

Maladies transmissibles

Éradication de la poliomyélite

D'excellents progrès ont été réalisés à l'échelle mondiale en vue d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage en 2017 ; seuls 22 cas de l'unique sérotype du poliovirus sauvage de type 1 (PVS1) restant ont été signalés dans deux pays d'endémie, à savoir l'Afghanistan et le Pakistan (14 cas et 8 cas respectivement), le nombre de cas de poliomyélite le plus faible jamais signalé depuis le lancement de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite en 1988. Cependant, bien que le nombre de cas soit en baisse, le PSV1 est encore isolé en 2017 dans de vastes zones géographiques en Afghanistan et au Pakistan.

Le dernier cas de poliomyélite dans le monde dû au poliovirus sauvage de type 2 est survenu en 1999 et la date d'apparition du cas le plus récent dû au poliovirus sauvage de type 3 remonte au mois de novembre 2012. La Commission mondiale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite a déclaré que le poliovirus sauvage de type 2 avait été éradiqué au mois de septembre 2015.

Soixante-quatorze cas de poliovirus circulant de type 2 dérivé d'une souche vaccinale (PVDVc2) ont été confirmés en 2017 dans le nord-est de la République arabe syrienne (Deir-Ez-Zhor, Raqqa et Homs). Le premier cas détecté était apparu le 3 mars et le cas le plus récent le 21 septembre 2017.

Le Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la propagation internationale du poliovirus, lors de sa quinzième



Photo : ©OMS Afghanistan/Sini Ramo

↑ Les équipes de vaccination antipoliomyélique aux points de passage à la frontière entre le Pakistan et la République islamique d'Iran vaccinent des enfants en Afghanistan.

réunion le 14 novembre 2017, a pris en compte le risque que la propagation internationale du poliovirus demeure une urgence de santé publique de portée internationale et a prolongé les recommandations temporaires révisées de trois mois supplémentaires. L'Afghanistan et le Pakistan comptent parmi les États infectés par le PVS1, tandis que la République arabe syrienne fait partie des États infectés par le PVDVc2, les deux situations comportant un risque potentiel de propagation internationale.

Malgré les énormes progrès réalisés à l'échelle mondiale et dans la Région, les risques demeureront tant que le poliovirus sauvage (PVS) est en circulation où que ce soit. Le risque d'importation du PVS1 ou de l'émergence de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale (PVDVc) reste élevé du fait de la transmission continue du poliovirus dans des foyers endémiques en Afghanistan et au Pakistan, ainsi que des situations d'urgence complexes dans plusieurs pays de la Région qui ont entraîné d'importants mouvements de population, l'inaccessibilité des populations et la détérioration de la couverture vaccinale systématique dans plusieurs zones. En outre, on a observé une

pénurie mondiale de vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) en 2016 et 2017.

L'Afghanistan et le Pakistan ont mis au point des plans d'action nationaux d'urgence robustes afin d'interrompre la transmission de la poliomyélite en 2018. Le Pakistan a connu une très bonne progression en 2017, le nombre de cas de poliomyélite étant passé de 20 cas en 2016 à 8 cas en 2017, soit une réduction de 60 %, tandis que le nombre de cas a légèrement augmenté en Afghanistan, passant de 13 cas en 2016 à 14 cas en 2017, 10 cas (71 %) ayant été notifiés dans la région du sud du pays qui est touchée par le conflit et qui connaît des difficultés d'accès.

Les activités de riposte visant à endiguer l'épidémie de PVDVc2 dans le nord-est de la République arabe syrienne ont été mises en œuvre dans une situation extrêmement difficile sur le plan opérationnel. La riposte fournie porte ses fruits, comme en témoigne la baisse de la transmission, aucun nouveau cas n'ayant été détecté depuis le 21 septembre 2017. Les activités de riposte se poursuivent pour s'assurer que la flambée épidermique a été endiguée.



Photo : ©OMS Afghanistan/Simi Ramo

↑ Vaccination d'enfants contre la poliomyélite en Afghanistan au cours d'une journée nationale de vaccination

Les indicateurs de performance de la surveillance dans tous les pays de la Région, sauf un, ont été maintenus à un niveau égal ou supérieur aux normes de certification en 2017. En outre, la surveillance environnementale a été élargie pour inclure la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Liban, le Pakistan, la Somalie et la République arabe syrienne, outre l'Afghanistan et l'Égypte, où le système a été mis en place il y a quelques années. L'élargissement de cette surveillance se poursuivra en 2018 pour y ajouter l'Iraq, le Soudan et le Yémen.

Les plans nationaux de préparation et de riposte dans tous les pays de la Région exempts de poliomyélite, à l'exception de la Palestine et du Yémen, ont été testés et mis à jour dans le cadre d'exercices de simulation menés en 2016 et 2017 afin d'atténuer le risque d'importation de PVS et/ou l'émergence de PVDV et d'assurer une réaction efficace en cas de survenue. Cependant, la seule manière d'éliminer complètement le risque d'importation de poliovirus sauvage consiste à interrompre la transmission du poliovirus en Afghanistan et au Pakistan. Il existe toujours un risque d'émergence de PVDV, notamment dans les pays de la Région touchés par des conflits où le nombre d'enfants n'ayant pas accès aux services de vaccination est important.

Les pays de la Région ont réussi leur passage du vaccin oral antipoliomyélitique trivalent au vaccin bivalent en avril 2016. Il est impératif que tous les pays de la Région achèvent la phase I du confinement et entament la phase II du confinement du poliovirus de type 2 comme partie intégrante de la mise en œuvre du Plan d'action mondial III (GAP III) pour le confinement du poliovirus et en tant que condition préalable à la certification de l'éradication de la poliomyélite.

La Somalie et le Soudan ont réalisé un inventaire détaillé des ressources consacrées à la poliomyélite en 2017 dans le cadre du processus de transition post-éradication afin de déterminer quelles fonctions de la lutte antipoliomyélitique seront intégrées dans d'autres initiatives existantes, et quelles fonctions pourraient se voir accorder la priorité ou être supprimées progressivement. Les deux pays prévoient d'achever leurs plans de transition en mai 2018. Les deux autres pays prioritaires pour la transition dans la Région, l'Afghanistan et le Pakistan, sont toujours endémiques et élaboreront leur plan de transition dans un délai d'une année après l'interruption de la transmission.

Pendant la saison de faible transmission en 2018, la Région et le monde ont la meilleure opportunité jamais vue d'interrompre la transmission du poliovirus. Pour parvenir à ce but historique, la Région doit continuer de s'attaquer à la transmission permanente du poliovirus sauvage dans les foyers endémiques persistants en Afghanistan et au Pakistan ; atteindre les enfants qui vivent dans des zones inaccessibles en Afghanistan, en Iraq, au Pakistan, en République arabe syrienne et en Somalie ; et garantir un niveau d'immunité dans la population,



↑ Administration du vaccin antipoliomyélitique oral à un enfant en Afghanistan



Photo : ©OMS

↑ Intervention du Dr Rik Peeperkorn, Représentant de l'OMS en Afghanistan, lors d'une réunion du Groupe consultatif technique sur l'éradication de la poliomyélite

notamment dans les pays en situation d'urgence et au sein des groupes de personnes déplacées, tout en maintenant le niveau de vigilance et la capacité à détecter et à riposter à chaque nouvelle introduction ou nouvelle flambée épidémique causé(e) par le poliovirus ou un virus circulant dérivé d'une souche vaccinale.

L'une des principales priorités pour 2018 est d'interrompre la transmission du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan en fournissant un appui à la mise en œuvre de plans d'action nationaux d'urgence par le biais d'un soutien technique, financier et logistique. Continuer à fournir un appui à la République arabe syrienne pour s'assurer que l'épidémie de PVDVc2 est complètement endiguée et que la transmission a été interrompue représente une autre priorité. Le renforcement de la préparation et de la capacité de riposte dans tous les pays se poursuivra, l'accent étant mis sur l'amélioration des systèmes de surveillance pour assurer une détection précoce et une riposte efficace à toute introduction de poliovirus, ainsi que sur l'appui aux pays en matière de confinement et de préparation à la certification de l'éradication de la poliomyélite. L'utilisation efficace des ressources

Photo : ©OMS Afghanistan/Sini Ramo

consacrées à la poliomyélite, des infrastructures associées et des enseignements tirés pour améliorer la vaccination systématique et d'autres interventions de santé publique clés en élaborant des plans de transition solides dans les pays prioritaires (Afghanistan, Iraq, Pakistan, Somalie, Soudan, République arabe syrienne et Yémen) est un autre domaine d'intervention clé. À cette fin, un appui sera fourni aux pays en transition prioritaires dans le cadre de l'élaboration de plans de transition propres à chaque pays afin de maintenir le statut de pays exempt de poliomyélite après la certification de l'éradication de la poliomyélite, de bénéficier d'autres interventions de santé publique et de tirer les enseignements de l'éradication de la poliomyélite.

L'appui technique fourni aux pays comprendra l'examen régulier des programmes en Afghanistan, dans la Corne de l'Afrique et au Pakistan dans le cadre des réunions des groupes consultatifs techniques afin d'analyser les progrès et de conseiller les gouvernements sur les interventions techniques les plus efficaces. Ceci impliquera également de procéder régulièrement à des analyses de risque (tous les trois mois pour les pays à risque et deux fois par an pour les autres pays) afin d'identifier les risques et d'élaborer des stratégies d'atténuation spécifiques. En outre, le renforcement des capacités des pays exempts de poliomyélite pour répondre aux urgences liées à la poliomyélite se fera par le biais d'une formation sur les procédures opérationnelles normalisées en cas de flambée épidémique de poliomyélite et de la mise en œuvre d'exercices de simulation pour tester sur le terrain et mettre à jour les plans nationaux de préparation et d'intervention. L'examen annuel des exigences en matière de certification des pays exempts de poliomyélite continuera d'être effectué par la Commission régionale de certification.

VIH, hépatite virale, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

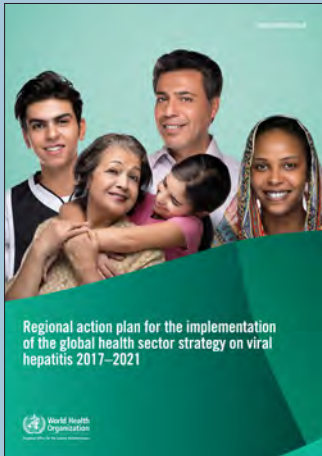
Malgré la faible prévalence du VIH dans la Région, l'augmentation du nombre de nouveaux cas demeure préoccupante. Le nombre de personnes vivant avec le VIH (PVVIH) dans la Région est passé de 340 000 en 2016 à 350 000 fin 2017, 95 % de ces infections ayant eu lieu dans les principales populations à risque de VIH. De plus, seulement 30 % de PVVIH ont été diagnostiquées, ce qui indique que l'accès limité au test du VIH est le principal obstacle à l'accès aux soins et au traitement.

En réponse, l'OMS a organisé une consultation en juillet 2017 à Beyrouth, au Liban, sur l'accélération de l'accès au continuum du diagnostic, des soins et du traitement du VIH, l'accent étant mis plus particulièrement sur la promotion du dépistage du VIH. De plus, les activités de plaidoyer dans le cadre de la Journée mondiale du sida 2017 ont porté principalement

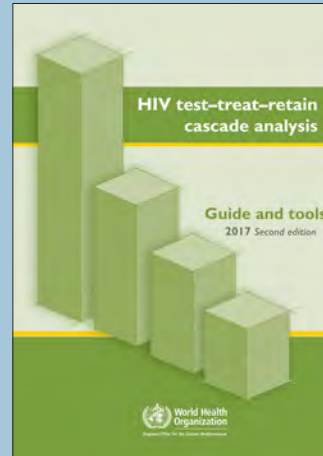


Photo : ©OMS

↑ L'ex-Ministre des Services de santé nationaux, de la réglementation et de la coordination, Madame Saira Afzal Tarar, signe la Déclaration du Pakistan visant à éliminer l'hépatite d'ici à 2030



↑ *Plan d'action régional pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale du secteur de la santé sur l'hépatite virale 2017-2021*



↑ *Analyse en cascade « dépister, traiter, fidéliser » pour le VIH, Deuxième édition*

sur le dépistage du VIH. L'OMS a également fourni un appui à la République islamique d'Iran et au Pakistan pour améliorer l'efficacité des tests et les liens avec les soins pour les personnes diagnostiquées séropositives.

Grâce à l'adoption de l'approche « Traiter tout le monde », le taux de couverture par le traitement s'est amélioré de 12,5 % par rapport à 2016 et le nombre de PVVIH recevant un traitement antirétroviral (TAR) a atteint 64 900 à la fin de 2017. La couverture globale du TAR dans la Région ne dépasse pas 18 %. L'élaboration de programmes types qui peuvent être reproduits pour augmenter la couverture du diagnostic et du traitement du VIH sera au centre de l'appui futur de l'OMS dans la Région.

L'hépatite virale demeure une cause de mortalité importante dans la Région, 80 % des personnes infectées par l'hépatite C virale résidant en Égypte et au Pakistan. La majorité des nouvelles infections sont dues à la faiblesse des mesures de sécurité et de contrôle des injections dans les services de santé, suivie par la consommation de drogues injectables. La couverture régionale par la dose de vaccin anti-hépatite B administrée à la

naissance a augmenté, passant de 22 % en 2016 à 34 % en 2017. L'Égypte continue d'être un exemple de succès mondial pour le traitement de l'hépatite C. Plus de cinq millions de tests ont été réalisés entre octobre 2016 et décembre 2017, et 1,5 million de cas ont été traités pour l'infection. Un engagement politique fort a également été démontré pour la mise en œuvre du premier cadre stratégique sur l'hépatite préparé au Pakistan. En outre, tant l'Égypte que le Pakistan ont réussi à réduire le prix des antiviraux à action directe à moins de 0,1 % de leur prix mondial, ce qui permet une intensification rapide du traitement. Toujours en 2017, le Maroc a élaboré sa stratégie nationale sur l'hépatite et a lancé la première enquête épidémiologique sur la prévalence de l'hépatite B et C dans le pays. Un appui sera fourni à l'élaboration de plans d'action nationaux et de directives sur le dépistage et le traitement, ainsi qu'à la mise en place et la mise en œuvre de systèmes de surveillance, de suivi et d'évaluation.

Au total, 527 693 cas de tuberculose (toutes formes confondues) ont été notifiés dans la Région en 2016. Malgré une légère amélioration du taux de détection des cas de tuberculose (actuellement appelé taux de couverture du traitement), il est

encore bien en deçà de la cible mondiale de 90 %. Huit pays de la Région (Afghanistan, Égypte, Iraq, Maroc, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen) regroupent environ 97 % des cas de tuberculose manqués. Le taux de guérison a atteint 91 % pour la cohorte de patients nouveaux et en rechute en 2015, et une amélioration lente mais constante a été constatée dans la détection et la prise en charge des cas de tuberculose multirésistante (TB-MR). Sur 21 000 cas estimés de TB-MR, 4713 cas ont été détectés et 4073 ont entamé un traitement en 2016. La destruction des systèmes de santé, les mouvements massifs de population et l'aggravation de la situation relative à la sécurité ont eu de graves répercussions sur la mise en œuvre des stratégies de lutte contre la tuberculose dans les pays confrontés à des situations d'urgence complexes.

Le plan d'action régional pour mettre fin à la tuberculose pour la période 2016-2020 a été approuvé par le Comité régional en octobre 2017. En 2017 également, un appui a été fourni pour

mettre à jour les plans stratégiques, les directives et les procédures opératoires standardisées pour la tuberculose en Afghanistan, en Iraq et au Pakistan, conformément au plan d'action régional et à la Stratégie de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose. Des nouvelles mises à jour sur le diagnostic et le traitement de la tuberculose multirésistante et de la tuberculose chez l'enfant ont été largement diffusées grâce à l'appui du Comité Feu vert régional, et les capacités en matière de diagnostic de la tuberculose ont été renforcées pour le personnel de 10 pays et en matière de résistance à la rifampicine/prise en charge de la tuberculose multirésistante pour le personnel de 20 pays (sur la période 2016-2017). En outre, une équipe spéciale sur les laboratoires pour la tuberculose et la tuberculose multirésistante a été mise en place pour renforcer le réseau de laboratoires de la tuberculose dans la Région. En novembre, 14 pays de la Région ont participé à la première Conférence ministérielle mondiale de l'OMS pour mettre fin à la tuberculose à Moscou. L'OMS continuera de travailler avec les pays



Photo : ©OMS

↑ Conférence ministérielle de haut niveau « Mettre fin à la tuberculose » à Moscou

pour promouvoir la mise en place d'un ensemble complet de mesures visant à accroître la détection des cas de tuberculose, y compris les services de diagnostic et de traitement de la tuberculose pour les pays ayant des populations de réfugiés ou de personnes déplacées internes.

Le nombre signalé de cas de paludisme confirmés dans la Région était de 1,36 million en 2017, dont 65 % ont été notifiés par le Pakistan et le Soudan, avec 1626 décès signalés comme étant dus au paludisme. Toutefois, 14 pays de la Région sont exempts de transmission autochtone du paludisme, la République islamique d'Iran et l'Arabie saoudite sont au stade de l'élimination du paludisme, et l'Égypte n'a signalé aucun cas local pendant les trois années requises pour pouvoir prétendre à la certification du statut de pays exempt de paludisme. La proportion de cas suspects de paludisme dépistés dans les six pays fortement touchés s'élevait à 81 %. La couverture pour les principales interventions dans les pays endémiques est en augmentation, mais n'a pas encore permis d'atteindre la couverture ciblée. La couverture opérationnelle signalée pour les moustiquaires en Afghanistan, au Pakistan, au Soudan et au Yémen est de 70 %, 21 %, 78 % et 51 %, respectivement. La qualité et la couverture du système de surveillance du paludisme ont augmenté au Pakistan, en Somalie et au Soudan suite à l'adoption du DHIS2.

En 2017, un soutien technique a été offert pour l'élaboration de stratégies nationales en matière de lutte contre le paludisme et d'élimination de cette maladie ainsi que pour le renforcement des capacités en Afghanistan, en Somalie et au Yémen. Un appui a également été apporté à l'Enquête sur les indicateurs du paludisme en Somalie, à la surveillance de la résistance aux médicaments et aux insecticides en Afghanistan et au Pakistan,

ainsi que pour une évaluation externe des compétences pour la microscopie du paludisme et la mobilisation de ressources dans les pays à forte charge de paludisme. Les situations d'urgence prolongées dans de nombreux pays de la Région où le paludisme est endémique constituent le principal défi à la mise en œuvre des interventions de lutte contre cette maladie. Les flambées d'autres maladies à transmission vectorielle (chikungunya et dengue), dans les pays d'endémie palustre exercent une pression supplémentaire sur les ressources humaines et financières limitées. Au cours de la période à venir, l'OMS mettra l'accent sur l'élaboration d'une stratégie intégrée pour la poursuite des interventions contre le paludisme et d'autres maladies à transmission vectorielle, en particulier dans les pays confrontés à des situations d'urgence complexes. La participation d'autres secteurs que celui de la santé sera déterminante pour la planification future.

Des progrès significatifs ont été réalisés dans la lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région en 2017. La lutte contre les maladies tropicales négligées et leur élimination sont maintenant considérées comme un facteur majeur pour atteindre la couverture sanitaire universelle, et quatre de ces maladies ont été incluses parmi les domaines prioritaires de la feuille de route pour l'action de l'OMS dans la Région de la Méditerranée orientale (2017-2021). Des liens ont été établis ou resserrés avec des partenaires importants pour renforcer l'appui aux activités de lutte contre les maladies tropicales négligées dans la Région. En outre, le Projet spécial élargi pour l'élimination des maladies tropicales négligées a été étendu à la Région et le Fonds *Reaching the Last Mile*, parrainé par le Prince héritier d'Abu Dhabi, a été lancé en novembre pour mobiliser des partenariats afin d'éliminer et d'éradiquer des maladies mortelles évitables qui nuisent à la santé

Tableau 1
Cas confirmés par l'analyse parasitologique dans les pays où la transmission est inexistante ou sporadique et dans les pays d'endémicité palustre faible

Pays	2015		2016		2017	
	Nombre total de cas rapportés	Cas autochtones	Nombre total de cas rapportés	Cas autochtones	Nombre total de cas rapportés	Cas autochtones
Arabie saoudite	2620	83	5382	272	3151	177
Bahreïn	87	0	106	0	133	0
Égypte	291	0	233	0	305	0
Émirats arabes unis	3685	0	3849	0	4013	0
République Islamique d'Iran	799	187	705	94	939	74
Iraq	2	0	5	0	9	0
Jordanie	59	0	51	0	44	0
Koweït	309	0	390	0	419	0
Liban	125	0	134	0	152	0
Libye	324	2	370	2	397	ND
Maroc	510	0	409	0	586	0
Oman	822	4	807	3	1078	18
Palestine	2	0	1	0	1	0
Qatar	445	0	493	0	444	0
République arabe syrienne	12	0	12	0	25	0
Tunisie	88	0	99	0	120	0

ND : Données non disponibles

Tableau 2
Cas de paludisme rapportés dans les pays ayant une forte charge de paludisme

Pays	2015		2016		2017	
	Nombre total de cas rapportés	Nombre total des cas confirmés	Nombre total de cas rapportés	Nombre total des cas confirmés	Nombre total de cas rapportés	Nombre total des cas confirmés
Afghanistan	350 044	103 377	392 551	190 161	320 045	161 778
Djibouti	9557	9557	13 804	13 804	14 671	14 671
Pakistan	3 776 244	202 013	2 115 941	318 449	2 190 418	350 467
Somalie	39 169	20 953	58 021	35 628	37 156	35 138
Soudan	1 102 186	586 827	974 571	566 015	1 368 589	720 879
Yémen	104 831	76 259	144 628	98 701	114 004	84 677



Photo : ©OMS

↑ Les responsables du ministère égyptien de la Santé et de la Population s'adressent aux populations locales durant la phase de surveillance d'un programme d'élimination de la filariose lymphatique

et entravent les perspectives économiques des populations les plus pauvres du monde.

L'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique a été validée en Égypte, le Yémen a progressé dans la finalisation de son dossier de validation et le Soudan a intensifié l'administration massive de médicaments. L'interruption de la transmission de l'onchocercose a été définitivement confirmée dans le second foyer au Soudan, tandis que la planification et la mobilisation des ressources en vue de l'élimination ont été réalisées au Yémen. En ce qui concerne la schistosomiase, des enquêtes visant à démontrer l'interruption de la transmission ont été menées en République islamique d'Iran, en Iraq et à Oman tandis que l'Égypte a entamé la mise en œuvre de son plan d'élimination ; et qu'un traitement de masse au praziquantel a été réalisé en Somalie, au Soudan et au Yémen. Le traitement des enfants d'âge scolaire pour les géohelminthiases a été mis en œuvre en Afghanistan, en Égypte, en Iraq, en République arabe syrienne, en Somalie, au Soudan et au Yémen, ainsi que dans les cinq zones d'opérations

de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), à savoir la Cisjordanie et la bande de Gaza, la Jordanie, le Liban et la République arabe syrienne. L'OMS a fourni un soutien technique et, dans certains cas, financier, et a fait don de médicaments. Au Pakistan, la cartographie des géohelminthiases a été achevée en préparation du début du traitement de masse. La mise en œuvre de la stratégie CHANCE pour le trachome a progressé au niveau régional, notamment au Soudan, tandis que la cartographie a été achevée en Somalie. Un plan d'action régional contre le trachome a été préparé en collaboration avec l'Alliance de la Région de la Méditerranée orientale pour la lutte contre le trachome.

Des progrès ont été réalisés au Soudan pour renforcer la surveillance de la dracunculose, communément appelée maladie du ver de Guinée, et la sensibilisation dans ce domaine, et le pays a soumis son dossier d'éradication en vue de la visite



Photo : ©OMS

↑ Une jeune fille lors d'un examen ophtalmologique pour le trachome en République islamique d'Iran

prévue de l'équipe internationale de certification en 2018. La mise en œuvre des activités d'élimination de la lèpre et la notification des statistiques annuelles ont progressé, en particulier dans les pays qui sont toujours fortement touchés : Afghanistan, Égypte, Pakistan, Somalie, Soudan et Yémen. Notamment, l'intensification de la recherche de cas en Somalie a permis de détecter plus de 1000 nouveaux cas en 2017. En ce qui concerne les cas de leishmaniose cutanée, la Région supporte 74 % de la charge mondiale, avec 119 608 cas détectés en 2016. Des améliorations significatives ont été apportées en matière de détection des cas, d'accès au diagnostic et au traitement et de notification de la leishmaniose cutanée et viscérale en Afghanistan, au Pakistan, en République arabe syrienne, en Somalie et au Soudan. Des mesures prioritaires pour la lutte contre le mycétome ont été prises conformément à la résolution WHA69.21 adoptée par la Soixante-Neuvième Assemblée mondiale de la Santé en 2016, consacrée à la réduction de la charge de cette maladie.

Vaccins et vaccination

Malgré la situation difficile, la Région parvient à maintenir la couverture vaccinale à 80 %. La moyenne régionale de la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) est passée de 80 % en 2016 à 81 % en 2017, tandis que 14 pays ont maintenu l'objectif d'une couverture vaccinale par le DTC3 supérieure ou égale à 90 %. Toutefois, bien que la couverture par le DTC3 en République arabe syrienne ait légèrement augmenté, passant de 42 % en 2016 à 48 % en 2017, on estime que 3,7 millions d'enfants n'ont pas été vaccinés avec le DTC3 en 2016, dont 94 % dans des pays connaissant des situations d'urgence, en l'occurrence l'Afghanistan, l'Iraq,



Photo : ©OMS

↑ Les enfants des communautés de personnes déplacées internes en Somalie ont été ciblés dans le cadre d'une campagne de vaccination préventive contre la rougeole

le Pakistan, la Somalie, le Soudan, la République arabe syrienne et le Yémen. Dix pays ont atteint une couverture supérieure ou égale à 95 % pour la première dose du vaccin à valence rougeole, et deux pays ont atteint une couverture de 94 % en 2017, contre 12 pays en 2016, et 21 pays ont fourni une deuxième dose systématique de ce vaccin. La surveillance en laboratoire basée sur les cas de rougeole est mise en œuvre dans tous les pays, et sept pays sont sur le point d'atteindre l'objectif d'élimination de la rougeole. Une commission régionale de vérification pour l'élimination de la rougeole et de la rubéole a été créée et la vérification de l'élimination dans deux pays est prévue pour 2018. De plus, à l'exception de l'Égypte, l'introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé est presque achevée.

En 2017, l'OMS a organisé des réunions inter pays sur la vaccination à Oman, qui ont permis aux pays d'obtenir des mises à jour et de pouvoir rencontrer les partenaires et le Groupe consultatif technique régional sur la vaccination. L'OMS a également aidé des pays tels que l'Iraq, la

République arabe syrienne et le Yémen à élaborer et à mettre en œuvre des activités de vaccination de proximité, notamment pour lutter contre une flambée de diphtérie au Yémen et des activités supplémentaires de vaccination contre la rougeole et la rubéole à l'échelle nationale en Libye. Elle a fourni un appui aux examens périodiques de la vaccination en Iraq et mobilisé l'Alliance Gavi pour financer la vaccination supplémentaire contre la rougeole en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie et au Yémen. Un soutien a également été apporté à l'évaluation de la qualité des données au Pakistan, y compris l'élaboration d'un plan d'amélioration de la qualité des données. Le réseau régional de surveillance des cas de rougeole/rubéole et le réseau régional de surveillance de la méningite bactérienne, de la pneumonie bactérienne et du rotavirus ont été renforcés davantage pour y inclure l'approvisionnement en fournitures de laboratoire, des activités de renforcement des capacités, la coordination du système externe de contrôle de la qualité des laboratoires et le suivi et l'évaluation.

La situation sécuritaire dans de nombreux pays de la Région en 2017 a entraîné des retards ou l'annulation des activités de vaccination prévues et de la livraison des vaccins. Cette situation a été exacerbée par une connaissance limitée des objectifs d'élimination et de lutte contre les maladies, un engagement insuffisant à l'égard des programmes de vaccination systématique et un manque de financement adéquat et pérenne, certains pays dépendant totalement du financement des donateurs.

L'appui prioritaire de l'OMS aux pays en 2018 comprendra un appui à la préparation et à la mise en œuvre des microplans de district, des examens complets de la vaccination et la mise à jour des plans stratégiques pluriannuels complets pour la vaccination ainsi que des plans d'action dans ce domaine. Assurer une préparation adéquate et la mise en œuvre des activités de vaccination supplémentaires pour la rougeole dans cinq pays, renforcer les capacités nationales pour la documentation de l'élimination de la rougeole et



Photo : ©OMS

↑ Une campagne nationale de vaccination contre la rougeole a été menée en Somalie ; elle ciblait 4,4 millions d'enfants âgés de 6 mois à 10 ans

de la rubéole, et la vérification de l'élimination dans les pays qui sont prêts constitueront également des priorités. L'OMS s'efforcera par ailleurs de mettre en place une commission régionale de vérification pour l'hépatite B et de soutenir la vérification de la réalisation de l'objectif en matière de lutte contre cette maladie dans les pays qui sont prêts à cet égard. En 2018, l'OMS continuera de s'efforcer d'accroître la visibilité des objectifs de vaccination et de mobiliser l'engagement national et celui des partenaires pour les réaliser.

En 2017, des évaluations des capacités de réglementation de l'Afghanistan, de l'Égypte, de la République islamique d'Iran, de la Jordanie, du Liban, du Pakistan, de la Somalie et du Soudan ont été effectuées à l'aide de l'outil mondial de référence de l'OMS destiné aux autorités de réglementation nationales. Elles ont abouti à la mise au point de plans détaillés de développement institutionnel pour ces autorités de réglementation nationales. Un suivi de la mise en œuvre de ces plans sera réalisé au cours des deux prochaines années. Une évaluation informelle de l'autorité réglementaire nationale a également été effectuée en Arabie saoudite.

Toujours en 2017, un appui technique en matière de sécurité vaccinale a été apporté au Pakistan, à la République arabe syrienne et au Yémen pour combler les lacunes concernant l'investigation des manifestations postvaccinales indésirables et l'évaluation des causes. Les capacités des spécialistes de la réglementation dans les pays producteurs de vaccins (Arabie saoudite, Égypte et République islamique d'Iran) et des pays bénéficiant d'un appui au titre du Cadre de préparation à la grippe pandémique (Pakistan et Soudan) ont également été renforcées dans le cadre du réseau OMS

Global Learning Opportunities for Vaccine Quality [opportunités d'apprentissage mondiales pour la qualité des vaccins].

Avec la clôture en 2016 du Plan d'action mondial pour les vaccins antigrippaux qui visait à relever les défis de la production et de l'utilisation durable des vaccins antigrippaux dans les pays en développement, l'OMS a mis au point un outil d'évaluation pour évaluer la durabilité de la vaccination antigrippale dans les plans de préparation à une pandémie de grippe. L'outil d'évaluation a été adapté et testé au Maroc en 2017.

Résistance aux antimicrobiens

Compte tenu de l'importance mondiale de la résistance aux antimicrobiens, la soixante-quatrième session du Comité régional a adopté la résolution EM/64/R.5 concernant ce point en octobre 2017. La résolution invite instamment les pays de la Région à élaborer et approuver des plans d'action nationaux pour combattre la résistance aux antimicrobiens, à établir un mécanisme de coordination multisectorielle de haut niveau pour superviser leur mise en œuvre, à appliquer des politiques pour prévenir l'achat d'antimicrobiens sans prescription et à mettre en place des systèmes nationaux de surveillance de la résistance aux antimicrobiens et des programmes de lutte contre les infections. En décembre 2017, 10 pays avaient mis au point des plans d'action nationaux pour lutter contre la résistance aux antimicrobiens, dont deux ont été officiellement soumis à l'OMS. Les plans impliquent l'engagement de plusieurs secteurs, y compris les secteurs de la production animale, agricole et alimentaire.

Une série de séminaires-ateliers de formation ont été organisés en 2017 pour améliorer les capacités des points focaux nationaux en matière de mise en œuvre du système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) et d'utilisation du logiciel WHONET pour la saisie, l'analyse, l'agrégation et la notification des données sur la résistance aux antimicrobiens sur la plateforme du système GLASS. De ce fait, 11 pays se sont inscrits sur la plateforme du système GLASS, dont neuf ont soumis des données sur la résistance aux antimicrobiens qui ont été intégrées au rapport du Système GLASS publié en janvier 2018. En outre, des équipes nationales dans huit pays ont été formées à la méthodologie OMS de collecte de données nationales sur la consommation d'antibiotiques. En conséquence, des données sur la consommation d'antibiotiques en République islamique d'Iran, en Jordanie et au Soudan ont été soumises et seront incluses dans un rapport mondial sur ce sujet. De plus, l'état d'avancement des programmes de lutte contre les infections a été évalué dans huit pays, et des plans stratégiques ont été préparés pour améliorer ou créer des programmes nationaux au niveau des établissements.

En 2017 également, le guide de l'OMS consacré à l'adaptation des programmes de lutte contre la résistance aux antimicrobiens, qui représente un protocole pour modifier les comportements en matière de résistance aux antimicrobiens, a été élaboré en collaboration avec des experts de différents pays de la Région. Il sera testé en Égypte, au Qatar et au Soudan au cours de l'année 2018. Un appui technique a également été fourni pour mettre en place des systèmes internes de contrôle de la qualité dans trois pays (Iraq, Jordanie et Soudan) en organisant l'expédition de souches de contrôle qualité pour les agents pathogènes ayant développé une

résistance aux antimicrobiens. L'OMS a célébré l'édition 2017 de la Semaine mondiale pour un bon usage des antibiotiques (13 au 19 novembre) en organisant un événement au Caire auquel ont participé l'Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture (FAO), les médias et des experts dans les domaines de la lutte contre les infections, de la surveillance et de la recherche. Des supports de communication régionaux ont été préparés et un concours médiatique régional a été lancé pour encourager les médias à écrire sur la résistance aux antimicrobiens et l'utilisation des antibiotiques dans la Région. En outre, diverses activités de plaidoyer et de sensibilisation ont eu lieu dans 11 pays pour célébrer cette semaine.

Dans une perspective d'avenir, les principaux défis auxquels se heurte la mise en œuvre correcte des stratégies de lutte contre la résistance aux antimicrobiens dans la Région comprennent un manque de ressources financières et humaines nationales pour soutenir la lutte contre la résistance aux antimicrobiens et la prévention et la lutte contre les infections, la limitation des capacités des laboratoires de microbiologie et la fragmentation des programmes de lutte contre la résistance aux antimicrobiens et contre les infections au niveau des pays. L'OMS continuera à fournir l'appui technique nécessaire aux États Membre pour augmenter leurs capacités en matière d'élaboration de plans d'action nationaux pour s'attaquer à la résistance aux antimicrobiens, de mise en place de programmes de prévention et de lutte contre les infections au niveau des établissements ainsi que de programmes de surveillance de la résistance aux antimicrobiens au niveau national. L'OMS aidera également les pays à mettre en œuvre des programmes pertinents de plaidoyer, de sensibilisation et d'éducation pour promouvoir le changement de comportements.

Laboratoires de santé publique

En 2017, conformément au cadre stratégique pour le renforcement des services de laboratoire de santé (2016-2020), cinq pays (Afghanistan, Arabie saoudite, Iraq, Maroc et Pakistan) ont reçu des conseils et un appui ciblés pour la création d'un groupe de travail national concernant les laboratoires et l'élaboration de politiques et de plans stratégiques nationaux pour les laboratoires. En outre, la gestion et la gouvernance des systèmes de laboratoire et des laboratoires individuels ont été renforcées grâce à la formation et au mentorat de 84 cadres de haut niveau dans trois pays (Afghanistan, Jordanie et Soudan). Au Soudan, le programme d'enseignement des sciences des laboratoires médicaux a été revu et mis à jour pour soutenir le développement des personnels de laboratoire.

En 2017, l'OMS a également fourni un appui au suivi et à l'évaluation des performances et de la qualité des laboratoires dans 20 pays. Il s'agissait notamment de coordonner les programmes externes d'évaluation de la qualité et les activités de formation, ce qui a abouti à la certification de 53 membres du personnel en tant qu'évaluateurs de laboratoires de santé. La sûreté et la sécurité biologique ont été identifiées par l'évaluation externe conjointe du Règlement sanitaire international (2005) comme domaine nécessitant des améliorations majeures dans la Région. Neuf pays ont reçu une aide dans la mise en place d'un groupe de responsables et de formateurs nationaux qualifiés en matière de sûreté biologique. Ils proposent maintenant une formation nationale et provinciale en matière de sûreté et de sécurité biologiques, ainsi que la maintenance et l'entretien des enceintes de sécurité biologique. De plus, pour améliorer l'envoi des échantillons

par voie aérienne, 118 membres du personnel ont été certifiés en tant qu'expéditeurs de matières infectieuses.

Les laboratoires continuent de jouer un rôle transversal et ont contribué à divers domaines techniques tels que la mise en place d'une surveillance de la résistance aux antimicrobiens, la fourniture de réactifs et de kits pour le diagnostic des infections prioritaires et la mise à disposition d'un soutien technique pendant les situations d'urgence, y compris la publication de la seconde édition de la publication OMS consacrée aux installations de laboratoires de santé en situations d'urgence et durant les catastrophes.

Sécurité transfusionnelle

En 2017, l'OMS a fourni des orientations aux pays pour la mise en œuvre du cadre stratégique régional pour la sécurité et la disponibilité des produits sanguins (2016-2025), l'accent étant mis sur le renforcement des systèmes de réglementation du sang, l'amélioration de la gestion des donneurs de sang, le renforcement des



↑ **Orientations techniques sur la prestation de service de laboratoire de base dans différents types de situations d'urgence**

systèmes d'hémovigilance et la satisfaction de la demande accrue de transfusion sanguine dans les situations d'urgence humanitaire. Pour renforcer les systèmes nationaux de réglementation du sang, la législation sur le sang de neuf pays a été revue et un appui technique a été fourni pour actualiser la législation en vue d'une gestion efficace du sang et des produits sanguins en tant que produits médicaux essentiels. En outre, compte tenu des différences de législation sur le sang entre les pays, et pour faciliter l'harmonisation des législations dans la Région et la mise en œuvre des recommandations de l'OMS, l'OMS fournit un appui technique pour la mise à jour de leur législation dans ce domaine.

La demande de sang et de produits sanguins continue d'augmenter dans les pays touchés par des urgences humanitaires. Cinq pays (Afghanistan, Iraq, Libye, République arabe syrienne et Yémen) ont bénéficié d'une aide pour intégrer les services de transfusion sanguine dans l'ensemble des efforts nationaux de préparation et de riposte aux situations d'urgence, et pour assurer la sécurité et la disponibilité des transfusions sanguines durant les situations d'urgence humanitaire. L'OMS continuera de fournir une orientation et un appui complets pour la mise en œuvre du cadre stratégique régional, en mettant l'accent sur les principales interventions prioritaires décrites dans ledit cadre.