

Maladies transmissibles

Sécurité sanitaire et règlement sanitaire international

L'incidence des maladies infectieuses émergentes et réémergentes continue d'augmenter : la moitié des pays de la Région ont signalé une incidence élevée de ces maladies en 2015. L'OMS a dû faire face à une augmentation du nombre de flambées épidémiques, telles que la grippe A(H1N1)pdm09 en Jordanie, au Koweït et en Libye ; la grippe aviaire A(H5N1) en Égypte ; le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) en Arabie saoudite et en Jordanie ; le choléra en Iraq et en Somalie ; l'hépatite A en République arabe syrienne ; la dengue au Yémen ; et une fièvre hémorragique virale inconnue au Soudan. Un soutien opérationnel et technique stratégique, a été fourni aux pays pour le dépistage, l'évaluation des risques et les interventions rapides dans les cas de maladies infectieuses émergentes et pour prévenir la propagation internationale de ces infections.

En réponse à la résolution (EM/RC/61/R.2) du Comité régional, des évaluations rapides ont été conduites par les équipes de l'OMS et des experts fin 2014 et début 2015 dans 20 pays sur 22 afin d'évaluer leur capacité à réagir à une importation potentielle du virus Ebola. Les lacunes majeures identifiées étaient liées au leadership et à la coordination, aux capacités au niveau des points d'entrée, à la surveillance et aux interventions, à la lutte contre les infections, aux capacités des laboratoires et à la communication sur les risques (Fig.3). Suite à cette évaluation, des mesures de préparation et de capacité opérationnelle, un plan d'action de 90 jours ont été élaborés et mis en



Photo : ©OMS

↑ Presque tous les pays ont organisé une formation destinée aux agents de santé sur les soins appropriés et la gestion des patients en cas de flambée de maladie à virus Ebola ou de fièvres hémorragiques similaires hautement pathogènes

œuvre au cours du quatrième trimestre 2015 afin d'aider les pays à combler les principales lacunes identifiées par l'OMS dans les domaines de la surveillance et de lutte contre les maladies, du dépistage et des mesures efficaces de confinement. Ce travail a contribué à accélérer les progrès concernant la mise en œuvre des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (2005).

D'importantes actions de santé publique ont été menées pour endiguer l'épidémie de choléra en Iraq. Les systèmes de surveillance ont été améliorés, les personnels de soins de santé ont été formés rapidement à la prise en charge des cas, la réponse opérationnelle a été renforcée et des vaccins anticholériques oraux ont été distribués pour vacciner plus de 300 000 personnes vulnérables et prévenir le débordement de l'épidémie vers les zones difficiles d'accès.

Le travail s'est poursuivi afin de mettre sur pied un réseau régional d'institutions compétentes dans le cadre du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) pour

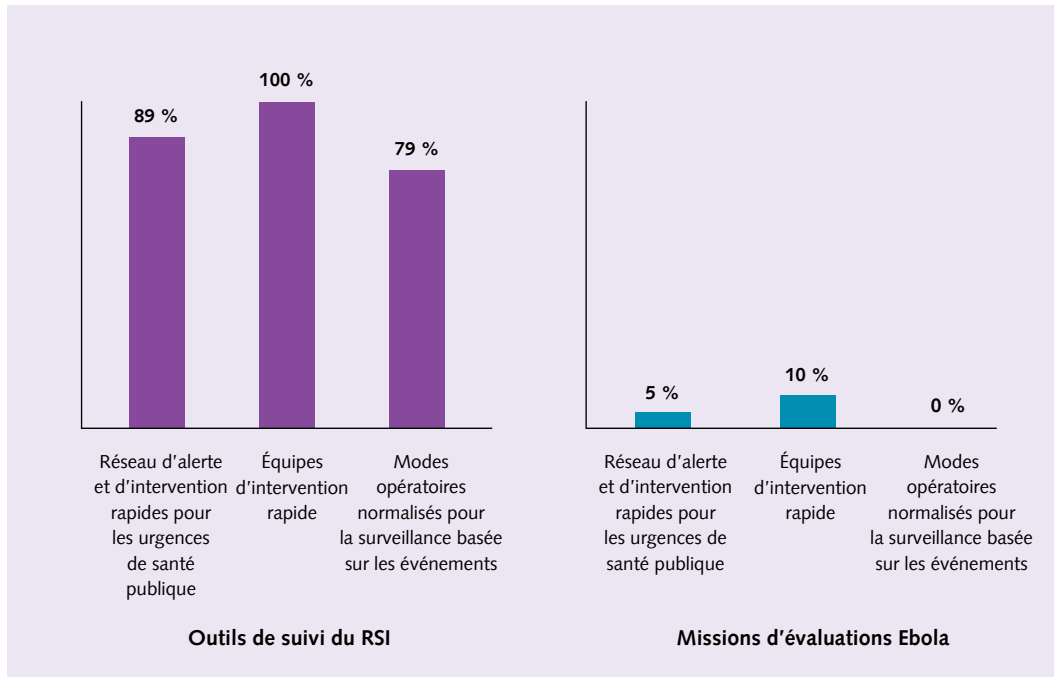


Fig. 3
 Comparaison des résultats de l'évaluation de suivi du RSI et des résultats de l'évaluation pour Ebola en 2014, pour les principales capacités de surveillance

riposter aux épidémies et autres menaces pour la sécurité sanitaire. Les principes directeurs et les règles d'engagement de ce réseau seront finalisés et le réseau sera activé en 2016. Le réseau d'alerte et d'intervention rapides (EWARN) a été étendu aux pays en situation de crise tels que l'Iraq, la Libye, la République arabe syrienne et le Yémen.

La Région a fait une priorité de la préparation et de l'organisation de la riposte en cas de grippe pandémique. En 2015, les actions se sont attachées à améliorer le système d'alerte rapide, à mettre en place des équipes d'intervention rapide efficaces, à améliorer la qualité des diagnostics de laboratoire et des activités de communication sur les risques, à augmenter la disponibilité et le taux de recours au vaccin saisonnier contre la grippe, ainsi qu'à élaborer et mettre en place des plans d'action pour le renforcement des

capacités nationales en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte. Sept pays (l'Afghanistan, Djibouti, l'Égypte, la Jordanie, le Liban, le Maroc et le Yémen) ont reçu des fonds du partenariat pour le cadre de préparation en cas de grippe pandémique en vue d'améliorer leurs capacités de préparation et de réponse à la grippe pandémique.

Compte tenu de la vitesse à laquelle la menace de MERS-CoV se répand, les efforts déployés se sont poursuivis pour aider les pays à améliorer les mesures de préparation de santé publique, notamment la prévention et la lutte contre les infections en milieu de soins. Le Bureau régional a organisé la quatrième réunion scientifique internationale sur le MERS-CoV en mai 2015. Ces réunions ont permis à la communauté scientifique de mettre le doigt sur les lacunes

en matière de connaissances sur les modes et les risques de transmission à l'homme, et de déterminer la recherche nécessaire en santé publique essentielle pour combler ces lacunes.

Des progrès significatifs ont été accomplis en 2015 dans la lutte contre la résistance aux antimicrobiens. Le comité d'orientation régional s'est réuni pour la première fois et a défini un cadre opérationnel pour la mise en œuvre du plan d'action mondial sur la résistance aux antimicrobiens, en collaboration avec l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé animale, et sur la base de l'approche « Un monde, une santé ».

L'OMS continuera à apporter un soutien stratégique aux pays à haut risque dans les domaines de la surveillance, du dépistage précoce et de l'organisation de la riposte contre les épidémies de maladies infectieuses émergentes. Des plans et des stratégies régionaux et complets de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte seront élaborés pour gérer ces flambées épidémiques et d'autres menaces de santé publique, et l'accent sera mis sur la prévention, quand cela est possible, ainsi que sur le dépistage précoce et l'organisation de la riposte. Des efforts concertés seront également menés pour renforcer les capacités nationales en matière de surveillance des maladies et d'organisation de la riposte, en accord avec le Règlement sanitaire international (2005), et notamment de communication sur les risques comme partie intégrante des interventions d'urgence en santé publique.

Les capacités principales des laboratoires requises au titre du Règlement sanitaire international (2005) n'ont pas été atteintes à ce

jour dans près de la moitié des pays du fait de financements insuffisants et d'un manque d'accès, d'une mauvaise qualité des tests, de l'équipement et des fournitures, et des compétences insuffisantes des personnels. L'OMS a continué de fournir un soutien complet pour le renforcement des systèmes et des services de laboratoires de santé nationaux, avec une attention particulière accordée aux exigences de capacités principales requises. L'OMS, en consultation avec les parties prenantes nationales et internationales, a mis au pont un projet de stratégie régionale pour les laboratoires de santé pour 2016-2020. Cette stratégie orientera les efforts des pays en vue du renforcement pérenne des systèmes de laboratoires de santé nationaux.

Un travail a été entamé pour créer un réseau de laboratoires visant à renforcer leur surveillance, ainsi que le dépistage des agents pathogènes émergents dangereux et l'organisation de la riposte. Afin d'obtenir l'information de base nécessaire à la création d'un tel réseau, la situation épidémiologique des fièvres hémorragiques virales et des agents pathogènes émergents dangereux a été analysée, et les capacités et les pratiques actuelles des laboratoires les plus en pointe ont été recensées et analysées. La prochaine étape sera de mettre à niveau les établissements ainsi que les pratiques de biosécurité/sécurité biologique des laboratoires cibles, le renforcement des capacités et le mentorat, l'inscription à des programmes d'évaluation externes régionales de qualité et à des programmes de jumelage.

Une stratégie régionale pour les services de transfusions sanguines a été élaborée par le biais d'un processus consultatif, en collaboration avec des experts et des instituts de la Région et d'autres régions. Un accord de projet de collaboration est en cours de préparation entre l'OMS et la

Fédération internationale des organisations de donneurs de sang pour augmenter le nombre de dons de sang volontaires et améliorer les services de soins aux donneurs dans la Région.

La collaboration technique nord-sud et sud-sud entre les partenaires régionaux et internationaux existants a été renforcée et élargie pour inclure le milieu universitaire au niveau mondial et régional, et soutenir les pays dans l'application du RSI. La collaboration transfrontalière a été renforcée grâce à l'élaboration de plans bilatéraux et multilatéraux pour remédier aux déficits de capacités du RSI au niveau de certains postes frontaliers terrestres identifiés, caractéristique qui est aggravée par les conflits, la porosité des frontières et les déplacements de masse à l'intérieur comme vers l'extérieur des frontières de nombreux États Parties.

Le respect des exigences liées à la notification et à l'établissement de rapports, notamment en réponse aux demandes de vérification de l'OMS concernant les événements de santé publique pouvant revêtir une portée internationale, a continué d'être améliorée parmi les points focaux nationaux du RSI. Pour autant, des améliorations supplémentaires sont nécessaires par le biais d'une collaboration intersectorielle opérationnelle visant à assurer la notification efficace et rapide des événements de santé publique en dehors du champ du secteur de la santé.

L'OMS a continué de procéder à un suivi des progrès liés à l'application du RSI et d'en rendre compte au Comité régional, au Conseil exécutif et à l'Assemblée mondiale de la Santé via les questionnaires d'auto-évaluation remis par les États Parties. Les résultats 2015 ont indiqué un niveau de mise en application de 60 % pour différentes capacités du RSI. Cependant, la

fiabilité et la validité des progrès dans l'application du RSI sur la base d'auto-évaluations et de rapports remis par les pays eux-mêmes ont été remises en question à tous les niveaux de l'Organisation, ainsi que par les parties prenantes externes. À cet égard, le Comité régional a adopté une résolution (EM/RC62/R.3) prévoyant la mise en place d'une commission d'évaluation régionale, composée d'experts régionaux et internationaux, pour évaluer l'application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région et conseiller les États Membres sur des actions prioritaires afin de mettre en place et de maintenir les principales capacités. La Commission a été créée et a tenu sa première réunion en décembre 2015, au cours de laquelle son mandat et ses modalités de travail ont été discutés. La quatrième réunion des parties prenantes du RSI a également été organisée en décembre et a présenté le travail de la Commission aux États Parties, ainsi que la nouvelle approche pour accélérer l'application du Règlement.

Un cadre de suivi et d'évaluation du RSI a été élaboré par l'OMS, et une consultation mondiale a été organisée au Caire, en janvier 2016, pour harmoniser les processus et les instruments d'évaluation avec des initiatives similaires, telles que le programme d'action mondial en matière de sécurité sanitaire, et en collaboration avec l'Organisation des Nations unies pour l'alimentation et l'agriculture et l'Organisation mondiale de la santé animale, conformément à la résolution EM/RC62/R.3. Par conséquent, un processus d'évaluations externes conjointes harmonisées et d'outils pour l'application des capacités du RSI ont été élaborés pour compléter le rapport annuel des États Parties. Le processus et les outils d'évaluations externes conjointes sont en phase de finalisation, avec la participation de l'ensemble des parties prenantes concernées. Une fois finalisées, les évaluations externes conjointes

seront conduites sur une base volontaire au niveau de chaque État Partie, en vue d'identifier précisément les lacunes, ainsi que d'élaborer et de mettre en œuvre des plans d'action des pays avec des priorités claires, dans le but d'assurer la sécurité sanitaire pour tous.

Éradication de la poliomyélite

En 2015, des progrès considérables ont été accomplis au plan mondial sur la voie de l'éradication de la poliomyélite (Fig.4). Pour la première fois dans l'histoire de l'initiative mondiale, le continent africain dans son ensemble n'a rapporté aucun cas de poliomyélite en plus d'une année, le cas le plus récent ayant été notifié le 11 août 2014 en Somalie. Le seul sérotype qui reste en circulation, le poliovirus sauvage de

type 1, se limite à quelques rares zones de deux pays endémiques, l'Afghanistan et le Pakistan, tous deux situés dans la Région de Méditerranée orientale. Ces pays ont notifié 74 cas au total en 2015, soit une réduction de 80 % de la charge comparée au nombre de cas rapportés en 2014.

Malgré ces immenses progrès, tant qu'il existe des endroits où le poliovirus sauvage est en circulation, il y a un risque d'importation pour les pays de la Région, du fait des mouvements massifs de populations et des situations d'urgence complexes actuelles dans plusieurs pays qui contribuent à détériorer la couverture de la vaccination systématique. En 2015, 10 pays exempts de poliomyélite dans la Région ont mené des campagnes de vaccination antipoliomyélitique nationales ou infranationales afin de maintenir des

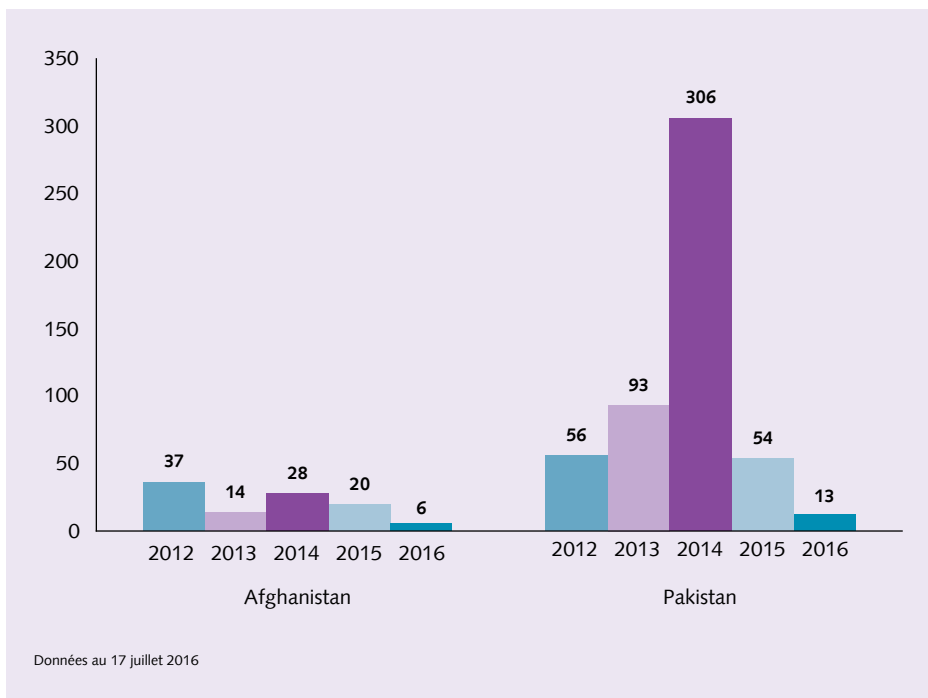


Fig. 4 Diminution du nombre de cas dans les pays d'endémie de poliomyélite depuis 2012



Photo : ©OMS/J. Jalali



Photo : ©OMS

↑ L'Afghanistan et Pakistan sont en train d'élaborer un plan d'action d'urgence, indiquant les importants efforts déployés afin de toucher les enfants résidant dans des lieux inaccessibles, dans le but d'arrêter la transmission de la poliomyélite en 2016

niveaux élevés d'immunité et de réduire le risque d'importation du poliovirus sauvage (PVS) ou le développement du poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale (PVDV).

L'Afghanistan et le Pakistan ont mis au point des plans d'action d'urgence nationaux robustes afin de mettre un terme à la transmission de la poliomyélite d'ici 2016. Ces deux pays ont enregistré des progrès significatifs en réduisant la transmission tout au long de 2015, et au cours des six derniers mois de l'année faisant l'objet de ce rapport, traditionnellement la haute saison pour la transmission du poliovirus ; seuls 36 cas ont été notifiés au total, soit la plus faible charge jamais rapportée pour la maladie au cours de cette période. Au cours du quatrième trimestre 2015, des examens officiels des flambées épidémiques multipays au Moyen-Orient et dans la Corne de l'Afrique survenues entre 2013 et 2014 ont conclu que les deux flambées étaient terminées.

L'un des objectifs principaux du plan d'assaut final contre la poliomyélite est l'élimination progressive du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO), en commençant par le vaccin antipoliomyélitique oral de type 2. Tous les pays de la Région sont passés avec succès

du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent au vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, que ce soit pour la vaccination systématique ou dans le cadre des campagnes, et ont cessé de recourir au vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt). Il est impératif que tous les pays de la Région rendent compte du processus de passage validé et procèdent à la destruction de tous les vaccins antipoliomyélitiques oraux de types 2/Sabin 2 restants d'ici au 30 juillet 2016, dans le cadre de la phase I du Plan d'action mondial (GAP III) pour le confinement du poliovirus de type 2.

Pour parvenir à l'éradication, la Région doit enrayer la propagation actuelle du poliovirus sauvage dans les foyers endémiques persistants en Afghanistan et au Pakistan ; maintenir les taux d'immunité dans la population, notamment dans les pays en situation d'urgence et au sein des groupes de personnes déplacées ; atteindre les enfants vivant dans des zones difficiles d'accès afin de les vacciner ; et maintenir le niveau de vigilance et la capacité à détecter et à répondre à chaque nouveau cas ou nouvelle flambée épidémique causé(e) par le poliovirus ou le virus circulant dérivé d'une souche vaccinale. En 2016, les efforts continueront donc de se concentrer sur le renforcement des capacités des programmes

en Afghanistan et au Pakistan au moyen du recrutement de personnels hautement qualifiés dans les deux pays, ainsi que la fourniture d'un soutien technique solide.

Les programmes en Afghanistan, dans la Corne de l'Afrique et au Pakistan feront l'objet d'examen réguliers avec l'organisation de réunions du groupe consultatif technique visant à analyser les progrès et à conseiller les gouvernements sur les interventions techniques les plus efficaces. Les pays à risque recevront un soutien pour mener à bien des activités de vaccination supplémentaires en vue de maintenir de hauts niveaux de protection, et un soutien opérationnel sera fourni aux pays endémiques et à risque pour la mise en œuvre des activités planifiées. Une analyse des risques régulière sera conduite afin d'identifier les risques et de mettre au point des stratégies d'atténuation des risques. Un soutien technique sera offert pour le renforcement des capacités dans le cadre des interventions en cas de flambée, et pour l'élaboration de plans nationaux de préparation aux situations d'urgence et d'organisation de la riposte pour les pays exempts de poliomyélite. Avec ces activités, l'objectif de la Région est de devenir exempt de poliomyélite d'ici 2016, et de le rester.

VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la Région continue d'augmenter très rapidement, ce nombre ayant atteint 330 000 fin 2015. Les États Membres ont accompli des progrès notables avec l'augmentation du nombre de patients bénéficiant du traitement antirétroviral, passant de 34 345 en 2014 à 46 345 fin 2015. Malgré ces progrès, la couverture par le traitement antirétroviral demeure à 14 %, toujours loin des cibles mondiales. Fin

2015, tous les pays avaient mis à jour leurs lignes directrices en matière de traitement du VIH, en accord avec les dernières lignes directrices de l'OMS. Plusieurs pays (l'Égypte, la République islamique d'Iran, le Liban, le Maroc, le Pakistan/Pendjab, et le Soudan) ont réalisé des analyses en cascade « dépister, traiter, fidéliser » pour le VIH, qui ont conduit à une meilleure compréhension des lacunes et des opportunités manquées pour engager et fidéliser les personnes vivant avec le VIH tout au long du continuum des services de dépistage, de soins et de traitement. Étant donné que la grande majorité des personnes vivant avec le VIH dans la Région ne connaissent pas leur statut VIH, les efforts se sont grandement concentrés sur l'initiation et l'intensification du dialogue avec les administrateurs nationaux des programmes de lutte contre le sida et des réseaux régionaux de la société civile sur les innovations en matière de politiques de dépistage du VIH et de prestations de services. La mise en œuvre des nouvelles directives consolidées de l'OMS pour les services de dépistage du VIH a été discutée lors d'une consultation régionale organisée par l'ONUSIDA et l'OMS, et les participants ont identifié les actions prioritaires à mener en fonction des pays afin d'accélérer le recours aux services de dépistage du VIH. L'OMS a mis au point et diffusé un cours de formation sur les connaissances de base sur le VIH et la réduction de la stigmatisation en milieu de soins. Ce cours a été mis en œuvre au Maroc et au Soudan, et sera bientôt proposé dans d'autres pays.

Au vu de la contribution importante de la consommation de drogues injectables dans l'épidémie de VIH, un examen régional a été mené sur l'accès au dépistage et au traitement des personnes vivant avec le VIH qui s'injectent des drogues. Les résultats d'examen ont montré que seulement 6 % des personnes vivant avec



↑ **Modules de formation consacrés au VIH**

le VIH qui s'injectent des drogues ont reçu un traitement contre le VIH en 2014. Ces résultats ont été mis à disposition des parties prenantes au cours d'une consultation régionale, organisée en partenariat avec l'Association pour la réduction des risques liés au VIH au Moyen-Orient et en Afrique du Nord (MENAHRRA), ce qui a conduit à l'élaboration de recommandations spéciales afin de faire tomber les barrières en matière de prévention, de diagnostic et de traitement. Des consultations ont également été organisées pour solliciter la participation régionale à l'élaboration de nouvelles stratégies mondiales du secteur de la santé pour le VIH, les infections sexuellement transmissibles et l'hépatite pour la période 2016-2021.

L'hépatite constitue une priorité de santé publique dans la Région. On estime en effet que 14,8 et 16 millions de personnes ont une infection chronique par le virus de l'hépatite B et C

respectivement. Les nouveaux cas d'infection dans la Région sont le plus souvent le résultat d'injections et d'actes médicaux réalisés dans de mauvaises conditions sanitaires. Offrir un accès à des médicaments bien tolérés et efficaces, ainsi qu'à des diagnostics performants, constitue un défi pour tous les pays.

Afin de mobiliser une action de santé publique cohérente qui donne la priorité aux interventions efficaces et fait la promotion d'un accès équitable aux services, l'OMS a rassemblé un large éventail de parties prenantes pour s'engager dans l'élaboration d'un plan d'action régional contre l'hépatite virale. Le plan d'action régional fixe des cibles en accord avec la stratégie mondiale de l'OMS contre l'hépatite virale et fournit des orientations pour l'élaboration d'un plan d'action national, qui à ce jour a été soutenue dans cinq pays, dont l'Égypte et le Pakistan, les deux pays

ayant la plus forte charge d'hépatite C dans la Région.

L'action se concentrera sur la couverture sanitaire universelle, les prestations de services intégrés et des modèles de prestation de services adaptés. Nous continuerons également d'insister sur une utilisation rationnelle des ressources humaines et financières en matière de dépistage du VIH, et sur le lien entre les soins de santé et le succès thérapeutique. Des efforts concertés seront déployés en vue d'atteindre une tolérance zéro pour la stigmatisation et la discrimination des personnes vivant avec le VIH en milieu de soins. Les pays seront soutenus dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux contre l'hépatite.

En 2014³, le nombre de cas de tuberculose notifiés (toutes formes confondues) a légèrement augmenté dans la Région par rapport à 2013 (465 677 et 448 000 respectivement). À l'échelle mondiale et régionale, le principal problème en matière de lutte antituberculeuse demeure le faible taux de dépistage de tous les cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante. En 2014, le taux de dépistage des cas a légèrement augmenté (61 %) comparé à 2013 (58 %). Le taux de guérison était de 91 %, donc supérieur à la cible mondiale fixée à 85 %. La prise en charge de la tuberculose multirésistante est un défi de taille. Sur 15 700 cas de tuberculose multirésistante estimés, 4 348 ont été confirmés multirésistants par les tests de laboratoire, et un traitement a été proposé à seulement 3 423 d'entre eux. Les ressources limitées et les faibles capacités de gestion en matière de polypharmacorésistance

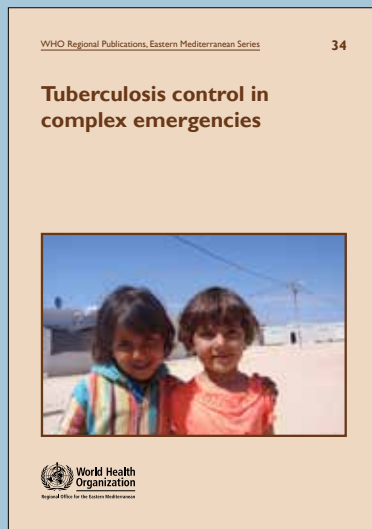
³ Pour le dépistage des cas de tuberculose, l'OMS reçoit les données un an plus tard. Par conséquent, les données sur le dépistage des cas concernent 2014 tandis que les données relatives à la guérison concernent 2015.



↑ Journée mondiale contre l'hépatite 2015

constituent une contrainte majeure. Le dépistage de VIH parmi les cas de tuberculose reste limité. En 2014, le statut VIH de seulement 15 % des patients atteints de tuberculose était connu.

Les situations d'urgence dans de nombreux pays et l'écart toujours plus grand entre les ressources disponibles et les besoins exposent les programmes de lutte antituberculeuse à des menaces de plus en plus importantes. En Jordanie et au Liban, les réfugiés syriens requièrent un soutien considérable, alors que les systèmes de santé sont déjà surchargés, ce qui a conduit à un retard de la mise en œuvre du plan pour l'élimination de la tuberculose en Jordanie. La mise en œuvre efficace et rapide des plans stratégiques nationaux de lutte antituberculeuse en Iraq et au Yémen est également ralentie par le nombre considérable de personnes déplacées à l'intérieur de ces



↑ **Orientations techniques sur la lutte contre certaines maladies**

pays. Un guide pour la lutte antituberculeuse dans les situations d'urgence complexes a été publié, et un programme sur la prise en charge transfrontalière des cas de tuberculose et de tuberculose multirésistante a été créé. Avec le soutien de l'OMS, la Jordanie et le Liban ont pu soumettre des propositions rapides et efficaces au Fonds mondial concernant la prise en charge de la tuberculose parmi les réfugiés syriens.

Le projet de plan stratégique régional de lutte antituberculeuse pour 2016-2020 a été développé en consultation avec les administrateurs de programmes. Les programmes de lutte antituberculeuse nationaux ont été revus dans six pays et les recommandations des missions d'examen ont ensuite été intégrées aux plans stratégiques nationaux. Le Comité Feu vert régional a maintenu son soutien pour assurer la prise en charge efficace de la tuberculose multirésistante au moyen d'un renforcement des capacités, d'études sur la résistance aux médicaments, et de missions de suivi et d'évaluation.

Huit pays de la Région connaissent des cas de transmission locale continue de paludisme. Deux de ces pays (l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran) mettent actuellement en œuvre des stratégies d'élimination et se rapprochent de la cible, avec seulement 187 et 83 cas locaux rapportés respectivement en 2015 (Tableau 2). Les six autres pays (l'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) ont une charge de paludisme élevée (Tableau 3) et sont confrontés à différents problèmes. L'OMS estime que l'incidence du paludisme dans la Région a baissé de 70 % en 2015 par rapport à 2000. Les taux de mortalité estimés ont diminué de 64 % au cours de la même période. Sept pays ont atteint les cibles de réduction de la charge du paludisme fixées par le sixième objectif de développement durable et la résolution WHA58.2, grâce à une réduction de plus de 75 % de l'incidence des cas confirmés par microscopie entre 2000 et 2014 (Afghanistan, Arabie saoudite, République islamique d'Iran, Iraq, Maroc, Oman, République arabe syrienne). Au cours des 15 dernières années, la Région a réalisé d'importants progrès en matière de réduction de la charge de paludisme. Cependant,

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

| Pays | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|-----------------------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|------------------------|-----------------|
| | Total de cas rapportés | Cas autochtones | Total de cas rapportés | Cas autochtones | Total de cas rapportés | Cas autochtones |
| Arabie saoudite | 2513 | 34 | 2305 | 51 | 2620 | 83 |
| Bahreïn | 182 | 0 | 100 | 0 | ND | ND |
| Égypte | 262 | 0 | 313 | 22 | 291 | 0 |
| Émirats arabes unis | 4380 | 0 | 4575 | 0 | 3685 | 0 |
| République Islamique d'Iran | 1373 | 519 | 1238 | 376 | 797 | 187 |
| Iraq | 8 | 0 | 2 | 0 | 2 | 0 |
| Jordanie | 56 | 0 | 102 | 0 | 59 | 0 |
| Koweït | 291 | 0 | 268 | 0 | 309 | 0 |
| Liban | 133 | 0 | 119 | 0 | 125 | 0 |
| Libye | 340 | 0 | 412 | 0 | ND | ND |
| Maroc | 314 | 0 | 493 | 0 | 510 | 0 |
| Oman | 1451 | 11 | 1001 | 15 | 822 | 4 |
| Palestine | 0 | 0 | ND | ND | ND | ND |
| Qatar | 728 | 0 | 643 | 0 | 445 | 0 |
| République arabe syrienne | 22 | 0 | 21 | 0 | 12 | 0 |
| Tunisie | 68 | 4 | 98 | 0 | 88 | 0 |

ND : Données non disponibles

Tableau 3
Cas de paludisme rapportés dans les pays ayant une forte charge de paludisme

| Pays | 2013 | | 2014 | | 2015 | |
|--------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------------|-------------------------|
| | Total de cas rapportés | Total des cas confirmés | Total de cas rapportés | Total des cas confirmés | Total de cas rapportés | Total des cas confirmés |
| Afghanistan | 319 742 | 46 114 | 290 079 | 83 920 | 350 044 | 103 377 |
| Djibouti | 1684 | 1684 | 9439 | 9439 | ND | ND |
| Pakistan | 3 472 727 | 281 755 | 3 666 257 | 270 156 | 3 776 244 | 202 013 |
| Somalie | 9135 | 7407 | 26 174 | 11 001 | ND | ND |
| Soudan | 989 946 | 592 383 | 1 207 771 | 1 068 506 | ND | ND |
| Yémen ^a | 149 451 | 102 778 | 122 812 | 86 707 | 96 348 | 68 938 |

ND: données non disponibles

^aL'exhaustivité de la notification, selon les estimations, était de 47 % en 2015 du fait de la situation

en 2014 et en 2015, de nouvelles flambées ainsi qu'une augmentation du nombre de cas rapportés ont été observées dans certains pays. Cet état de faits témoigne du besoin de maintenir la vigilance ainsi que les investissements en vue de la maîtrise et de l'élimination du paludisme.

Le Comité régional a approuvé le plan d'action régional contre le paludisme pour 2016-2020 en vue de la mise en œuvre de la *stratégie technique mondiale contre le paludisme pour 2016-2030*. Une stratégie de gestion vectorielle intégrée pour la période 2016-2020 a été élaborée en consultation avec les experts concernés des États Membres.

Un nouveau système de notification des cas en ligne reposant sur DHIS2 a été utilisé pour soutenir la surveillance des cas de paludisme. La surveillance entomologique, incluant le suivi de la résistance aux insecticides dans les pays prioritaires et de l'efficacité des médicaments dans les pays endémiques, a bénéficié d'un appui. Le cours de formation régional sur l'assurance qualité des diagnostics du paludisme a été mené en collaboration avec l'université de Gezira au Soudan. Le Bureau régional a mené la mise en œuvre des projets de démonstration soutenus par l'OMS, le Programme des Nations Unies pour l'environnement (PNUE) et le Fonds pour l'environnement mondial (FEM) sur les alternatives durables au DDT. Les données factuelles générées et les capacités développées pendant les projets vont permettre de mettre à jour les stratégies de gestion vectorielle intégrée et de renforcer les activités de lutte vectorielle dans la Région.

Une intensification notable des traitements de masse contre la schistosomiase au moyen de dons de praziquantel effectués par l'OMS a eu lieu au Soudan grâce à un mécanisme innovant

permettant un financement national, ainsi qu'à des partenariats internationaux. Les zones endémiques prioritaires au Yémen ont également été ciblées en début d'année. En Somalie, la planification pour l'établissement d'une cartographie a été finalisée et des fonds ont été mobilisés, à la suite de la création d'un programme sur les maladies tropicales négligées au ministère de la Santé. Un soutien a été apporté à trois pays (l'Égypte, l'Iraq et Oman) pour la planification et la mise en œuvre d'études visant à confirmer l'interruption de la transmission sur la base du lancement du processus de vérification mené par l'OMS pour l'élimination de la schistosomiase.

Par rapport à 2014, un plus grand nombre de pays en 2015, dont l'Afghanistan, l'Iraq, la République arabe syrienne et la Somalie, ont demandé de bénéficier des dons d'albendazole et de mebendazole de l'OMS afin de traiter les enfants d'âge préscolaire et scolaire contre les géohelminthiases. La collaboration de l'OMS avec l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) a été renforcée afin de fournir gratuitement des médicaments destinés aux enfants d'âge scolaire dans les cinq zones d'opération de l'Office (Palestine - Bande de Gaza et Cisjordanie, Jordanie, Liban et République arabe syrienne).

Les dernières étapes en vue de l'élimination de la filariose lymphatique comme problème de santé publique ont été amorcées en Égypte et au Yémen. Le Soudan a conduit un recensement et finalisé la planification opérationnelle pour intensifier les traitements de masse à base d'albendazole et d'ivermectine donnés par l'OMS en 2016. L'onchocercose a été éliminée dans un foyer au Soudan, et des actions ont été entreprises pour atteindre le même objectif dans les trois autres



Photo : ©OMS/S. Ramo

↑ Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit en Afghanistan par le Dr Feroz Firozuddin, Ministre de la Santé publique

foyers persistants. Au Yémen, une étude pilote a été menée pour délimiter la zone endémique de l'onchocercose ; des fonds pour le traitement ont été mobilisés auprès des partenaires, et la planification pour les traitements de masse a été finalisée.

Concernant la leishmaniose, l'OMS a continué de soutenir la prise en charge des cas de tous les programmes de pays affectés : l'Afghanistan, l'Iraq, la République arabe syrienne, la Somalie et le Soudan.

En 2014, 213 899 nouveaux cas de lèpre ont été dépistés. L'élimination, considérée comme question de santé publique (moins d'un cas prévalent pour 10 000 personnes), a été atteinte au niveau national dans tous les pays de la Région. Néanmoins, cinq pays (l'Égypte, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) comptent toujours des poches de transmission intense, et doivent renforcer leurs activités de dépistage des cas. Une diminution constante de la proportion des incapacités de degré 2 parmi les nouveaux cas dépistés a été observée au cours des dernières années, confirmant que les cas sont dépistés de plus en plus tôt. La polychimiothérapie antilépreuse a

été fournie par l'OMS à tous les pays en ayant fait la demande.

La cartographie des cas de trachome a été conduite au Soudan, est actuellement en cours en Égypte, au Pakistan et au Yémen, et a été planifiée pour l'Afghanistan et la Somalie. Les activités de traitement à base d'azithromycine et de tétracycline, et d'autres composants de la stratégie SAFE (chirurgie, propreté du visage et aménagement de l'environnement) ont été intensifiés au Pakistan et au Soudan.

Le Soudan est le seul pays de la Région qui doit encore être certifié exempt de dracunculose. Aucun cas n'a été rapporté depuis 2014 et le pays est en phase de pré-certification. Des activités sur le terrain, visant à évaluer le degré de préparation pour la conduite du processus de certification, ont été mises en place en 2015.

Vaccins et vaccination

La moyenne régionale pour la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) était estimée à 80 % en 2015. Tandis que 14 pays ont maintenu la réalisation de la cible d'une couverture supérieure ou égale à 90 %, celle-ci a chuté à 41 % en 2015 en République arabe syrienne (estimations OMS et UNICEF). On estime à 3,3 millions le nombre d'enfants n'ayant pas pu recevoir le DTC3 en 2015, et 94 % d'entre eux se trouvaient dans des pays en situation difficile (Afghanistan, Iraq, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen).

Huit pays ont atteint une couverture supérieure ou égale à 95 % avec la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1), tandis que 21 pays ont fourni une deuxième dose du vaccin



↑ **Orientations techniques sur la vaccination**

antirougeoleux (MCV2) à des degrés variables de couverture. Huit pays ont rapporté une très faible incidence de la rougeole (moins de cinq cas pour un million), et quatre d'entre eux ont maintenu une incidence zéro et sont fins prêts pour la vérification de l'élimination. La Jordanie est redevenue exempte de rougeole après une flambée épidémique de grande ampleur avec survenue de cas en 2013.

Concernant les nouveaux vaccins, le Yémen a introduit le vaccin contre la rubéole au titre de la vaccination systématique, et le Soudan a lancé la seconde phase d'une campagne contre la fièvre jaune. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit dans neuf pays où il ne faisait pas encore partie de la vaccination systématique. Par conséquent, le vaccin antipoliomyélitique inactivé est à présent utilisé dans tous les pays de la Région, excepté l'Égypte qui n'a pas été approvisionnée du fait d'une pénurie mondiale. La Région a conclu le processus de remplacement du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) par le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent (VPOb) dans le cadre de la vaccination systématique mi-mai 2016.

Les programmes de vaccination nationaux ont continué à se heurter à des problèmes en 2015, notamment des complications liées à la livraison de vaccins dans les zones touchées par les conflits, à l'achat et à la gestion des systèmes, et à la rupture de stock de plusieurs vaccins. Un soutien a été apporté aux pays ayant une faible couverture par la vaccination systématique, incluant l'intensification des activités de sensibilisation, la mise en œuvre de campagnes d'accélération pour augmenter la couverture et le maintien de la chaîne du froid, ainsi que les capacités de gestion des vaccins. Un appui a également été fourni pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux pour atteindre les populations non vaccinées ou sous vaccinées.

La Somalie a reçu une aide pour mettre en œuvre un plan d'amélioration de la couverture, un renforcement des capacités en matière de ressources humaines, et élaborer un plan pluriannuel global. En République arabe syrienne, un examen complet des programmes, l'élaboration d'un plan pluriannuel global, et une évaluation de la gestion des vaccins et du renforcement des capacités en matière de

gestion des vaccins ont pu être menés avec le soutien de l'OMS. L'Iraq a réalisé des examens programmatiques au niveau des gouvernorats et à mis en place des plans pour vacciner les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur du pays et les enfants difficiles à atteindre, notamment dans les régions difficiles d'accès. Un soutien de grande ampleur a été fourni au Yémen pour maintenir le programme de vaccination, incluant la mise en œuvre des cinq cycles d'activités de sensibilisation renforcées dans les zones de faible couverture ou difficile d'accès, et pour maintenir la chaîne du froid. Cinq pays ont évalué le stade d'élimination de la rougeole et neuf pays ont procédé à des vaccinations supplémentaires contre la rougeole aux niveaux national et infranational.

Un soutien a été apporté aux pays en vue de l'amélioration des systèmes de gestion des données sur la vaccination et de la qualité des données, pour l'accréditation des laboratoires nationaux de recherche sur la rougeole/la rubéole, et sur le renforcement des capacités pour une gestion effective des vaccins. L'OMS a continué de soutenir et de suivre le réseau régional pour la surveillance des cas de rougeole/rubéole. Le réseau régional de surveillance de la méningite bactérienne, de la pneumonie bactérienne et du rotavirus a également continué de bénéficier d'un soutien, incluant des fournitures de laboratoire, un renforcement des capacités, un suivi et une évaluation de la performance et la coordination des systèmes externes de contrôle de qualité des laboratoires.

Le plan d'action pour les vaccins dans la Région de la Méditerranée orientale a été approuvé par le Comité régional comme cadre de mise en œuvre du plan d'action global pour les vaccins. L'OMS

continuera à fournir le soutien technique requis et à mobiliser les ressources nécessaires pour la mise à jour, la mise en œuvre, le suivi et l'évaluation du plan pluriannuel global et des plans d'action annuels, l'accent étant mis sur les pays et les zones ayant une faible couverture vaccinale.

Six pays ont continué à réaliser les objectifs liés à la mise en place d'autorités de réglementation nationales fonctionnelles. L'OMS soutient les pays dans le renforcement des fonctions de réglementation requises, en particulier l'enregistrement des vaccins comme le vaccin antipoliomyélitique inactivé et le vaccin antipoliomyélitique bivalent dans le cadre de la stratégie du plan d'assaut final contre la poliomyélite ; le même appui est fourni pour le renforcement de la mise en œuvre d'un système de gestion de qualité pour certaines autorités de réglementation nationales dans les pays soutenus par le partenariat pour le cadre de préparation en cas de grippe pandémique, dans le but d'améliorer les capacités de réglementation pour la préparation des interventions d'urgence et l'organisation de la riposte en cas de grippe pandémique.

Des progrès significatifs ont continué d'être accomplis concernant l'innocuité des vaccins, et le réseau régional de pharmacovigilance a été inauguré lors d'une réunion régionale sur la pharmacovigilance tenue en septembre 2015. La mise en place d'autorités de réglementation nationales fonctionnelles est freinée dans certains pays par un certain nombre de problèmes, incluant un manque de vision claire, des changements fréquents de personnels et un manque de ressources financières permettant aux autorités de remplir leurs devoirs de façon indépendante, comme recommandé par l'OMS.