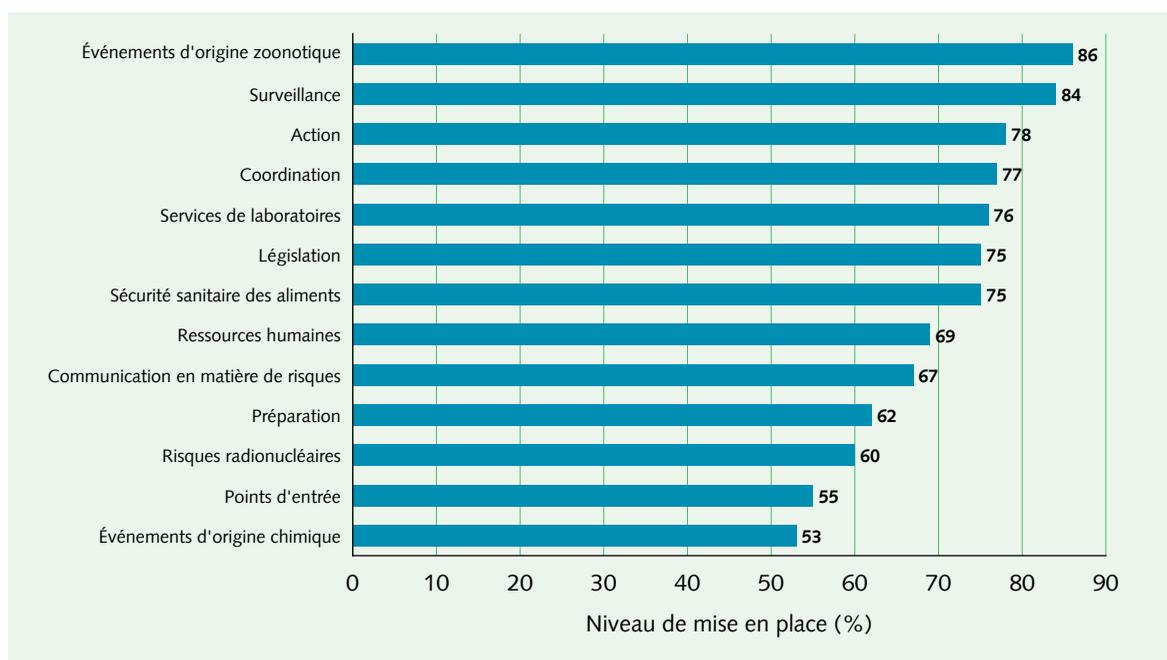


Fig. 2

Règlement sanitaire international (2005) : niveau de mise en place des capacités principales dans la Région de la Méditerranée orientale, 2013

Source : Résumé du Rapport des États Parties 2013 sur la mise en place des capacités principales du RSI. Genève : Organisation mondiale de la Santé ; 2014.

le niveau de mise en place des capacités dans la Région à la fin 2013.

L'émergence du MERS-CoV a davantage mis en évidence l'importance du Règlement et le fait que les menaces épidémiques et pandémiques sont en augmentation. L'OMS a collaboré étroitement avec les États Parties afin de sensibiliser au Règlement et aux engagements y relatifs, et a facilité le partage d'informations entre les pays et avec d'autres régions de l'OMS. La collaboration a été renforcée avec les organisations internationales, les institutions des Nations Unies, les organisations non gouvernementales, les centres collaborateurs de l'OMS et les réseaux d'excellence afin d'aider les

pays à intensifier la mise en œuvre du Règlement. L'appui aux autorités nationales dans leur riposte aux flambées, notamment la flambée de MERS-CoV, a été géré dans le cadre du Règlement.

L'OMS a continué de fournir un soutien technique aux États Parties pour faire le point sur la mise en œuvre du Règlement et pour élaborer des plans nationaux visant à s'attaquer aux lacunes en ce qui concerne les capacités requises. Il est prévu qu'un nombre important d'États Parties de la Région demande une nouvelle prolongation pour la mise en œuvre des dispositions du Règlement d'ici à juin 2016.