

Chapitre 1

Développement et sécurité sanitaires





1. Développement et sécurité sanitaires

1.1 Objectif stratégique 1 : réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles

Enjeux et défis

Trois événements majeurs ont marqué l'année 2010 pour ce qui concerne les maladies transmissibles. Tout d'abord, on a constaté une hausse sensible de l'incidence de la poliomyélite au Pakistan, accompagnée d'une propagation à de nouveaux districts, en raison essentiellement des très fortes inondations que le pays a subies, et d'une gestion nationale inadéquate du programme d'éradication. En second lieu, la première semaine régionale de la vaccination a été lancée et suivie de façon inattendue par 100 % des pays, qui y ont activement participé. Enfin, un projet d'élimination de la schistosomiase sur six ans a été initié au Yémen, avec le soutien conjoint de l'OMS et de la Banque mondiale. Grâce aux cinq grands programmes associés à cet objectif stratégique, le Bureau régional a maintenu son soutien à tous les pays, en particulier à ceux qui sont prioritaires, pour réduire la charge sanitaire, sociale et économique due aux maladies transmissibles.

L'accès à des services de vaccination systématique de qualité a été sensiblement amélioré. La couverture par la troisième dose du vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux est à présent proche ou supérieure à 90 % dans la plupart des pays prioritaires. Du fait d'une amélioration relative de l'accès à la vaccination systématique en Somalie et au Sud-Soudan, la couverture régionale par ce vaccin a atteint 88 % en 2009. Malgré cette réussite récente, environ 1,9 million d'enfants n'ont pas bénéficié de l'ensemble des vaccinations prévues dans le calendrier de vaccination de base en 2009 ; ceux-ci sont situés pour moitié au Pakistan et pour moitié dans quatre autres pays prioritaires. Les facteurs ayant entravé la progression vers la réalisation des objectifs fixés dans certains pays sont l'existence de situations d'urgence ou de contextes difficiles, des capacités inégales sur le plan technique comme sur celui de la gestion, les pressions exercées sur les systèmes de santé, la concurrence entre priorités, une adhésion de même qu'un engagement financier gouvernemental insuffisants, une sensibilisation médiocre de la population et des attitudes peu satisfaisantes.

La mortalité due à la rougeole a chuté de 93 % par rapport aux statistiques de 2000. Une surveillance en laboratoire de cette maladie a par ailleurs été instaurée dans la majorité des pays, et plusieurs d'entre eux sont en voie d'atteindre la cible d'élimination de la rougeole. Pourtant, la Région éprouve encore des difficultés à réaliser cette cible. Dans plusieurs pays, la couverture vaccinale systématique n'a pas atteint le taux de 95 % de couverture par deux doses de vaccin antirougeoleux dans tous les districts, taux qui est nécessaire pour corroborer la réalisation de l'élimination. Ceux-ci doivent donc réaliser des campagnes de suivi de la rougeole, ce qui requiert un soutien de la part du gouvernement comme des partenaires financiers. La surveillance de cette maladie doit atteindre la norme permettant de confirmer la validation de son élimination.

Bien qu'elle ait gagné du terrain au cours des dernières années, en particulier dans les pays à revenu élevé et dans ceux à revenu faible, l'introduction de nouveaux vaccins est encore



Le Programme élargi de vaccination : une protection pour tous

confrontée à d'importants obstacles dans les pays à revenu intermédiaire. Quatre d'entre eux, situés dans la tranche inférieure, et qui représentent 32 % de la cohorte de naissance, n'ont pas encore introduit le vaccin contre le Hib, et la situation est encore pire concernant les vaccins antipneumococcique et antirotavirus. Les principaux facteurs sous-jacents expliquant ce problème sont le prix élevé de ces vaccins, l'ignorance des décideurs vis-à-vis du rapport coût-efficacité de l'introduction et la faiblesse des dispositifs d'achat des vaccins.

La transmission du poliovirus, qui se poursuit en Afghanistan et au Pakistan, représente un défi majeur pour la Région. En Afghanistan, la circulation a lieu dans la partie sud du pays, dans les zones peu sûres et d'accès difficile. Au Pakistan, le poliovirus continue à causer des paralysies chez les enfants, en raison de l'incapacité à vacciner tous les enfants avec un nombre suffisant de doses. Les raisons de cet échec sont liées aux problèmes d'insécurité, notamment dans les zones tribales sous administration fédérale, à une surveillance et une appropriation insuffisantes, à des difficultés opérationnelles et des contraintes de planification, et à l'absence d'identification et de prise en

compte des groupes de population à haut risque et sous-desservis. La Somalie, le Sud-Soudan et le Yémen sont soumis à un risque élevé d'importation des poliovirus sauvages, car ceux-ci circulent dans des pays voisins en Afrique. La probabilité d'une propagation de ceux-ci est en rapport avec le grand nombre d'enfants insuffisamment vaccinés, à cause de la faiblesse des infrastructures de soins et des difficultés d'accès dues à des facteurs naturels et humains. Les défis auxquels est confronté le programme sont l'obtention d'un financement suffisant pour réaliser des activités de vaccination supplémentaire dans les pays d'endémie et ceux qui présentent un risque ; le maintien de la surveillance de la paralysie flasque aiguë au niveau requis pour la certification ; et la garantie d'une détermination politique soutenue dans les pays d'endémie poliomyélitique comme dans ceux qui en sont exempts.

Même si les zones affectées par la dracunculose (maladie du ver de Guinée) continuent à se réduire, la difficulté consiste à pouvoir maintenir des activités de surveillance et de vérification adaptées dans les zones exemptes, qui s'élargissent constamment. Les programmes de lutte contre la lèpre demeurent peu performants



dans les pays connaissant des situations d'urgence complexe comme la Somalie et le Soudan. Dans ces deux pays, la lutte soutenue contre la schistosomiase et la filariose lymphatique pose toujours problème en dépit de la disponibilité d'outils efficaces et d'un bon rapport coût-efficacité. Dans les pays ayant réussi à éliminer la filariose lymphatique, comme l'Égypte et le Yémen, la prise en charge des lymphoedèmes et l'atténuation des incapacités doivent faire l'objet d'une action plus soutenue. Les pays ayant éliminé la schistosomiase ou atteint un niveau de faible endémicité doivent encore procéder à une vérification à l'aide d'outils sensibles, ce qui pourrait nécessiter une expertise et des fonds qui ne sont pas encore disponibles. La trypanosomiase reste un sujet de préoccupation au Sud-Soudan, car la plupart des partenaires chargés de la mise en œuvre opérationnelle ont réduit l'ampleur de leurs activités de lutte. Les mouvements de populations non immunes du nord au sud du Soudan entraînent un risque important de survenue de flambées de leishmaniose viscérale, si ces populations s'installent dans des zones de transmission.

Ces dernières années, les pays de la Région comme le reste du monde, ont connu de graves et fréquentes flambées de maladies émergentes et réémergentes. Celles-ci ont souvent été détectées trop tard. Les ripostes, organisées tardivement aussi, étaient généralement inadaptées, engendrant une mortalité élevée et une forte charge de morbidité. Les principaux problèmes provenaient de la faiblesse des systèmes de surveillance devant permettre une détection précoce des flambées, et de l'insuffisance des ressources, notamment humaines. Quant au défi actuel, il consiste à maintenir un soutien à tous les pays, pour qu'ils évaluent leurs principales capacités de mise en œuvre et de suivi du Règlement sanitaire

international (2005) d'ici à juin 2012, et pour qu'ils renforcent et préservent leurs capacités de détection, d'évaluation, de notification et de riposte appropriées aux événements de santé publique de portée nationale et internationale. Concernant la grippe, l'enjeu consiste à appuyer la préparation pour cette maladie aux niveaux national et régional, en tirant profit des occasions et des enseignements tirés de la pandémie passée ; et à diminuer les possibilités d'infection humaine par la grippe aviaire (H5N1).

Dans le domaine de la lutte antivectorielle, les autres grands défis portent sur les capacités de coordination et d'extension effectives des interventions de gestion intégrée des vecteurs au niveau national ; et sur la résistance des vecteurs aux insecticides et la gestion des pesticides au sein du cadre de référence sur la gestion intégrée des vecteurs. La recherche opérationnelle a connu d'importantes réussites grâce au Programme de petites subventions, et malgré la faiblesse des ressources financières généralement disponibles pour la recherche sur les maladies transmissibles.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Dans le domaine de la *vaccination et des maladies évitables par la vaccination*, la moyenne régionale pour la couverture systématique par le vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC), sur la base des données notifiées par les pays, a atteint 91% en 2010. Seize pays (pour une cible de dix-huit pays en 2010) ont réalisé un taux de 91 % de couverture systématique par la troisième dose de ce vaccin. L'Afghanistan, Djibouti, le Pakistan et le Yémen sont très proches du niveau de couverture ciblée. La



Le Directeur régional visite l'exposition organisée à Oman pendant la Semaine de la vaccination

situation de la plupart de ces pays en matière de sécurité explique en grande partie le retard pris dans la réalisation de cet objectif. Les efforts conjoints déployés par l'OMS, l'UNICEF et les autres partenaires pour améliorer l'accès aux services de vaccination en Somalie et au Sud-Soudan ont permis d'augmenter sensiblement la couverture vaccinale systématique entre 2008 et 2010 : en Somalie, cette dernière est passée de 31 à 66 % entre ces deux dates, et de 26 à 71 % au Sud-Soudan au cours de la même période. L'OMS a continué à fournir un soutien complet aux pays prioritaires pour atteindre les populations inaccessibles au moyen de méthodes appropriées, notamment l'approche Atteindre chaque district, les journées de la santé de l'enfant et les campagnes d'accélération, qui comportent une vaccination par des vaccins multi-antigènes et d'autres interventions de survie de l'enfant en Somalie.

Le Bureau régional a également axé son soutien sur le renforcement des capacités nationales en matière de planification, de gestion, d'actions de sensibilisation et de mobilisation de ressources en vue de la mise en œuvre des activités planifiées. L'actualisation des plans pluriannuels nationaux de grande ampleur a été entreprise

avec l'appui de l'OMS dans plusieurs pays. Le Bureau régional a élaboré un manuel régional pour permettre un examen approfondi du Programme élargi de vaccination ; testé sur le terrain au Pakistan, ce manuel a été mis en œuvre en Égypte. Une formation régionale a été effectuée sur le thème de l'évaluation de la gestion des vaccins ; le logiciel servant à utiliser le système de gestion des stocks et de l'achat de vaccins a été mis à jour et traduit en arabe et les directives relatives à cette question ont été actualisées et également traduites en arabe ; les données de plusieurs pays ont été migrées vers la nouvelle version du logiciel. Pour consolider les programmes nationaux de vaccination et le soutien que leur accordent les gouvernements nationaux et les partenaires, le Bureau régional a lancé la première Semaine de la vaccination en avril 2010 ; cet événement a recueilli un succès sans précédent, grâce à la participation de tous les pays de la Région. Il a également bénéficié d'une large couverture de la part des médias de tous les pays, qui ont été attentifs au message selon lequel la vaccination demeure l'un des outils de santé publique les plus rentables.

Selon les estimations, les décès dus à la rougeole dans la Région en 2010 ont baissé de 93 % par rapport à 2000. Malheureusement, la cible d'élimination régionale de la rougeole, planifiée pour 2010, n'a pas pu être atteinte et a dû être reportée à 2015. Néanmoins, plusieurs pays sont sur le point de valider l'élimination de cette maladie. Quatorze pays réalisent une couverture par la première dose de vaccin à valence rougeole de plus de 95 % au niveau national et dans la majorité des districts. Dix-neuf pays réalisent aussi une vaccination systématique par la deuxième dose de ce vaccin, mais les niveaux de couverture atteints sont variables. Jusqu'à présent, les pays devant effectuer



des campagnes de suivi le font en temps opportun. L'Afghanistan et le Pakistan ont connu des flambées de rougeole, dues en grande partie à la situation d'insécurité et en ce qui concerne le Pakistan, aux inondations dévastatrices qui ont frappé le pays. La qualité des données communiquées suite aux campagnes de suivi est préoccupante. La surveillance des cas de rougeole en laboratoire est mise en œuvre dans tous les pays, dix-neuf d'entre eux effectuent cette surveillance dans l'ensemble du pays et trois réalisent une surveillance sentinelle. Par ailleurs, le suivi des indicateurs d'élimination s'est sensiblement amélioré dans plusieurs pays. Grâce aux capacités renforcées des réseaux de laboratoire en détection et géotypage du virus, 20 pays ont réussi à identifier les géotypes locaux du virus de la rougeole en circulation. Le soutien du Bureau régional a été un facteur déterminant dans cette réussite. Celui-ci a aussi fourni un appui technique à la planification et à la mise en œuvre des plans d'action nationaux, ainsi qu'à la mobilisation de ressources pour renforcer la surveillance et effectuer des campagnes de suivi dans les pays qui en ont besoin.

L'introduction de nouveaux vaccins a progressé, en particulier dans les pays à revenu intermédiaire et faible. Le Maroc utilise à présent les vaccins antirotavirus et antipneumococcique ; au début de l'année 2011, le Yémen a mis en route la vaccination antipneumococcique et la Tunisie a repris la vaccination contre le Hib, portant le total des pays qui ont adopté le vaccin contre le Hib, et les vaccins antipneumococcique et antirotavirus à 18, 8 et 3 respectivement, ce qui est conforme à la cible de 2010. En outre, l'Iraq a entrepris les préparatifs nécessaires pour introduire le vaccin contre le Hib et le vaccin antirotavirus en 2011. La Jamahiriya arabe libyenne s'est également appêtée

pour l'utilisation des vaccins antirotavirus et antipneumococcique, le Soudan a fait de même pour le vaccin antirotavirus et le Pakistan pour le vaccin antipneumococcique en 2011. Les principaux facteurs ayant contribué à ces réalisations sont la détermination nationale des pays à revenu intermédiaire, l'allocation croissante accordée par les gouvernements de ces pays, et la possibilité de soutien financier offert par l'Alliance mondiale pour les vaccins et la vaccination (GAVI). Les autres raisons majeures de ces succès sont le soutien complet fourni par le Bureau régional concernant les points suivants : l'évaluation de la charge de morbidité grâce au réseau de surveillance régional et l'utilisation des données générées à des fins de sensibilisation et de prise de décision fondée sur des bases factuelles ; et la préparation de plans pluriannuels complets, de la soumission de dossiers à l'Alliance GAVI et de l'introduction de vaccins.

Le Bureau régional met tout en œuvre pour intensifier davantage l'introduction de nouveaux vaccins, notamment dans les pays à revenu intermédiaire. La constitution d'un système régional d'achat groupé de vaccins est en cours. Il a également été entrepris de sensibiliser les décideurs, d'achever la version finale de l'étude de faisabilité, d'examiner les dispositifs d'achat dans les différents pays et d'analyser diverses options à cet égard. La mise en œuvre de la première phase pour l'achat groupé de vaccins devrait commencer en 2011 par l'intermédiaire de l'UNICEF.

Le Bureau régional accorde toute l'attention voulue au renforcement des capacités nationales en matière de prise de décision fondée sur des bases factuelles, notamment en consolidant les groupes consultatifs techniques nationaux sur la vaccination, ainsi que la surveillance. Il a maintenu son soutien à la mise en place et au renforcement de ces groupes, par des

actions de sensibilisation, de normalisation, d'échange d'informations et de mise au courant de leurs présidents. Actuellement, 21 pays disposent de groupes consultatifs techniques, ce qui constitue la part la plus élevée en comparaison des autres régions. Le réseau régional de surveillance dont le but est d'évaluer la charge des maladies évitables par de nouveaux vaccins est en cours de renforcement ; les données générées sont utilisées sans discontinuer pour prendre des décisions fondées sur des bases factuelles concernant l'introduction de nouveaux vaccins. Actuellement, dix-sept pays effectuent une surveillance de la méningite bactérienne, tandis que cinq pays réalisent en sus la surveillance d'autres maladies bactériennes invasives (pneumonie et septicémie) et que dix-sept pays rassemblent des données sur la charge de morbidité liée aux rotavirus. Ces chiffres sont conformes aux cibles des résultats escomptés au niveau régional. En ce qui concerne enfin le suivi et l'évaluation du Programme élargi de vaccination, la plupart des pays effectuent actuellement le suivi des données au niveau du district, et vingt pays ont remis le Rapport conjoint OMS/UNICEF de notification des activités de vaccination dans les délais impartis.

La Région progresse sur la voie de l'éradication de la poliomyélite. Malgré les difficultés d'origine humaine et naturelle que rencontre le programme régional et leurs effets négatifs sur les activités d'éradication de cette maladie, notamment dans les deux derniers pays d'endémie (Afghanistan et Pakistan), la Région a poursuivi son cheminement vers la cible d'éradication de la poliomyélite : en effet, dix-neuf pays demeurent exempts de poliomyélite et le Soudan a recouvré son état d'absence de poliomyélite, après la fin de l'épidémie causée par une importation du virus. La moitié des

vingt pays de la Région qui sont exempts de poliomyélite ont mis en œuvre des activités de vaccination supplémentaire, visant plus particulièrement les zones habitées par des populations à haut risque et dont la couverture par la vaccination systématique est faible. Plusieurs initiatives ont en outre été introduites dans le programme, comme l'utilisation du très efficace vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, et le suivi indépendant des activités de vaccination supplémentaire.

Le système de surveillance régionale de la paralysie flasque aiguë (PFA) continue à opérer selon les normes internationales établies et dépasse même les normes dans de nombreux pays prioritaires. En 2010, tous les pays ont atteint le taux ciblé de PFA non poliomyélitique, et tous les pays sauf Bahreïn, Djibouti, le Liban et le Maroc ont réalisé la cible de 80 % relative au taux de collecte d'échantillons de selles adéquats en ce qui concerne les cas de PFA. Un examen indépendant de la surveillance de cette paralysie a été effectué dans trois de ces quatre pays (Djibouti, le Liban et le Maroc), de même qu'en Égypte, en Somalie, au Sud-Soudan et en Tunisie. Le bulletin hebdomadaire *Polio Fax* permet de suivre et d'évaluer les indicateurs de performance de manière continue, tout en fournissant un retour d'information en temps opportun aux ministères de la santé. Pour assurer des interventions opportunes et efficaces contre les probables épidémies dues aux importations de virus, le Bureau régional a conçu un modèle qui est actuellement appliqué aux données nationales sur la surveillance et la vaccination. Les résultats sont utilisés pour alerter les pays et leur conseiller des actions appropriées. Le réseau de laboratoires, qui sont tous accrédités, a maintenu ses excellentes performances. Les processus de confinement et de certification



En visite au Baloutchistan (Pakistan), où la poliomyélite est encore endémique, le Directeur régional soutient le Plan d'action national d'urgence, qui vise à vacciner systématiquement chaque enfant

se sont poursuivis et ont connu d'importants progrès. Le suivi des échéances mondiales concernant la Région dans le domaine de l'éradication de la poliomyélite a montré que le Sud-Soudan, où la circulation du virus a repris, a atteint la cible de moins de 10 % d'enfants « oubliés » dans le processus de vaccination.

Le Pakistan a accompli des progrès considérables dans son combat pour éradiquer la poliomyélite. Au début des années 1990, l'incidence annuelle de cette maladie était estimée à plus de 20 000 cas. En quinze ans, les initiatives nationales en faveur de son éradication ont permis de notables avancées dans la fourniture d'une vaccination à tous les enfants du pays. Au cours des cinq dernières années, le nombre de cas de poliomyélite est passé au-dessous de cent par an, ce que confirme un système de surveillance très sensible et efficace. Ces formidables progrès sur la voie de l'éradication de la maladie au Pakistan ont été mis en sérieuse difficulté au cours des trois dernières années par l'instabilité et la guerre dans les zones frontalières de l'Afghanistan, qui ont empêché d'atteindre

les enfants de façon sûre. Mais le programme a également été confronté à des problèmes de gestion dans certaines zones sans difficulté d'accès. À cause de ces éléments, les enfants des principales zones à haut risque n'ont pas reçu le nombre adéquat de doses du vaccin antipoliomyélitique oral ; par conséquent, le nombre de cas de poliomyélite a augmenté jusqu'à atteindre le nombre de 140, le chiffre le plus élevé depuis 2000. Les trois-quarts d'entre eux ont été notifiés dans ces districts à haut risque. Par ailleurs, les virus sauvages isolés à partir de cas notifiés dans d'autres zones étaient génétiquement liés, pour la plupart, à ceux des zones à haut risque. Le programme pakistanais a fait d'importants efforts depuis deux ans : il a notamment introduit le vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, élaboré des plans complets par district, amélioré le système de suivi en le rendant indépendant et en adoptant le marquage au doigt, et renforcé le plan du Premier ministre en mettant l'accent sur la collaboration intersectorielle en vue de l'éradication de la poliomyélite. Simultanément, la préservation d'un système de surveillance de très grande ampleur, soutenu par un réseau de laboratoires fonctionnant correctement, a fait l'objet d'une attention particulière. Alors que des preuves d'amélioration de la situation épidémiologique apparaissaient au cours du premier semestre, le pays a dû faire face à des inondations dévastatrices. Ces dernières ont provoqué d'importants mouvements de population, essentiellement des zones à haut risque vers les zones exemptes, des destructions massives des infrastructures sanitaires et une interruption des services de soins. En conséquence, le nombre de cas de poliomyélite a fortement augmenté, notamment pendant les cinq derniers mois de 2010. Au vu de la situation, le Directeur général et le Directeur régional se sont rendu en visite au Pakistan et y ont rencontré

son Président, qui a ordonné l'élaboration immédiate d'un plan d'action d'urgence visant à stopper la transmission de la poliomyélite dans le pays d'ici à la fin 2011. Mis au point en étroite collaboration avec l'OMS, ce plan est axé sur la réalisation d'une surveillance gouvernementale constante, d'une appropriation et d'une obligation de rendre des comptes à chaque niveau administratif ; la mise en place d'un accès régulier aux zones d'insécurité ; la garantie d'une vaccination systématique de tous les enfants dans les districts/administrations et populations qui présentent le plus grand risque d'entretenir la transmission du poliovirus. Un groupe spécial national a été formé sous la direction du Premier ministre pour suivre les progrès accomplis ; il comprend le gouverneur de Khyber Pakhtunkhwa/zones tribales sous administration fédérale et les ministres principaux des provinces.

Le programme d'éradication de la poliomyélite en Afghanistan continue à utiliser des mesures innovantes pour augmenter l'accès et la sécurité du personnel. Plus de 80 % de la population vit dans des zones sans circulation bien implantée du poliovirus, qui est strictement cantonné à la région méridionale. La grande majorité des cas ont été notifiés dans les treize districts du sud touchés par le conflit. Une planification par district, le recrutement d'administrateurs de district, une formation spéciale pour le personnel mettant en œuvre les activités de vaccination supplémentaire et l'administration de vermifuges et des actions de communication ont été mis en place pour améliorer l'acceptabilité, la gestion et la qualité de la campagne dans la région du sud, en particulier dans les treize districts à haut risque. Le Ministère de la Santé publique a constitué un groupe des politiques pour suivre les progrès accomplis, examiner les questions stratégiques et prendre les mesures

appropriées. Un groupe consultatif en charge des treize districts hautement prioritaires du sud a également été formé. Pour faire face au risque croissant d'importation en Afghanistan, due à l'intensification de la circulation du virus dans la région frontalière des zones tribales sous administration fédérale/Khyber Pakhtunkhwa au Pakistan et à la flambée constatée au Tadjikistan, des mesures fondamentales ont été adoptées : opérations de ratissage, vaccination des populations traversant les frontières et hausse de la sensibilité de la surveillance.

Outre le soutien technique étendu aux programmes nationaux, en particulier dans les pays d'endémie et à haut risque, le Groupe consultatif technique régional sur l'éradication de la poliomyélite et le groupe consultatif technique pour l'Afghanistan, le Pakistan et la Corne de l'Afrique ont poursuivi leurs actions d'information du programme sur l'adéquation des stratégies en cours et sur les autres éventuelles stratégies/méthodes possibles pour atteindre la cible. Le Bureau régional a maintenu ses initiatives visant à accroître sa coopération avec les autres régions de l'OMS en vue de l'éradication de la poliomyélite, grâce à l'échange régulier d'informations et d'expériences, et à l'extension de l'appui technique.

Dans le domaine des *maladies tropicales et zoonoses*, le programme d'éradication de la dracunculose (maladie du ver de Guinée) a maintenu ses progrès au Sud-Soudan. Les zones d'endémie sont de plus en plus réduites, si bien que la maladie n'est plus présente que dans six des quatre-vingt comtés du Sud-Soudan. Le nombre de villages où existent des cas autochtones est passé de 594 en 2009 à 226 en 2010, ce qui représente une diminution de plus de 60 %. Les progrès sont aussi illustrés par la baisse du nombre de cas, qui est passé de 2733 en 2009 à 1646 en 2010. Ces résultats sont dus à l'amélioration



constante du taux de confinement, qui est passé de 50 % au cours de la période 2006-2008 à 76 % en 2009 et l'utilisation par presque 100 % de la population de réservoirs à eau équipés de filtres en tissu et de filtres de canalisation dans 60 % des villages d'endémie. Cependant, dans le nord du pays, où la transmission a été interrompue depuis 2003, les activités appropriées de surveillance et de notification requises pendant la phase de précertification sont encore insuffisantes et doivent être intensifiées.

La Région de la Méditerranée orientale demeure celle où la charge de morbidité due à la lèpre est la plus faible : tous les pays ont en effet atteint l'objectif d'élimination, soit une prévalence inférieure ou égale à un cas pour 10 000 habitants. L'incidence des nouveaux cas signalés s'élevait à 4029 en 2009 et à 4080 en 2010, d'après les données portant sur dix-neuf pays. Malgré le large usage de la polychimiothérapie, cette incidence est presque stable, car la notification a été améliorée et les données portant sur le Sud-Soudan ont été incorporées depuis 2007. En 2010, le Président de la *Nippon Foundation* [Fondation nipponne] qui est aussi l'ambassadeur itinérant de l'OMS pour l'élimination de la lèpre, a effectué une visite au Bureau régional, ainsi qu'en Égypte et au Liban. Cette visite a fourni l'occasion de confirmer l'intérêt de la *Nippon Foundation* pour les programmes de lutte antilépreuse dans la Région ; d'encourager les autorités sanitaires nationales à soutenir en permanence ces programmes, y compris dans les milieux où la charge de morbidité est basse afin d'y maintenir une action assurant que des stratégies adaptées d'élimination sont appliquées ; et de transmettre des messages importants aux médias, sur le thème de la lèpre et des droits des personnes qui en sont atteintes.



Le Directeur régional et M. Yohei Sasakawa, ambassadeur itinérant de l'OMS pour l'élimination de la lèpre, pendant la réunion régionale annuelle des administrateurs de programmes de lutte contre la lèpre

Concernant la schistosomiase, deux réussites majeures retiennent l'attention. Premièrement, les préparatifs du projet national d'une durée de six ans, soutenu par la Banque mondiale et l'OMS et portant sur l'élimination de cette maladie au Yémen, ont été achevés, et une campagne de distribution massive de médicaments a été lancée, permettant de traiter plus de 2,6 millions de personnes dans les foyers d'endémicité. Deuxièmement, l'interruption de la transmission de la schistosomiase urinaire a été confirmée au Maroc, comme l'ont montré des études séro-épidémiologiques et malacologiques ayant bénéficié de l'appui de l'OMS. L'année 2010 a été marquée par une hausse substantielle de la couverture par des médicaments dans les zones affectées par la maladie en Somalie, suite au soutien fourni par l'OMS au programme local concernant 50 000 comprimés de praziquantel.

L'Égypte a achevé la dixième campagne de distribution massive de médicaments dans 29 villages pour éliminer la filariose lymphatique ; une évaluation indépendante a montré que près de 75 % des populations cibles en Égypte ont bénéficié d'au moins

trois campagnes. Au Yémen, la distribution massive de médicaments a été stoppée sur le continent au bout de cinq campagnes, mais elle doit se poursuivre sur l'île de Socotra. Quant aux régions nord et sud du Soudan, elles se trouvent dans la phase de cartographie.

L'OMS a fourni à des centres de traitement de la trypanosomiase humaine africaine, les médicaments et réactifs nécessaires au dépistage, au diagnostic et au traitement de la maladie au Sud-Soudan, où elle est endémique. Un nouveau protocole thérapeutique fondé sur une association d'éflornithine et de nifurtimox, plus court, d'administration plus aisée et destiné aux patients à un stade avancé, a été introduit dans tous les centres admettant ce type de patients. En outre, un système de pharmacovigilance visant à effectuer un suivi des événements indésirables survenant lors de l'utilisation du nouveau protocole, a été mis en place. Mais en novembre 2010, sur 1,8 million de personnes vivant dans des zones d'endémie, seules 5232 d'entre elles ont bénéficié d'un dépistage passif, et 445 d'un dépistage actif, essentiellement à cause de l'absence de partenaires chargés de la mise en œuvre de ces examens. Par conséquent, seuls 156 nouveaux cas ont été diagnostiqués et traités durant cette période.

L'OMS a joué un rôle de premier plan dans la riposte à la flambée actuelle de leishmaniose viscérale au Sud-Soudan, où environ 1000 cas ont été traités chaque mois depuis octobre 2009. Elle a fourni un appui technique aux partenaires chargés de la mise en œuvre de la riposte, de même que des tests diagnostiques et les composants nécessaires à l'association médicamenteuse qui réduit la durée de l'hospitalisation de 30 jours à 17 jours. Des progrès ont également été accomplis dans la normalisation du système de surveillance de la leishmaniose cutanée

dans les pays de la Région, et l'OMS a soutenu le renforcement des capacités de mise en œuvre.

Dans le domaine de la *surveillance, de la prévention et de l'action de lutte en ce qui concerne les maladies transmissibles*, le Bureau régional a maintenu son appui au renforcement et à la préservation des capacités de détection, d'évaluation et de notification des événements de santé publique de portée nationale et internationale. Le soutien fourni au renforcement des capacités a surtout concerné les points suivants : l'examen des cas sur le terrain et la riposte aux flambées de grippe et autres infections respiratoires à tendance épidémique ; la préparation de tous les pays de la Région au maintien de la surveillance systématique, notamment des maladies de type grippal et des cas d'infections respiratoires aiguës sévères, et au suivi des événements inhabituels, comme les groupes de cas de maladies respiratoires ou de décès pendant la saison de la grippe. Un soutien technique a également été fourni au Sud-Soudan en vue d'un renforcement des capacités d'examen sur le terrain des cas de grippe et d'autres maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique. En collaboration avec l'Unité 3 de recherche médicale de la marine des États-Unis (NAMRU-3), un appui a enfin été fourni pour renforcer les capacités des centres nationaux de la grippe existants dans la Région, dans le domaine du séquençage du virus.

Pour contribuer à une meilleure compréhension des facteurs de risque de la survenue, de la transmission et d'une lutte efficace contre les maladies à tendance épidémique, le Bureau régional a participé à l'élaboration par le Siège de l'OMS de directives sur l'évaluation des risques pour chaque événement ; celles-ci aideront les



pays à réaliser de façon systématique ce type d'évaluation pour tout événement grave concernant la santé publique. Le soutien technique a été étendu aux autorités sanitaires saoudiennes pendant la période du pèlerinage, pour renforcer la surveillance sur le terrain de la grippe et autres infections respiratoires à tendance épidémique.

Pour soutenir les pays dans la mise au point de plans de préparation adéquats et l'utilisation des procédures relatives à la grippe pandémique humaine et aux autres grandes maladies à tendance épidémique, tous les pays de la Région ont continué à bénéficier de l'équipement et du soutien logistique approprié à la réalisation de missions d'enquête et d'évaluation des risques dans les pays pour ce qui concerne la grippe pandémique (H1N1) 2009. Les points focaux pour les laboratoires nationaux de la grippe ont été conviés à une réunion dont le but était de renforcer les réseaux de laboratoires des centres nationaux de la grippe, et d'encourager les pays à constituer et étendre une surveillance en laboratoire de cette maladie, des affections de type grippal et des infections respiratoires aiguës sévères.

En collaboration avec le Siège de l'OMS et NAMRU-3, un soutien technique a été fourni pour consolider le partenariat régional sur les flambées et autres situations d'urgence nationales et internationales de santé publique, et notamment pour lutter contre les flambées de dengue au Pakistan, au Soudan et au Yémen. Le Bureau régional a également collaboré avec le gouvernement de Singapour pour renforcer les capacités de lutte contre la dengue et la dengue hémorragique en Arabie saoudite, au Soudan et au Yémen. Avec NAMRU-3, un appui technique et un renforcement des capacités ont été fournis aux Émirats arabes unis et au Qatar, concernant l'évaluation des unités d'isolement du virus dans les laboratoires de

la grippe rattachés aux laboratoires centraux de santé publique.

Pendant les inondations au Pakistan, un soutien technique a été fourni dans le but de constituer et de renforcer un système de surveillance permettant de détecter les flambées. Des rapports hebdomadaires sur les épidémies ont été publiés ; une enquête sur l'épidémie de dengue a été réalisée, de même qu'une évaluation des risques concernant cette maladie ; le déploiement de trois équipes du Réseau mondial OMS d'alerte et d'action en cas d'épidémie a bénéficié d'un soutien, qui a été pour beaucoup dans la diminution de la virulence du choléra, de la dengue et de la fièvre hémorragique Crimée-Congo dans les régions du Pakistan frappées par les inondations.

Pour ce qui concerne l'application du *Règlement sanitaire international (2005)*, les pays ont commencé à évaluer son fonctionnement pendant la grippe pandémique (H1N1) 2009 ; les capacités de diagnostic, surveillance, riposte et communication ont été examinées en particulier. Une réunion interpays sur le suivi des progrès accomplis en matière d'application de ce Règlement s'est conclue par l'émission de recommandations, qui devront être mises en œuvre par les pays et l'OMS. Elle a été suivie par un renforcement des capacités d'utilisation du dernier outil permettant de suivre les progrès effectués dans l'application du Règlement. Presque tous les pays (86 %) ont rempli un questionnaire sur le suivi des principales capacités nécessaires à sa mise en œuvre, ce qui a fourni des données pertinentes pour les indicateurs de suivi. Une analyse a été réalisée au Siège de l'OMS. Il en a résulté un rapport sur l'état des principales capacités dans la Région.

Pour soutenir les pays dans la réalisation des critères de mise en œuvre du Règlement

d'ici à juin 2012, une unité technique a été formée ; elle est chargée d'appuyer les pays dans cette mise en œuvre et d'élaborer des dispositifs de suivi de cette démarche. Une campagne de sensibilisation, qui sera suivie d'une évaluation, a été effectuée en Égypte pour inclure les principaux partenaires nationaux dans cet exercice. Des évaluations ont également été réalisées à Bahreïn, au Koweït et au Qatar.

Grâce à un projet commun à l'OMS, à l'Union européenne et au ministère de la Santé d'Oman, ce pays a bénéficié d'un soutien technique pour qu'il élabore un plan-cadre de préparation et de riposte pour la sécurité biologique des laboratoires. L'objectif de ce projet était d'améliorer la préparation à la sécurité et à la sûreté biologiques des laboratoires dans le cadre de la stratégie de l'Union européenne contre la prolifération des armes de destruction massive. Des préparations similaires ont fait l'objet d'un soutien en Égypte et en Jordanie. Par ailleurs, un appui a été fourni en vue d'un renforcement des capacités de diagnostic, notamment dans le domaine de la grippe pandémique et de la grippe aviaire. Enfin, un cadre de référence régional pour une riposte de santé publique aux situations d'urgence radiologique est en cours d'élaboration dans tous les pays.

Dans le domaine de la mise en œuvre de la *gestion intégrée des vecteurs*, une stratégie régionale de lutte contre les maladies à transmission vectorielle a été élaborée. Onze des treize pays d'endémie disposent à présent de plans de gestion intégrée des vecteurs et ont mis en place des dispositifs de coordination intersectorielle nationaux ; huit pays ont également une unité de lutte antivectorielle chargée de toutes les maladies à transmission vectorielle. Les initiatives de renforcement des capacités en entomologie médicale et en lutte antivectorielle se sont



Brumisage et pulvérisation des sites de puisage de l'eau en Iraq pour prévenir les maladies à transmission vectorielle

poursuivies, pour veiller à ce que les pays disposent des capacités requises pour mettre en œuvre la gestion intégrée des vecteurs. Une deuxième promotion d'étudiants a achevé le master régional en entomologie médicale, qui a accueilli son troisième groupe d'inscrits à l'Université de Gezira au Soudan. Une première promotion d'étudiants a également obtenu son diplôme dans une formation similaire au Pakistan. Dans la Région, 72 personnes au total ont été formées sur ce sujet au niveau postuniversitaire.

Dans le cadre des efforts visant à étendre les interventions de lutte antivectorielle dans les pays d'endémie, les pays dont la principale intervention contre le paludisme et la leishmaniose cutanée anthroponotique est la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent, ont continué à bénéficier d'un soutien afin qu'ils utilisent les produits approuvés par l'OMS pour leur sécurité et leur impact. Ce soutien concernait aussi les autres interventions, comme les pulvérisations spatiales et les opérations larvicides, en particulier dans le cadre d'une riposte aux flambées de maladies telles que la dengue et la fièvre de la vallée du Rift. La mise à la disposition des pays des directives concernées s'est poursuivie. Mais la communication sur les indicateurs de



base pour ces interventions doit encore être nettement améliorée.

Outre les interventions susmentionnées, l'usage des moustiquaires à imprégnation durable a également été étendu au cours des dernières années dans un certain nombre de pays. Il s'agit de moustiquaires traitées avec un insecticide ayant une durée de vie résiduelle d'environ trois ans. Le nombre de personnes ayant accès à cette intervention a sensiblement augmenté, passant de 24 millions en 2008 à 34 millions en 2009 et 40 millions en 2010 (cf. Tableau 1.1 et Figure 1.1). Cependant, pour bien interpréter ces données, il est nécessaire d'estimer l'ampleur de la population totale exposée à un risque de maladie à transmission vectorielle. Par ailleurs, les orientations sur les mesures à prendre concernant les moustiquaires dont la validité a expiré - 6,5 millions d'entre elles ont été distribuées avant 2008 - ne sont pas encore disponibles ; l'OMS et ses partenaires

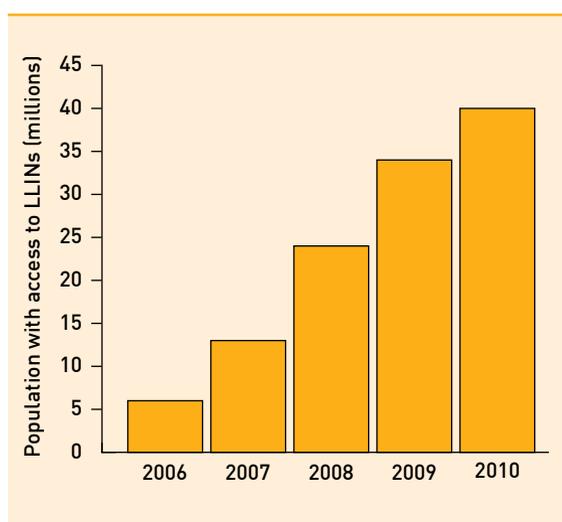


Figure 1.1 Population estimée ayant accès à des moustiquaires à imprégnation durable depuis 2006

œuvrent en ce sens. Enfin, l'action des pays visant à accélérer l'usage de la pulvérisation intradomiciliaire d'insecticides à effet rémanent et de moustiquaires imprégnées

Tableau 1.1. Nombre de moustiquaires à imprégnation durable distribuées dans les pays d'endémie de maladies à transmission vectorielle entre 2008 et 2010, et nombre estimé de personnes ayant actuellement accès à ces moustiquaires

Pays	2008	2009	2010	Population couverte à ce jour ^a
Afghanistan	961 044	22 388	856 621	4 081 906
Djibouti	130 000	53 000	28 000	422 000
Iran (République islamique d')	50 000	80 000	120 000	500 000
Maroc ^b	6 084	3 892	6 316	32 584
Pakistan	840 000	839 400	2 094 274	7 547 348
Somalie	303 825	476 517	126 567	1 813 818
Soudan	2 782 710	6 114 447	2 911 339	23 616 992
Soudan (nord)	1 756 540	3 999 000	1 303 350	14 117 780
Soudan (sud)	1 026 170	2 115 447	1 607 989	9 499 212
République arabe syrienne ^b	–	–	6 700	13 400
Yémen	333 251	66 547	505 000	1 809 596
Total	5 406 914	7 857 091	6 655 317	40 000 000

^a Une moustiquaire imprégnation durable a une durée de vie résiduelle d'environ trois ans ; de deux à trois personnes l'utilisent

^b Moustiquaires distribuées dans le cadre de la lutte contre la leishmaniose cutanée anthroponotique

d'insecticide à longue durée d'action continue de se heurter au problème de la résistance aux insecticides, en particulier dans le centre du Soudan et peut-être aussi dans l'est de l'Afghanistan.

Le *Programme de petites subventions* pour la recherche a soutenu 16 projets en 2010. Huit d'entre eux concernaient les maladies transmissibles liées à cet objectif stratégique. Trois portaient sur la leishmaniose, et un sur chacune des maladies suivantes : hépatite, dengue, fièvre hémorragique Crimée-Congo, schistosomiase et filariose. Parmi les trois propositions acceptées sur la leishmaniose, deux émanaient de la République islamique d'Iran (évaluation de nouveaux schémas contre la leishmaniose cutanée anthroponotique), tandis que le troisième consistait en une étude multipays sur les conséquences de la résistance aux insecticides sur la prévalence de cette maladie en Égypte, République islamique d'Iran et Iraq. Les propositions de recherche sur l'hépatite et la filariose concernaient des études épidémiologiques, respectivement au Yémen et en Égypte. L'étude sur la dengue avait pour objectif d'évaluer les effets des interventions communautaires de lutte antivectorielle. Enfin, les études sur la schistosomiase et la fièvre hémorragique Crimée-Congo entendaient évaluer de nouveaux outils diagnostiques, respectivement en Égypte et en République islamique d'Iran. En 2010, le Bureau régional a accueilli le groupe de référence sur les zoonoses et les maladies infectieuses marginalisées, rattaché au Programme spécial de recherche et de formation concernant les maladies tropicales (TDR), et a organisé une réunion des parties prenantes, ainsi que la seconde réunion de ce groupe. Le rapport final sera incorporé dans le rapport mondial sur les maladies infectieuses de la pauvreté, qui devrait être publié en 2011.

Orientations futures

La consolidation de la couverture vaccinale systématique, notamment dans les pays dont la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux est supérieure à 90 % au plan national, demeurera prioritaire. Le soutien sera axé sur le renforcement des capacités nationales de gestion et dans d'autres domaines, l'élaboration de plans pluriannuels de grande ampleur, et l'appui des pays concernant la mise en œuvre de la l'approche Atteindre chaque district, complétée par d'autres approches appropriées à la situation locale, comme les journées de la santé de l'enfant et l'intensification périodique de la vaccination systématique. La consolidation des systèmes de suivi et d'évaluation constituera une priorité ; de même, l'accent sera mis sur la sensibilisation en vue d'obtenir une hausse de l'allocation financière nationale pour le Programme élargi de vaccination, qui fait face à une demande croissante. Dans le domaine de la lutte contre les maladies évitables par la vaccination et de l'élimination de celles-ci, les initiatives concerneront principalement la réalisation en temps opportun des campagnes de suivi de la rougeole, grâce à un soutien technique à la planification, à la mise en œuvre et aux campagnes de persuasion en vue d'une mobilisation de ressources ; le renforcement de la surveillance de cette maladie ; et les activités de validation de son élimination. La mise en œuvre de la stratégie régionale visant à atteindre l'objectif de lutte contre l'hépatite B sera poursuivie. Étant donné que l'échéance de 2015 concernant la cible de l'objectif 4 du Millénaire pour le développement se rapproche, l'introduction des nouveaux vaccins indispensables sera accélérée. L'action portera surtout sur le renforcement des capacités nationales en



matière de prise de décision reposant sur des informations appropriées, au moyen d'actions de sensibilisation ; la consolidation des groupes consultatifs techniques et des réseaux régionaux de surveillance en vue d'évaluer la charge de morbidité ; et la constitution d'un système régional d'achat groupé de vaccins. La deuxième semaine régionale de la vaccination, qui a eu lieu en avril 2011 sur le thème « Partenaires pour la vaccination », a fourni l'occasion d'exploiter davantage les soutiens pour étendre et officialiser les relations avec les communautés, les médias et le secteur privé.

Pour faire face aux difficultés rencontrées dans l'éradication de la poliomyélite, les priorités consisteront à interrompre la transmission du poliovirus sauvage en Afghanistan et au Pakistan et à conserver l'état d'absence de poliomyélite dans les autres pays. L'objectif est de maintenir une surveillance de la paralysie flasque aiguë conforme aux normes de certification dans tous les pays, au niveau du pays tout entier comme dans celui des districts, ainsi qu'un suivi continu des risques, en utilisant le nouveau modèle d'évaluation des risques. L'intensification des activités de coordination entre États voisins, en particulier entre l'Afghanistan, le Pakistan et les pays de la Corne de l'Afrique, sera également prioritaire. Les initiatives visant la certification, confinement compris, feront l'objet d'attention, dans le cadre de la préparation à la certification régionale de l'éradication de la poliomyélite. Veiller à la disponibilité des ressources financières nécessaires continuera d'être une priorité régionale.

Bien que l'éradication de la dracunculose soit en progrès, l'action dans ce domaine doit être intensifiée dans les zones d'endémie restantes au Sud-Soudan, et une surveillance appropriée du ver de Guinée

doit être renforcée dans toutes les zones exemptes, y compris les anciens foyers du nord du pays. Les programmes nationaux de lutte contre la lèpre seront enjoins de mettre en œuvre les directives élaborées en 2010 pour accroître la participation des personnes affectées par la lèpre dans les services concernés ; en effet, cette initiative devrait se montrer efficace pour améliorer l'observation des traitements et combattre la stigmatisation de cette maladie. Concernant la filariose lymphatique, l'accent sera mis sur la surveillance et l'évaluation consécutives à la distribution massive de médicaments en Égypte et au Yémen, pour rassembler des données permettant de savoir si la transmission de la maladie a été interrompue ; sur la cartographie des besoins au nord comme au sud du Soudan ; et la clarification de la situation comme des besoins en Arabie saoudite, notamment dans les zones méridionales adjacentes au Yémen. Par ailleurs, l'élimination de la schistosomiase doit être achevée dans les pays qui ne comptent plus que quelques foyers très limités, comme la Jamahiriya arabe libyenne. Des enquêtes de vérification de l'élimination, ou des études d'évaluation sont planifiées dans les pays ayant atteint une faible endémicité. Des actions de sensibilisation, l'élaboration de propositions et des activités de collecte de fonds seront nécessaires pour veiller à ce que des programmes d'élimination adéquats soient adoptés dans les deux derniers pays de forte endémicité. Concernant la trypanosomiase humaine africaine, il est nécessaire d'étendre de manière urgente les activités de lutte contre cette maladie, en élargissant l'accès au diagnostic et au traitement pour réduire la morbidité et la mortalité qu'elle entraîne au Soudan. La formation d'une équipe de riposte procédant à un dépistage de façon réactive dans les zones ciblées est également capitale,

car une incapacité à intensifier les activités de lutte contre cette maladie conduirait à sa réémergence. Enfin, la prise en charge des cas de leishmaniose doit bénéficier d'une approche normalisée et consolidée, qui soit axée sur le diagnostic et le traitement rapides des formes cutanée et viscérale de la maladie.

En ce qui concerne la prévention et la surveillance des maladies transmissibles, l'accent sera mis sur les actions suivantes : la réalisation d'une cartographie des ressources et d'une analyse des lacunes pour disposer de données de départ sur l'état de la surveillance épidémiologique en vue de la détection des flambées et de la riposte à celles-ci ; la détermination d'une approche normalisée pour faire face à la menace émergente pour la santé publique que représente la dengue sur les zones côtières de la mer Rouge ; la mise en place et/ou le renforcement d'une surveillance des maladies de type grippal et des infections respiratoires aiguës sévères ; et l'élaboration ou la consolidation de programmes de lutte contre les maladies à tous les niveaux, notamment celui des établissements de soins. Le Bureau régional maintiendra son soutien aux pays pour qu'ils évaluent les principales capacités nécessaires à l'application du Règlement sanitaire international (2005) d'ici à juin 2012. La coordination avec les autres programmes apparentés au niveau régional sera resserrée afin d'appuyer les pays dans le renforcement de leurs capacités dans le domaine des risques chimiques, radiologiques et environnementaux. Concernant la lutte antivectorielle, la priorité sera donnée à l'extension des interventions pour réaliser l'accès universel ; au renforcement des capacités pour surveiller et gérer la résistance des vecteurs aux insecticides ; à des actions de plaidoyer au plus haut niveau politique et à la mobilisation des ressources en faveur

d'une gestion judicieuse des pesticides. Le Programme de petites subventions privilégiera la traduction en action des nouvelles approches stratégiques définies par le groupe spécial pour la recherche sur les maladies transmissibles. Il entend ainsi harmoniser les activités de recherche sur ces maladies et mesurer l'impact de la recherche sur la lutte contre les maladies transmissibles, tout en augmentant autant que possible cet impact.

Objectif stratégique 2 : combattre le VIH/sida, la tuberculose et le paludisme

Enjeux et défis

Bien que dans la plupart des pays de la Région, la prévalence du VIH dans la population générale soit demeurée basse, un nombre croissant de pays signalent une concentration de l'épidémie de VIH dans les populations présentant un risque accru (cf. Tableau 1.2). L'épidémie est avérée chez les consommateurs de drogues injectables en Afghanistan, République islamique d'Iran, Jamahiriya arabe libyenne et au Pakistan, tandis qu'elle est émergente en Égypte, au Maroc et en Tunisie. Une prévalence élevée du VIH a été constatée dans certains pays d'Afrique du nord. Plus de 1 % de la population générale est infectée par le virus du VIH à Djibouti et dans certaines régions du Sud-Soudan et de Somalie. Les principales difficultés auxquelles la lutte contre le VIH/sida est confrontée sont le manque d'informations sur l'ampleur, le comportement et les besoins des populations les plus à risque. Il est nécessaire d'élaborer



Tableau 1.2. Charge du VIH/sida, 2010

Pays	Prévalence du VIH estimée dans la population adulte (en %) ^a	Nombre estimatif de personnes vivant avec le VIH ^a	Nombre estimatif de personnes ayant besoin d'un traitement antirétroviral sur la base de la méthode ONUSIDA/OMS ^b et lignes directrices OMS pour le traitement antirétroviral	Nombre déclaré de personnes recevant un traitement antirétroviral ^b
Afghanistan	0,5	ND	ND	46
Arabie saoudite	ND	ND	ND	1524
Bahreïn	ND	ND	ND	ND
Djibouti	2,5	14 000	6 400	1008
Égypte	<0,1	11 000	3 300	525
Émirats arabes unis	ND	ND	ND	121
Iran (République islamique d')	0,2	92 000	40 000	1800
Iraq	<0,2	ND	ND	5
Jamahiriya arabe libyenne	<0,2	ND	ND	ND
Jordanie	ND	ND	ND	8
Koweït	ND	ND	ND	ND
Liban	0,1	3 600	1 900	412
Maroc	0,1	26 000	9 800	3500
Oman	0,1	1 100	<500	469
Pakistan	0,1	98 000	36 000	1892
Palestine	ND	ND	ND	1
Qatar	<0,1	<200	ND	ND
République arabe syrienne	ND	ND	ND	113
Somalie	0,7	34 000	10 000	878
Soudan	1,1	260 000	46 000	3 825
Tunisie	ND	2 400	<1 000	412
Yémen	0,07*(d)	ND		3531

ND : données non disponibles

^a Rapport sur l'épidémie mondiale de sida 2010, Genève, ONUSIDA, 2010

^b OMS/ONUSIDA/UNICEF. Vers un accès universel : étendre les interventions prioritaires liées au VIH/sida dans le secteur de la santé. Rapport de situation 2010, Genève, OMS, 2010

^c Rapports des pays sur l'accès universel 2010

^d Rapports UNGASS des pays 2010

* Prévalence du VIH dans la population totale

des modèles de prestation de services appropriés, facilitant l'accès aux personnes à risque et à celles qui sont affectées par le VIH/sida, qui font souvent partie de groupes de populations marginalisées et stigmatisées ; il faut aussi adapter ces modèles à chaque contexte national. La stigmatisation et la discrimination demeurent des obstacles de poids à l'accès des individus aux services de

prévention et de soins, donc à la participation à un traitement et à des soins pour le VIH/sida. De ce fait, la Région continue de présenter le plus faible taux de couverture par le traitement antirétroviral au monde. Par ailleurs, les pays sont de plus en plus dépendants des ressources extérieures, notamment du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme,

pour financer les programmes de lutte contre le VIH, ce qui menace sérieusement leur pérennité.

Concernant la lutte contre le paludisme et son élimination, la Région fait toujours face à plusieurs difficultés. Les ressources financières de l'OMS permettant de satisfaire la demande croissante des pays en soutien technique sont limitées. La résistance à l'artémisinine et aux insecticides se répand également, et la résistance aux pyréthrinoïdes a été confirmée dans certaines régions du Soudan. Dans les pays d'endémie palustre (Afghanistan, Pakistan, Somalie et Soudan), de nombreuses zones connaissent des problèmes de sécurité. Par ailleurs, dans les pays présentant une forte charge palustre, l'accès à la confirmation parasitologique

est réduit, et la surveillance de la maladie est faible. Les tableaux 1.3 et 1.4 mettent en évidence la morbidité liée au paludisme notifiée actuellement dans les pays exempts de paludisme, ceux qui visent l'élimination et ceux dont la charge palustre est élevée.

Le principal enjeu de la lutte contre la tuberculose est d'assurer un accès universel aux soins. En effet, le taux de dépistage, qui s'élevait à 63 % en 2009, est encore éloigné de la cible de 2015, qui est l'accès universel. Les raisons expliquant la faiblesse de ce taux sont l'insuffisante identification de cas suspects de tuberculose à tous les niveaux, les capacités de laboratoire insuffisantes, le manque de dépistage actif parmi les groupes à haut risque et la notification réduite des

Tableau 1.3 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	Cas en 2008		Cas en 2009		Cas en 2010		Espèces transmises localement
	Total	Autochtones	Total	Autochtones	Total	Autochtones	
Arabie saoudite ^b	1 491	61	2 333	58	1 941	29	<i>P. falciparum</i> > <i>P. vivax</i>
Bahreïn	92	0	103	0	ND	ND	néant
Égypte	80	0	94	0	ND	ND	néant
Émirats arabes unis	2 696	0	3 018	0	3 261	0	néant
Iran, République islamique d' ^a	11 460	8 349	6 122	4 609	3 016	1 510	<i>P. vivax</i> > <i>P. falciparum</i>
Iraq	6	2	1	0	7	0	<i>P. vivax</i>
Jamahiriya arabe libyenne	7	0	27	0	ND	ND	néant
Jordanie	65	0	53	0	61	2	néant
Koweït	392	0	ND	0	343	0	néant
Liban	81	0	72	0	ND	ND	néant
Maroc	142	0	145	0	218	0	néant
Oman	965	8	898	0	1 193	24	néant
Palestine	0	0	1	0	ND	ND	néant
Qatar	216	0	239	0	ND	ND	néant
République arabe syrienne	51	0	39	0	23	0	néant
Tunisie	62	0	49	0	71	ND	néant

ND : données non disponibles

> Prédominance d'une espèce

^a Zone d'endémie principalement dans le sud-est du pays

^b Zone d'endémie principalement dans le sud-ouest du pays


Tableau 1.4 Cas de paludisme enregistrés et estimés dans les pays fortement touchés, 2009

Pays	Total des cas déclarés	Cas confirmés	Cas estimés ^a	Espèces transmises
Afghanistan	392 463	69 397	568 000	<i>P. vivax</i> > <i>P. falciparum</i>
Djibouti	3962	1019	39 000	<i>P. falciparum</i> > <i>P. vivax</i>
Pakistan	ND	240 591	1 500 000	<i>P. vivax</i> > <i>P. falciparum</i>
Somalie	15 650	ND	609 000	<i>P. falciparum</i> > <i>P. vivax</i>
Soudan ^b	900 283	ND	5 000 000	<i>P. falciparum</i> > <i>P. vivax</i>
Yémen	198 963	106 697	287 000	<i>P. falciparum</i> > <i>P. vivax</i>

ND : Données non disponibles

> Prédominance d'une espèce

^a Rapport mondial sur le paludisme 2008

^b 15 États septentrionaux seulement

cas de tuberculose dans d'autres secteurs. En outre, l'incidence estimée de la maladie est sujette à caution dans certains pays et doit être examinée attentivement. Le soutien à la recherche opérationnelle appliquée au VIH, à la tuberculose et au paludisme, au moyen du Programme de petites subventions a été entravé par la faiblesse des ressources financières disponibles pour la recherche sur les maladies transmissibles.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Dans le domaine du VIH/sida, la stratégie régionale pour une riposte du secteur de la santé au VIH 2011-2015, élaborée dans le cadre d'une vaste consultation avec les programmes nationaux de lutte contre le sida, les experts régionaux et les institutions partenaires, a été adoptée par le cinquante-septième Comité régional. En outre, un soutien technique a été fourni à la République arabe syrienne et au Yémen pour qu'ils élaborent des plans nationaux stratégiques et opérationnels indiquant les coûts, en collaboration avec la Banque mondiale et l'ONUSIDA.

La couverture du traitement antirétroviral a augmenté en 2010 et s'élève à environ 13 %, contre 5 % en 2007. Certains pays, comme Djibouti, le Liban, le Maroc, Oman et la Tunisie, ont réalisé une couverture assez étendue. Mais cette réussite est occultée par la faible



couverture des pays dont la charge de morbidité est la plus élevée de la Région, comme le Pakistan et le Soudan. Les administrateurs nationaux des programmes de lutte contre le sida et les experts dans le domaine du traitement ont bénéficié d'une introduction à la version mise à jour des lignes directrices sur le traitement antirétroviral de l'infection à VIH et sur la prévention de la transmission mère-enfant du VIH. Des outils d'adaptation ont été mis au point avec des experts régionaux. Fin 2010, les deux-tiers des pays avaient révisé leurs lignes directrices nationales en conséquence, ou avaient entamé le processus de révision. Par ailleurs, l'OMS a fourni un soutien dans le domaine de l'encadrement clinique à l'Afghanistan, la Palestine, au Soudan et au Yémen ; pour la participation à des formations internationales à la Palestine et au Soudan ; et dans le domaine du stage clinique à l'Afghanistan, dans le but d'améliorer la prestation de services pour les soins et le traitement du VIH. Un examen approfondi du programme de soins et de traitement du VIH a également été réalisé au Pakistan. Comme au cours des années précédentes, l'OMS a fourni son appui au renforcement des capacités nationales dans le domaine de l'achat de médicaments antirétroviraux et de la gestion des approvisionnements. Le Bureau régional a aussi réalisé une étude de cas sur l'expérience marocaine en matière de baisse des prix des médicaments antirétroviraux. Enfin, l'introduction à Oman en 2009 du conseil et du test du VIH proposé par le fournisseur de soins à toutes les femmes enceintes recevant des soins prénatals a été une véritable réussite. Fin 2010, près de 100 % des femmes avaient fait le test volontaire du VIH, et toutes celles dont le test a révélé des résultats positifs ont reçu des médicaments antirétroviraux afin de prévenir toute transmission mère-enfant.

Pour ce qui concerne la prévention du VIH, le Bureau régional a maintenu son action visant à renforcer le rôle des organisations de la société civile dans la réduction des risques dans la Région, en fournissant son soutien technique à la *Middle East and North Africa Harm Reduction Association* [Association de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du nord, MENAHRA], et en la consolidant. Grâce à ce soutien, MENAHRA a pu obtenir USD 8,3 millions du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, en vue d'actions de renforcement des capacités, de sensibilisation, de soutien technique et de soutien direct aux organisations de la société civile dans la Région. En outre, le Bureau régional, en collaboration avec l'ONUSIDA, a soutenu le renforcement des capacités d'administration des programmes de soins, de traitement et de prévention du VIH chez les hommes à risque accru d'exposition au VIH ; les dix pays ayant bénéficié de ce soutien sont ceux qui ont mis en place ces programmes, ou sont engagés dans leur mise en place. Une évaluation sur les différences entre les sexes dans l'accès aux soins, au traitement et aux actions de prévention du VIH a été réalisée en Égypte, en Jordanie et au Yémen.

L'amélioration de la surveillance nationale du VIH/sida a été une activité primordiale. Une évaluation de référence, permettant d'identifier les faiblesses et les points forts, a été effectuée sur la situation des systèmes de surveillance du VIH dans les pays. À l'avenir, des enquêtes annuelles seront menées à bien dans le but d'aider le Bureau régional et les institutions partenaires des Nations Unies à suivre les progrès accomplis et à cerner les problèmes persistants. On constate une augmentation du nombre de pays disposant d'informations à jour sur les comportements et la situation du VIH



dans les populations à plus haut risque ; fin 2010, ces pays étaient les suivants : l'Afghanistan, la République islamique d'Iran, la Jordanie, le Liban, le Maroc, le Pakistan, la Palestine et la Tunisie. Quant à l'Égypte, au Soudan et au Yémen, ils étaient engagés dans le processus de collecte et d'analyse des informations. Le Bureau régional a maintenu son soutien au premier centre de connaissances régional sur la surveillance du VIH, qui a été institué en 2009 à Kerman, en République islamique d'Iran. Ce centre, qui aide les pays de la Région à renforcer leurs capacités et leur fournit un soutien technique pour les activités de surveillance, est en train de devenir une ressource précieuse. En outre, une étude approfondie des données épidémiologiques sur l'épidémie de VIH a été publiée en collaboration avec la Banque mondiale et l'ONUSIDA. Ce document, qui comporte des conclusions sur les implications politiques, s'intitule *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: Time for strategic action* [Décrire l'épidémie de VIH/sida au Moyen-Orient et en Afrique du nord : le temps de l'action stratégique est venu].

Dans le domaine de *la lutte contre le paludisme et de son élimination*, un appui technique a été fourni à la Somalie, au Soudan et au Yémen pour qu'ils actualisent leurs stratégies nationales de lutte contre le paludisme pour la période 2011-2015, conformément à la vision régionale pour l'élimination de cette maladie et en tant que condition préalable à la réalisation de la couverture universelle des interventions. Un projet a été soutenu au Yémen dans le but d'étendre la couverture, un diagnostic efficace et le traitement au-delà des établissements publics. Celui-ci vise à produire les éléments d'appréciation nécessaires à l'élaboration d'une stratégie nationale en faveur de l'implication



Au Soudan, les dirigeants communautaires soutiennent un programme de recherche sur la prise en charge du paludisme à domicile et la formation des volontaires communautaires

du secteur privé dans la prise en charge des cas de paludisme. L'Afghanistan et le Soudan ont également bénéficié d'un soutien technique à l'élaboration d'une stratégie en faveur de la prise en charge communautaire de cette maladie. Un examen des programmes a été réalisé en République arabe syrienne pour préparer la certification de l'élimination du paludisme, et en Iraq pour mettre au point une stratégie d'élimination de cette maladie. Enfin, le Maroc a achevé le processus de certification de l'élimination du paludisme et s'est doté d'une stratégie visant à prévenir sa réintroduction.

Les pays ont été informés sur les derniers développements de la situation concernant les interventions en matière de prévention, diagnostic et traitement, au cours de la réunion des administrateurs de programmes sur le paludisme, de celle du Réseau de surveillance du traitement antipaludique dans la Corne de l'Afrique (RSTACA), et grâce au réseau PIAM-NET sur le paludisme regroupant l'Afghanistan, la République islamique d'Iran et le Pakistan. Le Bureau régional a fourni un soutien au Yémen pour que ce pays élabore et mette en œuvre une stratégie à deux axes pour la confirmation universelle du diagnostic du paludisme par microscopie et tests diagnostiques rapides.

Cette stratégie est déjà mise en œuvre dans certaines provinces du nord de l'Afghanistan et sera évaluée avant d'être étendue aux autres régions du pays en 2011. Pour veiller à la disponibilité d'un diagnostic et d'un traitement du paludisme efficace et de qualité, l'OMS a également appuyé l'achat d'associations médicamenteuses comportant de l'artémisinine et de tests diagnostiques rapides pour l'Afghanistan, la République islamique d'Iran, le Pakistan et le Yémen, à l'aide des ressources fournies par le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, le Conseil de coopération du Golfe et USAID. Le Pakistan a reçu un soutien pour élaborer une stratégie complète de riposte à la crise provoquée par les inondations. Le Bureau régional a eu recours à tous les dispositifs existants pour mobiliser des ressources, et mis l'accent sur l'achat et le don des produits de base nécessaires à la prise en charge des cas et à la prévention. Enfin, il veille actuellement à constituer un stock d'artéméther/luméfantrine, en vue d'une distribution gratuite aux pays exempts de paludisme, pour traiter les cas importés de paludisme à *falciparum*.

Le renforcement de la surveillance et du suivi du paludisme est une activité prioritaire, de même que la consolidation de l'évaluation en matière de lutte contre le paludisme et d'élimination de cette maladie. Pour gérer convenablement les données sur le paludisme, une base de données régionales sur cette maladie a été constituée ; au Yémen, le processus de mise au point d'une base de données nationale a commencé, et sera étendu à d'autres pays prioritaires en 2011. Les résultats des enquêtes sur les indicateurs du paludisme réalisées au Soudan montrent qu'en 2010, la part des foyers disposant d'au moins une moustiquaire imprégnée d'insecticide a augmenté de façon importante par rapport

à 2005 (41 % contre 22 %, respectivement), mais que le taux d'enfants ayant dormi sous ce type de moustiquaire la veille de l'enquête n'était que de 16 %. Au Yémen, ces indicateurs s'élevaient respectivement à 16 % et 8,3 %. Ces statistiques indiquent que les pays prioritaires se situent très en deçà de la couverture cible de 80 % fixée pour ces interventions. En collaboration avec le partenariat Faire reculer le paludisme et le Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme, un renforcement des capacités a été réalisé dans le domaine de l'examen des résultats des programmes sur le paludisme dans les pays prioritaires. Par ailleurs, tous les pays d'endémie palustre ont également bénéficié d'un renforcement des capacités d'estimation de la charge palustre, ainsi que de la surveillance, du suivi et de l'évaluation de cette dernière. Le Bureau régional a soutenu la participation de quatre représentants de pays au cours sur la surveillance du paludisme à Moscou. Dans le cadre de la surveillance mondiale de la résistance aux médicaments antipaludiques, l'Afghanistan, le Soudan et le Yémen ont reçu un soutien pour la réalisation d'études de suivi sur l'efficacité des médicaments.

La coopération transfrontalière est cruciale, en particulier pour les pays visant l'élimination du paludisme. À cet égard, plusieurs activités ont été soutenues : il s'agit notamment de l'initiative G5 (Groupe des Cinq) - qui comprend l'Afghanistan, la République islamique d'Iran, l'Iraq, le Pakistan et l'OMS - de l'initiative Pour une péninsule arabe libérée du paludisme et d'une initiative interrégionale regroupant l'Afghanistan et le Tadjikistan. Enfin, cinq projets de recherche opérationnelle portant sur différents aspects du paludisme ont été soutenus dans les pays d'endémie palustre ; parmi ceux-ci, trois ont été financés par le Programme de petites subventions.



De hauts responsables du Groupe des Cinq se rencontrent à Téhéran, en République islamique d'Iran, pour évoquer la coopération inter pays dans le domaine des maladies transmissibles

En ce qui concerne la lutte contre la *tuberculose*, le Bureau régional a continué à axer ses efforts sur le renforcement des capacités des programmes nationaux de lutte contre cette maladie, dans les domaines de la prise en charge de la tuberculose multirésistante, la gestion des médicaments, la lutte contre les infections, la sensibilisation, la communication et la mobilisation sociale, la révision des estimations, la surveillance et la mesure de l'impact de la maladie. Le Bureau régional a également soutenu les pays dans la mise au point de plans stratégiques nationaux et l'actualisation de leurs directives nationales. Un examen des résultats des programmes a été réalisé en Afghanistan, en République islamique d'Iran, aux Émirats arabes unis et au Pakistan ; et un soutien technique a été fourni concernant l'Approche pratique de la santé pulmonaire, la gestion des médicaments, la prise en charge de la tuberculose multirésistante, les enquêtes de pharmacorésistance et la lutte contre les infections. Enfin, le premier rapport annuel sur les progrès accomplis dans la lutte contre la tuberculose a été publié.

Le réseau de laboratoires a été élargi, et un système externe d'assurance de la qualité

a été mis en place. Le laboratoire de référence national d'Oman et celui de la tuberculose de l'Université Agha Khan au Pakistan font toujours l'objet d'une évaluation en vue de leur éventuelle désignation en tant que laboratoires supranationaux. Un lien a été établi entre des laboratoires de référence supranationaux et les laboratoires de référence nationaux de la République islamique d'Iran, d'Iraq, de Jordanie, du Liban, du Maroc, d'Oman, de la République arabe syrienne, du Soudan et de Tunisie. Le Bureau régional a communiqué les derniers avancements réalisés dans le domaine des nouveaux diagnostics et mis sur pied un groupe spécial chargé de fournir des orientations au sujet de leur introduction. Le Service pharmaceutique mondial a continué à soutenir seize pays en leur fournissant des antituberculeux, au moyen de subventions pour les médicaments pédiatriques et d'achats directs en ce qui concerne les médicaments pour adultes. En Égypte et en République islamique d'Iran, les antituberculeux sont désormais délivrés uniquement sur ordonnance.

Le système d'enregistrement et de notification révisé est à présent utilisé dans tous les pays, après adaptation au contexte local. Les pays transmettent des rapports trimestriels par voie électronique au Bureau régional, qui à leur tour leur fait parvenir ses observations dans des rapports régionaux. Le système d'enregistrement nominal et de notification par voie électronique est utilisé à l'échelle du pays tout entier en Égypte, Iraq, Jordanie, République arabe syrienne et Somalie ; en République islamique d'Iran, un système similaire est en usage. Une version en ligne (WEB TBS) a également été élaborée pour la Région. Pour évaluer la charge tuberculeuse, une enquête sur la prévalence de la maladie a été engagée au Pakistan, tandis qu'une étude fondée sur la méthode capture-recapture (CAPTURE-TB) a été effectuée au

Yémen et qu'un renforcement des capacités a été réalisé en Iraq, Jordanie, au Pakistan et en Palestine. La question du traitement de la tuberculose chez les sujets contacts, les réfugiés, les prisonniers, les personnes atteintes de cette maladie et du VIH/sida et les enfants a également été examinée. Neuf subventions ont été octroyées à cinq pays par l'intermédiaire du mécanisme TB REACH du Siège de l'OMS, pour que ceux-ci argumentent le dépistage. Plusieurs pays ont mis au point des plans de sensibilisation, de communication et de mobilisation sociale et instauré des partenariats nationaux.

La prise en charge de la tuberculose multirésistante a été étendue en Égypte, Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et Tunisie. Les propositions au Comité Feu vert ont été approuvées pour l'Iraq, le Maroc et la Somalie, et une proposition sur la prise en charge des cas de tuberculose multirésistante dans les pays du Conseil de coopération du Golfe a été soumise dans le cadre du dispositif propre à ce Conseil. Le suivi de la résolution EM/RC56/10 du Comité régional portant sur la réponse régionale face à la nouvelle menace de tuberculose multirésistante et ultrarésistante a été axé sur l'élargissement de la prise en charge de la forme multirésistante de cette maladie. Une enquête a été effectuée par voie électronique, et un soutien technique portant notamment sur la mise au point de directives a été fourni. Enfin, les pays ont été appuyés dans la réalisation d'enquêtes sur la pharmacorésistance visant à évaluer la charge de morbidité de la tuberculose multirésistante.

En 2010, les réalisations étaient principalement liées à la mise en œuvre axée sur les besoins des pays de la stratégie Halte à la tuberculose. La qualité de cette mise en œuvre a d'ailleurs augmenté grâce au soutien financier des bailleurs de fonds, en particulier



Rencontre de la vedette internationale du football et ambassadeur de la lutte contre la tuberculose Luis Figo avec des enfants à Amman (Jordanie) pour leur parler de la Campagne Halte à la tuberculose

du Fonds mondial de lutte contre le sida, la tuberculose et le paludisme. Ce constat ne doit pourtant pas occulter le besoin d'un financement durable et d'un renforcement des allocations gouvernementales pour soutenir la lutte contre la tuberculose. Grâce aux activités en cours, l'incidence de la tuberculose a diminué de 8 % et s'élève à 111 cas pour 100 000 habitants, contre 121 cas pour 100 000 habitants en 1990 (incidence de référence, cf. Tableau 1.5). La prévalence et le taux de mortalité au niveau régional ont également baissé sensiblement et s'établissent respectivement à 67 % et 52 % des valeurs de référence de 1990. Le taux de guérison pour les cas de tuberculose à frottis positif était de 88 % pour la cohorte 2008 et a été maintenu au-dessus de la cible de 85 % depuis trois années consécutives.

Parmi les seize propositions financées en 2010 dans le cadre du *Programme de petites subventions à la recherche*, huit concernaient la tuberculose, le paludisme et le VIH/sida. Trois portaient sur l'estimation de la charge de morbidité de la tuberculose par des études CAPTURE TB : une d'entre elles était proposée par la Jordanie et deux


Tableau 1.5 Notifications de cas de tuberculose dans la Région de la Méditerranée orientale en 2009

Pays	Nouveaux cas à frottis positif	Toutes formes	Taux de notification ^a (frottis positif)	Taux de notification ^a (Toutes formes)	Pourcentage de cas de tuberculose pulmonaire à frottis positif
Afghanistan	12 497	26 358	44	94	67
Arabie saoudite	2 201	4 093	9	16	79
Bahreïn	131	326	17	41	64
Djibouti	1 377	3 804	159	440	73
Égypte	5 201	10 037	6	12	81
Émirats arabes unis	71	116	2	3	83
Iran (République Islamique d')	5 152	10 536	7	14	73
Iraq	3 347	9 668	11	31	56
Jamahiriya arabe libyenne	936	2 110	15	33	67
Jordanie	109	387	2	6	63
Koweït	386	933	13	31	71
Liban	179	501	4	12	66
Maroc	11 907	27 664	37	86	85
Oman	164	334	6	12	82
Palestine	10	36	0	1	53
Pakistan	101 887	267 451	56	148	47
Qatar	220	619	16	44	68
République arabe syrienne	1 143	4 151	5	19	59
Somalie	6 047	11 271	66	123	70
Soudan	10 541	27 037	25	64	54
Tunisie	931	2155	9	21	80
Yémen	3 576	8562	15	36	63
Région	168 013	418 149	28	70	54

^a Pour 100 000 habitants

autres, proposées par le Pakistan, ont été fusionnées en une seule étude à l'échelle du pays. La quatrième proposition, soumise par le Pakistan, avait pour objet la validation d'un test diagnostique rapide et fiable pour la tuberculose. Dans le domaine du paludisme, trois propositions ont été acceptées. Deux étaient déposées par le Soudan et traitaient de l'impact de l'agriculture urbaine sur la résistance aux insecticides, ainsi que des effets des interventions en matière de lutte

antivectorielle. La troisième proposition, émanant du Yémen, concernait un modèle pilote associant le secteur public et le secteur privé et faisait suite à une étude soutenue par le Programme de petites subventions et décrivant la situation de référence des approches associant secteurs public et secteur privé. Enfin, la seule proposition acceptée dans le domaine du VIH/sida avait pour thème la surveillance biocomportementale

de l'infection par le VIH chez les toxicomanes en Arabie saoudite.

Pour soutenir les pays dans la mobilisation des ressources financières nécessaires, le Bureau régional a continué à fournir un appui technique à l'élaboration de propositions au Fonds mondial. En collaboration avec l'ONUSIDA, l'OMS a soutenu la République arabe syrienne, le Soudan, le Yémen et la *Middle East and North Africa Harm Reduction Association* [Association de réduction des risques au Moyen-Orient et en Afrique du nord, MENAHRA] pour qu'ils élaborent des propositions destinées à la Série 10 et portant sur la prévention et les soins du VIH. Les propositions concernant la lutte contre le paludisme et soumises par la République islamique d'Iran, le Pakistan, la Somalie et le Soudan, ont été acceptées ; les demandes de soutien dans le domaine de la tuberculose, provenant d'Afghanistan, de Djibouti, de Jordanie, du Maroc et de la Somalie, ont également été couronnées de succès. Enfin, la Somalie a obtenu des fonds du *Kuwait Patients Helping Fund Society* [Société koweïtienne du Fonds d'aide aux patients] pour la prise en charge du paludisme sévère ; et l'OMS a mobilisé des ressources auprès de USAID pour les programmes de lutte contre le paludisme en Afghanistan et au Pakistan.

Orientations futures

Les orientations futures concernant le VIH/sida sont conformes aux nouvelles stratégies régionale et mondiale pour une riposte du secteur de la santé au VIH. La stratégie régionale comprend les actions suivantes : consolider les systèmes d'information sanitaire pour le VIH ; favoriser le soutien politique, une large participation, la coordination et un financement suffisant et durable ; fournir des services de prévention,

de soins et de traitement de qualité et augmenter leur utilisation ; renforcer les capacités des systèmes de santé pour qu'ils intègrent efficacement les services concernant le VIH ; et promouvoir un environnement politique favorable. Un accent particulier sera mis sur l'obtention de meilleures informations stratégiques sur l'ampleur, le comportement et les besoins des populations à risque, et sur une meilleure compréhension des facteurs facilitant l'accès des personnes qui en ont besoin à des interventions de prévention et de traitement dans le contexte politique et culturel de la Région. L'OMS continuera à soutenir les pays pour qu'ils réalisent la couverture universelle en interventions efficaces et de qualité dans le domaine de la prévention, du diagnostic et du traitement du paludisme, en incluant notamment le secteur privé et la communauté. Les actions de renforcement des capacités seront poursuivies : elles concerneront la lutte contre le paludisme et l'élimination de cette maladie, et l'accent sera mis sur la surveillance, la planification et la prise en charge du paludisme, ainsi que sur le diagnostic microscopique. Les pays ciblés recevront un soutien pour effectuer un examen complet des résultats des programmes sur le paludisme et actualiser leurs stratégies nationales en vue de la réalisation de la couverture universelle. Le Bureau régional continuera de fournir un soutien aux pays pour qu'ils atteignent les cibles mondiales concernant la tuberculose, et se concentrera sur la hausse de la notification des cas et la garantie d'un accès universel au traitement de cette maladie. Les activités privilégieront l'extension du réseau de laboratoires, la mise en œuvre des approches associant le secteur public et le secteur privé, l'approche pratique de la santé pulmonaire, la prise en charge de la tuberculose multirésistante, la prise en charge de la tuberculose dans les groupes



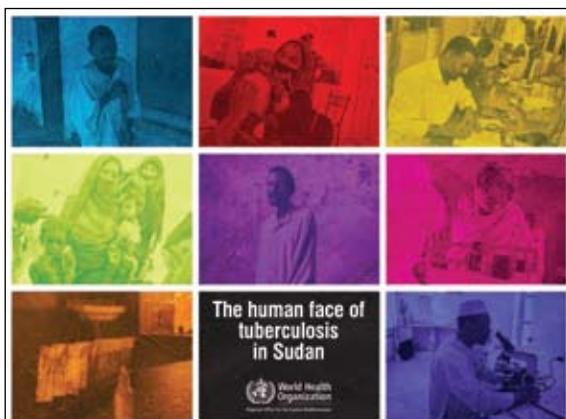
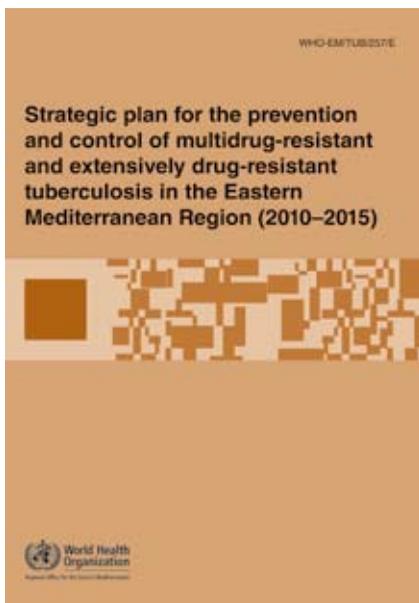
vulnérables, l'utilisation des ressources nationales au moyen des partenariats nationaux et la collaboration avec les partenaires.

Objectif stratégique 3 : prévenir et réduire la charge de morbidité, d'incapacité et de mortalité prématurée liée aux maladies chroniques non transmissibles, aux troubles mentaux, à la violence et aux traumatismes, et à la déficience visuelle

Enjeux et défis

Le développement économique et social de la Région a eu des conséquences sur les déterminants des maladies et sur les tableaux de morbidité. C'est pourquoi les maladies non transmissibles telles que les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les affections respiratoires chroniques représentent une menace majeure pour la santé publique et pèsent de manière importante sur ce type de développement. Si aucune action sérieuse n'est menée, le nombre de personnes décédant de maladies non transmissibles dans la Région de la Méditerranée orientale sera supérieur à 2,6 millions en 2015 et à 3,8 millions en 2030, selon les projections.

En dépit des progrès considérables accomplis par de nombreux pays, la traduction du plan d'action régional sur les maladies non transmissibles en plans et politiques nationales de portée générale demeure souvent insuffisante, de même que leur mise en œuvre. Bien que 80 % des pays aient créé des unités chargées de la lutte contre ces maladies dans leurs ministères



de la santé, seuls six pays ont mis en vigueur des plans nationaux opérationnels. Enfin, le renforcement du traitement contre la dépendance à l'égard du tabac et l'intégration des services de sevrage dans les systèmes de santé sont confrontés à deux difficultés principales, qui sont le conflit entre le programme d'action dans ce domaine et celui du secteur privé, et l'insuffisance des ressources techniques et financières.

En 2010, l'initiative « VISION 2020 : le droit à la vue » est parvenue à mi-parcours. Si les ressources n'augmentent pas, le nombre de personnes souffrant de perte de vision en raison de maladies oculaires liées à l'âge connaîtra une hausse du fait de la progression de l'espérance de vie et de la croissance démographique. Pour lutter contre la cécité évitable et prévenir les déficiences visuelles au plan national, il est nécessaire de fournir des services de soins oculaires adaptés, ce qui requiert le développement de compétences, de technologies et d'infrastructures spécifiques. Les services de soins oculaires primaires doivent également être consolidés au niveau communautaire. Par ailleurs, il est indispensable de déployer davantage de services de soins oculaires durables, financièrement accessibles, équitables et complets, en tant que partie intégrante des systèmes de santé nationaux.

Les troubles neuropsychiatriques représentent 13 % de la charge de morbidité totale dans le monde, et 11 % de celle de la Région. D'après des études communautaires effectuées dans des pays de la Région, le taux de prévalence estimé des troubles mentaux chez les adultes est compris entre 8,2 % aux Émirats arabes unis, 16,6 % en Iraq et au Pakistan, 16,9 % en Égypte et au Liban, et 21 % en République islamique d'Iran. Dans toutes ces études, le taux des troubles mentaux courants était sensiblement plus élevé chez



En Arabie saoudite, des écoliers participent à une étude de dépistage du trachome évolutif dans le cadre de Vision 2020

les femmes. Malgré ces faits, les montants moyens alloués à la santé mentale n'atteignent en tout que 2 % des dépenses nationales de santé dans les pays de la Région, c'est-à-dire 0,15 USD par habitant, soit la moitié des dépenses moyennes mondiales. Ces montants sont en outre inégalement utilisés pour la fourniture de soins en établissement au niveau régional : elle ne couvre en effet que 7 % de la demande des personnes dans le besoin. En conséquence, la pénurie estimée de traitement atteindrait 98 % des besoins en ce qui concerne la dépression, et 85 % en ce qui concerne la schizophrénie, dans toute la Région. En santé mentale, les principales difficultés sont les suivantes : la stigmatisation et la discrimination ; une détermination politique insuffisante et un manque de compréhension du rôle de la santé mentale dans un système de soins de santé global ; des ressources et capacités régionales et nationales limitées ; et l'absence d'intégration de la santé mentale en tant que composante de la politique, du système et de la prestation de services.

L'ampleur des traumatismes a continué à augmenter, à tel point que dans de nombreux pays de la Région, ceux-ci sont devenus



la première cause de décès dans certains groupes d'âge, d'après la dernière mise à jour de la base de données sur les charges de morbidité (2008). Les traumatismes dus aux accidents de la circulation se distinguent parmi les autres types de traumatismes en raison de la mortalité qu'ils engendrent. Les décès dus aux accidents de la circulation présentent en effet une alarmante tendance à la hausse ; le taux s'établit à 32,2 décès pour 100 000 personnes, ce qui place la Région au premier rang dans le monde pour ce type de mortalité. Celui-ci a augmenté de façon significative par rapport à 2002, où il s'élevait alors à 26,4 décès pour 100 000 personnes, en seconde position après la Région de l'Afrique. Actuellement, les traumatismes dus aux accidents de la circulation se remarquent également du fait qu'ils représentent la sixième cause de décès dans la Région, alors que dans le monde, ils ne sont que la neuvième d'entre elles. Si aucune mesure efficace n'est prise dans l'immédiat, ils deviendront la cinquième cause de mortalité dans le monde d'ici à 2030, et la troisième dans notre Région. Les conséquences économiques des traumatismes ne peuvent pas non plus être passées sous silence : d'après les estimations, elles représentent entre 1 % et 1,5 % du produit national brut des pays.

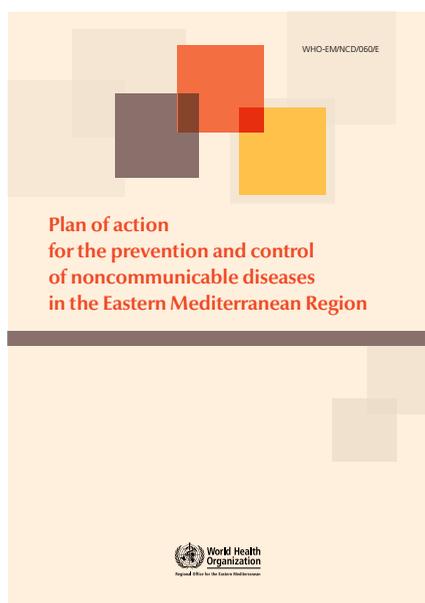
L'insuffisante détermination politique est l'une des principales difficultés de la lutte contre les maladies non transmissibles, les troubles mentaux, les traumatismes et les incapacités. Preuve en est que ces maladies ne bénéficient pas d'une forte priorité dans les plans de développement sanitaire, et que les ressources allouées à la lutte contre ces troubles sont maigres. Les politiques et plans nationaux sont souvent sous-financés. En outre, les situations d'urgence graves, les catastrophes d'origine naturelle et humaine et l'instabilité politique qui caractérisent la Région ont des répercussions négatives sur

la pérennité des programmes de lutte contre les maladies.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Un plan d'action régional sur les *maladies non transmissibles* a été élaboré, sur le modèle du plan d'action mondial (2008-2013) ; il est à présent utilisé pour soutenir les pays dans leur mise au point de plans nationaux et pour réviser les plans associés. Les pays concernés sont l'Arabie saoudite, Bahreïn, la Jordanie, le Maroc, Oman, la République arabe syrienne et la Tunisie. Tous les pays ont bénéficié d'un soutien technique pour leur permettre d'utiliser pleinement l'outil OMS d'évaluation des capacités des pays dans le domaine des maladies non transmissibles. Le Bureau régional a continué à fournir un soutien technique à l'intégration des maladies non transmissibles dans les soins de santé primaires ; deux nouveaux pays (Jordanie et Tunisie) ont été concernés, ce qui porte à six le nombre des pays ayant réalisé cette intégration. Trois pays (le Maroc, le Qatar et la Tunisie) ont bénéficié d'un appui à l'actualisation de leurs plans nationaux de lutte contre le cancer, conformément à la stratégie régionale de lutte contre cette maladie. Le Bureau régional a également consolidé son partenariat avec l'Association régionale de lutte contre le cancer, en vue de monter des programmes de renforcement des capacités, particulièrement dans le domaine du dépistage du cancer du sein et des soins palliatifs.

Les efforts visant à améliorer la surveillance se poursuivent dans la Région. Un cadre d'action régional comprenant des indicateurs sur les facteurs de risque, la morbidité et la mortalité, a été élaboré, de



même que des actions de riposte du système de santé ; et cinq pays (Bahreïn, le Maroc, le Qatar, la République arabe syrienne et la Tunisie) ont reçu un soutien technique pour la mise au point d'indicateurs de suivi. Par ailleurs, les rapports portant sur l'approche STEPwise de l'OMS dans le domaine de la surveillance des maladies non transmissibles ont été diffusés en Jamahiriya arabe libyenne, au Liban et en Palestine. Suite à la décision historique des Nations Unies d'accorder une attention sans précédent à la lutte contre les maladies non transmissibles, concrétisée dans la résolution A/RES/64/265, une consultation a été organisée afin d'assurer une contribution régionale à la réunion de haut niveau sur les maladies non transmissibles, organisée par les Nations Unies en septembre 2011. Conscient du rôle essentiel de la recherche dans la production des éléments d'information nécessaires à l'élaboration et à la mise en œuvre de programmes, le Bureau régional a maintenu son soutien aux centres régionaux d'excellence d'Arabie saoudite, de la République islamique d'Iran, de Jordanie,

du Liban et de la République arabe syrienne, en vue de leur désignation en tant que nouveaux centres collaborateurs de l'OMS pour la recherche et la formation sur les maladies non transmissibles. Le Bureau régional a également été impliqué dans deux projets de recherche multipays portant sur les maladies cardio-vasculaires et sur les effets de l'urbanisation sur les maladies non transmissibles.

Dans le domaine de la *lutte antitabac*, un appui technique et financier a été fourni aux services de sevrage de quatre pays. Une note d'orientation sur l'intégration de ces services dans les centres de lutte antituberculeuse a également été rédigée ; elle sera traduite en arabe. Enfin, quatre pays ont bénéficié d'un soutien en vue de leur participation aux négociations de la Convention-cadre pour la lutte antitabac sur les directives concernant la dépendance à l'égard du tabac.

En ce qui concerne les troubles neuropsychiatriques, trois pays ont reçu un appui pour qu'ils achèvent l'évaluation de leur système de santé mentale à l'aide de l'instrument OMS IESM. Le nombre de pays ayant clos cette évaluation est désormais de 18. Un rapport régional de synthèse, fondé sur l'évaluation effectuée dans quatorze pays, a été publié. Les pays participent aussi à l'actualisation du projet ATLAS sur la santé mentale, dont la dernière publication remonte à 2005. La version finale de l'atlas des ressources sur la santé mentale de la mère, de l'enfant et de l'adolescent dans les pays de la Région a été mise au point ; elle fait maintenant l'objet d'un examen collégial.

Les politiques et la législation constituent les structures nécessaires à la création de services. Le Comité régional a adopté des orientations stratégiques régionales (EM/RC57/R.3) sur la santé mentale de la mère, de l'enfant et de



l'adolescent. Le Bureau régional a maintenu son soutien aux pays (Jordanie, Liban, Maroc et Soudan) pour qu'ils élaborent la version préliminaire, puis définitive de politiques et de stratégies fondées sur des bases factuelles dans le domaine de la santé mentale et des toxicomanies. L'Égypte a reçu un soutien à la mise en œuvre de la législation sur la santé mentale, votée par le gouvernement en 2009. En outre, les professionnels d'Égypte, de Jordanie et du Soudan ont été soutenus en vue de leur participation à la formation diplômante sur la santé mentale, organisée par l'Université de Pune (Inde), en collaboration avec le Siège de l'OMS. Au cours d'une réunion interpays, les dispositions de la législation sur la santé mentale dans les pays ont été examinées pour les mettre en conformité avec les accords internationaux, en particulier la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées ; cette réunion interpays était organisée en collaboration avec les programmes Santé et droits de l'homme, et Promotion de modes de vie sains et de la santé. Pendant la période

étudiée dans ce rapport, tous les pays ont désigné un point focal pour la santé mentale. Enfin, onze pays (Afghanistan, Arabie saoudite, Bahreïn, Égypte, République islamique d'Iran, Iraq, Jordanie, Maroc, Palestine, Soudan et Tunisie) ont confié à une unité spécifique la responsabilité d'élaborer des politiques, plans et services concernant la santé mentale et les toxicomanies, et d'en effectuer le suivi. L'intégration d'une composante de santé mentale dans les soins de santé primaires est un aspect important de la vision d'ensemble dans ce domaine ; à cet égard, un programme de formation destiné au personnel dispensant ce type de soins, portant sur l'identification et la prise en charge des troubles mentaux courants, a été conçu et diffusé auprès des pays. Une proposition de projet sur l'intégration de la santé mentale dans les soins de santé primaires en Palestine, mise au point conjointement avec l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA), est actuellement à l'étude. Une proposition similaire, portant sur le renforcement des capacités en Afghanistan, a été élaborée en collaboration avec des confrères nationaux. L'OMS a également participé à une proposition soumise à l'Union européenne, sur la santé mentale en Somalie. Un renforcement des capacités du personnel spécialisé en soins de santé primaires a été réalisé à Erbil (Iraq). Et la Jordanie a été choisie pour engager la mise en œuvre du programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale.

L'initiative « sans chaînes », dont l'objectif est de fournir des services de santé mentale avec humanité et dans le respect des droits et de la dignité des utilisateurs de services et de leurs familles, a été maintenue dans toutes les régions de Somalie. Elle a également été étendue à deux sites en Afghanistan et à un site au Soudan. Les capacités régionales

de riposte aux situations d'urgence dans le domaine de la santé mentale et du soutien psychosocial sont renforcées en Palestine, ainsi qu'en Égypte, en Jordanie et en République arabe syrienne, pour ce qui concerne les déplacés iraqiens. Une analyse de situation a été entreprise, à l'aide des outils mis au point par l'OMS et le Groupe de référence du Comité permanent interorganisations (CPI) pour la santé mentale et le soutien psychosocial dans les situations d'urgence, auquel le Bureau régional participe.

Pour encourager la production de données permettant de soutenir des actions, une étude systématique des suicides a été soumise pour publication, et la version définitive d'un protocole d'étude multisites a été achevée. Une étude systématique sur la nutrition et la santé mentale a été terminée ; elle est à présent soumise à un examen collégial. Un rapport régional sur l'épilepsie a été publié.

Le domaine des *violences, traumatismes et incapacités* a connu une réussite majeure : l'élaboration d'un cadre de référence en vue de la mise en œuvre des politiques et programmes de sécurité routière, permettant de veiller à l'application efficace de la résolution EM/RC56/R.7 intitulée « les traumatismes dus aux accidents de la circulation : une préoccupation de santé publique majeure ». La Décennie d'action pour la sécurité routière 2011-2020 confère une importance particulière à ce cadre de référence. Comme le plan mondial pour la décennie d'action, celui-ci propose des orientations structurées visant à appliquer les résolutions mondiales et régionales. Le Bureau régional soutiendra les pays pour qu'ils élaborent et mettent en œuvre leurs propres politiques, programmes et plans nationaux dans le but de prendre en main le problème des victimes des

accidents de la route. L'Égypte a été le seul pays sélectionné dans la Région pour participer au projet Sécurité routière dans dix pays - 2010-2014. Ce projet entend soutenir certains pays dans l'adoption de bonnes pratiques de sécurité routière, en cohérence avec leurs stratégies nationales dans ce domaine.

Le Bureau régional de l'OMS a coparrainé le Congrès arabe sur la santé de l'enfant, qui a réuni onze pays aux Émirats arabes unis sur le thème suivant : accidents et prévention des traumatismes chez les enfants. Cet événement a permis d'attirer l'attention sur les traumatismes de l'enfant dans la Région, les stratégies et les outils fondés sur des bases factuelles pouvant être utilisés pour lutter contre ce problème. Dans le cadre de son suivi, le Bureau régional, en collaboration avec l'UNICEF et les autorités de Dubaï en charge de l'éducation et de la santé, a piloté un projet commun sur la prévention des traumatismes, dans lequel des jeunes étaient responsables de l'autonomisation de leurs pairs et du renforcement de leur savoir et de leurs compétences pour développer une culture de la sécurité dans certains établissements scolaires. Le Bureau régional a maintenu son soutien aux pays pour qu'ils mettent au point ou consolident leurs systèmes de surveillance des traumatismes et les dossiers concernant les incapacités à l'aide de la Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé.

Le *Rapport mondial sur la sécurité dans le monde*, qui a été publié en arabe, fournit des informations actualisées sur la situation de 178 pays, dont 20 de la Région, en matière de sécurité routière, à l'aide de données provenant d'une enquête standard. La réalisation du second rapport mondial est en cours. Par ailleurs, le *Eastern Mediterranean status report on road safety* [Rapport sur la situation de la sécurité routière en



Méditerranée orientale] a été publié. L'OMS a également accueilli à Londres la troisième réunion mondiale des points focaux des ministères de la Santé pour la violence et la prévention des traumatismes au niveau national. Celle-ci a été suivie de la dixième Conférence mondiale sur la prévention des traumatismes et la promotion de la sécurité, durant laquelle le Bureau régional et les pays ont présenté différents aspects de la question des traumatismes et de la prévention dans la Région, et profité de cette opportunité pour échanger des expériences.

Seize pays sont à présent signataires de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées. Un nombre croissant de pays sont activement engagés dans diverses activités dont le but est de mettre en pratique les dispositions de la Convention. Ces pays sont notamment l'Arabie saoudite, l'Afghanistan, l'Égypte, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, le Pakistan et la République arabe syrienne. Malgré les ressources limitées, plusieurs jalons importants ont été posés dans le domaine des incapacités et de la

réadaptation. En effet, un projet de stratégie régionale en faveur de la réadaptation communautaire est mis en œuvre en phase pilote dans trois pays : l'Afghanistan, la République islamique d'Iran et le Pakistan. Le Bureau régional a également fourni un soutien à l'UNRWA pour son programme de réadaptation communautaire. Par ailleurs, les nouvelles directives sur la réadaptation communautaire, copubliées par l'OMS, l'Organisation internationale du travail, l'UNESCO et *International Disability and Development Consortium* [Consortium international sur les incapacités et le développement], qui comprend des organisations internationales non gouvernementales, ont été diffusées en 2010. Le Bureau régional a activement participé à la mise au point de ces directives et aux efforts collectifs consacrés à imaginer les futures étapes de leur mise en œuvre. Une version en arabe est en cours de rédaction, et le Bureau régional est engagé dans une planification commune avec les pays en vue de leur mise en œuvre. Le Groupe spécial régional sur le handicap, formé par le Directeur régional en

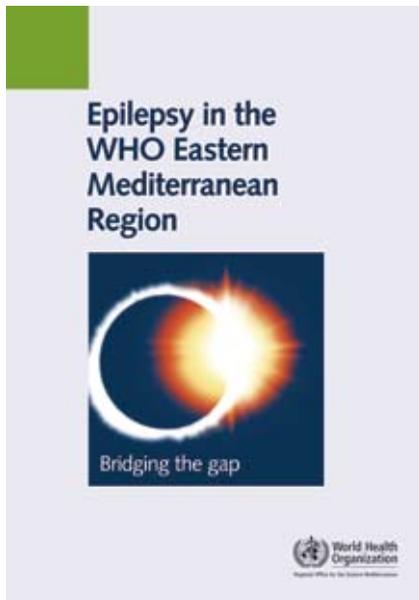
septembre 2008, a poursuivi son action au plan régional et participé au Groupe spécial de l'OMS sur le handicap, au plan mondial.

Dans le domaine de la prévention de la cécité évitable et des déficiences visuelles, un plan d'action a été élaboré pour soutenir la mise en œuvre du Onzième programme général de travail 2006-2015 de l'OMS et du Plan stratégique à moyen terme 2008-2013. Il propose des mesures efficaces pouvant être prises pour réduire la prévalence de la cécité évitable et des déficiences visuelles, et adaptées aux contextes et besoins locaux par les pays et les partenaires.

Les équipes nationales d'Afghanistan, d'Égypte, de la Jamahiriya arabe libyenne, de Somalie, du Soudan et du Yémen ont bénéficié d'un renforcement des capacités en vue de la réalisation d'une évaluation rapide de la cécité évitable et de la prévalence de la cécité chez les personnes âgées de plus de 50 ans. Pour mieux sensibiliser à la prévention de la cécité, de nombreux pays ont célébré le 14 octobre 2010 la Journée mondiale de la vue, sur le thème « Compte à rebours vers 2020 ». Dans le but de renforcer les partenariats et de mobiliser les ressources, le Bureau régional travaille en étroite collaboration avec des partenaires, notamment l'Organisation mondiale contre la cécité-Région de la Méditerranée orientale, l'Initiative internationale contre les incapacités évitables pour la Région de la Méditerranée orientale (IMPACT-EMR), *Sightsavers* Pakistan, *Lions Clubs-District 352* et l'Égypte. Enfin, le Bureau régional entretient une forte collaboration avec le *Kuwait Patients Helping Fund Society* [Société koweïtienne du Fonds d'aide aux patients] pour éliminer la cécité évitable dans la Région.

Orientations futures

Le Bureau régional continuera à soutenir les États Membres dans l'élaboration de plans nationaux pluriannuels de portée générale, en conformité avec les stratégies et plans d'action régionaux. Le renforcement des systèmes de santé et l'intégration de la surveillance des maladies non transmissibles, des traumatismes, de la santé mentale et des toxicomanies au sein de ces systèmes demeureront des objectifs cruciaux à mettre en œuvre l'an prochain. Le Bureau régional tentera de développer à son maximum la contribution des autres secteurs et de consolider les partenariats pour diminuer l'exposition aux facteurs de risque communs modifiables. Il s'efforcera également de réaliser l'intégration des maladies non transmissibles, de la santé mentale, du sevrage tabagique et des programmes de soins oculaires dans les soins de santé primaires, en renforçant les capacités du personnel dispensant ce type de soins. Dans le domaine des maladies non transmissibles, de la santé mentale, des déficiences visuelles et des traumatismes, des campagnes de sensibilisation seront menées pour obtenir un accroissement de la détermination politique et *in fine*, des ressources, ainsi qu'une contribution aux plans de travail. Davantage d'attention sera accordée au renforcement des capacités nationales pour identifier et satisfaire les besoins de sevrage tabagique. L'application des directives sur la dépendance à l'égard du tabac, qui viennent d'être adoptées dans le cadre de la Convention-cadre pour la lutte antitabac, sera une démarche primordiale au cours de la période à venir. Il est prévu d'augmenter le nombre de pays qui recevront un appui pour achever l'enquête de l'approche STEPwise, l'évaluation des systèmes de santé mentale au moyen de l'instrument OMS IESM et



l'enquête d'évaluation rapide de la cécité évitable, et pour produire des informations scientifiquement fondées. Les points forts de la Région seront mieux exploités, et la collaboration entre pays sera renforcée. Le Bureau régional s'efforcera enfin de traduire en actions nationales les engagements pris par les institutions des Nations Unies et les États Membres aux plans régional et mondial, dans différents domaines comme la sécurité routière, les traumatismes de l'enfant et les incapacités.

Objectif stratégique 4 : réduire la morbidité et la mortalité et améliorer la santé aux principaux stades de la vie (grossesse, accouchement, période néonatale, enfance et adolescence compris), tout en améliorant la santé sexuelle et génésique et en permettant à tous les individus de vieillir en restant actifs et en bonne santé.

Enjeux et défis

À seulement cinq ans de la cible de 2015 fixée par les Nations Unies pour réaliser les objectifs du Millénaire pour le développement, la mortalité des moins de cinq ans dans la Région a été réduite de 30 % depuis 1990, tandis que la mortalité maternelle a diminué de 24 %. L'Égypte, le Liban et Oman ont atteint la cible fixée par l'objectif 4 du Millénaire pour le développement, et cinq pays sont en bonne voie pour l'atteindre, mais des efforts considérables sont encore nécessaires pour réaliser les objectifs 4 et 5 dans l'ensemble de la Région. D'ailleurs, plusieurs pays ne les atteindront probablement pas. Cinq pays sont en bonne voie pour réaliser la couverture universelle pour la mise en œuvre

de la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME), mais les autres pays devraient mettre de 5 ans à 43 ans pour la réaliser si son extension continue au même rythme. Les principaux obstacles auxquels est confrontée la santé de la mère, du nouveau-né et de l'enfant dans la Région sont l'insuffisante volonté d'agir pour la santé maternelle et infantile, la forte rotation des administrateurs de programmes, la grave baisse des allocations aux programmes spécialisés dans ces domaines, et l'absence ou le manque de fiabilité des données relatives aux progrès accomplis dans la Région.

La priorité accordée par les pays à la santé de l'adolescent n'est pas suffisamment forte. En effet, la santé de l'adolescent n'est pas présente dans la structure des ministères de la Santé de tous les pays. Les systèmes nationaux d'information sanitaire n'ont pas été dotés d'indicateurs appropriés, et les fonds alloués à la santé de l'adolescent sont minimaux. La création d'alliances pour étendre le réseau des écoles-santé dans la Région et la stimulation des activités de recherche sur ce thème demeurent des défis majeurs pour l'amélioration de la santé des élèves et la promotion et la protection de la santé familiale et communautaire. Les villes et communautés amies des aînés, ainsi que les soins de santé primaires adaptés à l'âge sont également des initiatives primordiales pour la satisfaction des besoins sanitaires liés à l'augmentation notable du nombre de personnes âgées.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Le Bureau régional a continué à agir pour renforcer les capacités nationales en *santé maternelle et néonatale*, en utilisant des

stratégies fondées sur des bases factuelles et dont les objectifs sont les suivants : veiller à fournir des soins qualifiés à toute femme enceinte durant sa grossesse, l'accouchement et le postpartum ; collecter et analyser des données sanitaires pour appuyer la prise de décisions judicieuses dans la gestion de programmes ; encourager l'adoption de directives et de protocoles cliniques ainsi que leur mise en œuvre dans les établissements ; déterminer les bonnes pratiques dans le domaine du service ; et sensibiliser davantage le public aux pratiques pouvant sauver des vies, grâce aux programmes communautaires.

Une attention particulière a été accordée aux pays qui montrent des difficultés à réaliser l'objectif 5 du Millénaire pour le développement. L'Afghanistan, le Pakistan, le Soudan et le Yémen ont bénéficié d'un soutien pour procéder à un examen approfondi de leurs programmes nationaux pour une maternité sans risque et élaborer des plans nationaux visant à réduire la mortalité et la morbidité maternelles et néonatales. En collaboration avec les organisations apparentées des Nations Unies et d'autres agences internationales de développement,



Un agent de santé somalien diffuse des informations sanitaires à des mères venues consulter dans un centre de soins



un soutien a été fourni à l'Afghanistan et au Yémen pour qu'ils s'engagent au niveau national vis-à-vis du Plan d'action commun en faveur de la santé de la femme et de l'enfant élaboré par le Secrétaire Général des Nations Unies, notamment en ce qui concerne la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement.

La présence de personnel qualifié durant la grossesse et lors de la naissance est extrêmement importante pour réduire la mortalité de la mère et du nouveau-né. C'est pourquoi le Bureau régional a soutenu l'Afghanistan, le Soudan et le Yémen pour qu'ils mettent au point des programmes de formation destinés aux sages-femmes et aux agents de santé communautaires. Une aide d'urgence a été apportée au Pakistan pendant la crise consécutive aux inondations : elle a notamment concerné la révision des outils nationaux permettant l'évaluation rapide de la santé génésique, maternelle et néonatale dans les situations d'urgence.

Des programmes de planification familiale performants pourraient contribuer à une réduction de la mortalité maternelle pouvant aller jusqu'à 31 %. Le Bureau régional a donc soutenu le renforcement des capacités des administrateurs de programmes nationaux dans le domaine des méthodes d'incitation au changement pour étendre les bonnes pratiques en matière de services. En conséquence, onze pays ont élaboré des plans nationaux en vue de la diffusion des meilleures pratiques dans les programmes et politiques de planification familiale.

Les décès de mères et de nouveau-nés se produisent très majoritairement au moment de l'accouchement ou peu après. La plupart d'entre eux pourraient pourtant être évités par de simples mesures préventives ou l'orientation vers des services d'urgence. Une surveillance, une analyse et une



Bilan de santé d'un enfant en Iraq, l'un des 13 pays de la Région mettant en œuvre la stratégie PCIME

notification bien organisées de la morbidité et de la mortalité maternelles et néonatales permettront de fournir des informations essentielles pour l'orientation des actions visant à améliorer la qualité des services. Le Bureau régional a tenu une réunion consultative qui a conduit à l'élaboration de plans d'action nationaux pour le renforcement des systèmes de surveillance de la santé maternelle et néonatale dans les pays participants, et à la mise au point de recommandations techniques pour soutenir la mise en œuvre de ces plans.

Dans le domaine de la protection et de la promotion de la *santé de l'enfant et de l'adolescent*, 34 088 centres de soins de santé primaires (67 %), situés dans treize pays de la Région, mettent à présent en œuvre la stratégie de prise en charge intégrée de la santé de l'enfant (PCIME). Des initiatives régionales, comme la formation avant

l'emploi sur la PCIME, ont été adoptées pour accélérer le rythme de son extension. En effet, les preuves des effets positifs de la PCIME sur la mortalité infantile s'accumulent dans la Région : une étude réalisée en Égypte a notamment montré un lien entre la réduction de la mortalité des moins de cinq ans et la mise en œuvre de cette stratégie. Plus de cinquante facultés de médecine ont introduit la PCIME dans le cursus d'enseignement de la pédiatrie. Un programme de formation avant l'emploi sur la PCIME, composé de six modules, a été conçu pour renforcer cette initiative. Afin d'augmenter l'accès à des services de qualité dans le domaine des soins de santé de l'enfant, et pour assurer l'équité de cet accès, une initiative régionale de soins communautaires de l'enfant a été lancée ; elle comprend un cadre de référence régional et un programme de formation destiné aux agents de santé communautaires. Expérimentée sur le terrain en Égypte, elle a été mise en œuvre au Yémen dans une version adaptée au contexte de chaque pays. Un système d'information en ligne sur la PCIME a été mis au point et communiqué aux pays au cours de la réunion des coordonnateurs régionaux de cette stratégie ; un renforcement des capacités d'utilisation de cet outil a été planifié.

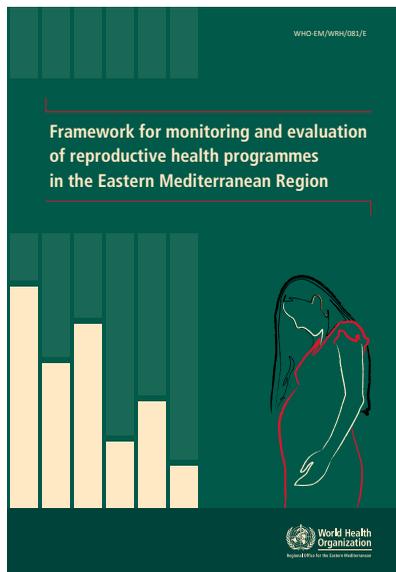
Des indicateurs de base pour la santé de l'adolescent ont été élaborés. Un soutien technique a été fourni aux pays pour qu'ils organisent des séminaires-ateliers d'orientation au niveau national visant à plaider pour l'instauration d'unités de gestion de la santé de l'adolescent et à effectuer une analyse de la situation. À l'heure actuelle, la santé de l'adolescent est représentée dans la structure des ministères de la Santé de sept pays.

Le Bureau régional a maintenu son soutien technique aux programmes de santé scolaire. Un examen des visites médicales

scolaires a été effectué à Oman, et de futures mesures ont été définies et transmises aux autorités nationales concernées. Un questionnaire a été élaboré pour élargir la mise en œuvre des composantes des écoles-santé ; il a permis de recueillir des données sur l'état des services de santé scolaire. Celles-ci ont été analysées et présentées lors d'une consultation régionale sur l'organisation de services de santé scolaire. Elles ont conduit à l'adoption de la Déclaration de Mascate sur le renforcement des services scolaires au moyen d'une action visant à relever les défis actuels et futurs. Un projet de directives régionales sur les services de santé scolaire est en préparation.

En ce qui concerne la *santé génésique et la recherche*, le Bureau régional a maintenu son soutien technique aux actions nationales visant à accélérer les progrès vers la réalisation des objectifs et cibles de développement internationaux liés à la santé génésique et sexuelle. L'Afghanistan et le Soudan ont bénéficié d'un appui à l'achèvement de leur stratégie nationale en faveur de la santé génésique et des plans d'action 2011-2015 qui lui sont liés. Le Soudan a mis au point la version finale de sa politique nationale en faveur de la santé génésique et l'a rendue publique. Enfin, un examen approfondi du programme national de santé génésique et de son application a été effectué en Afghanistan, Jordanie, Palestine, au Soudan et au Yémen.

En santé génésique, la surveillance, la collecte et l'analyse de données ainsi que la notification sont encore insuffisantes et inefficaces dans de nombreux pays. Pour y remédier, le Bureau régional a diffusé un cadre de référence régional pour le suivi et l'évaluation des programmes de santé génésique. Ce document d'orientation, qui comprend 34 indicateurs de suivi spécifiques à la Région, servira à renforcer les capacités



techniques nationales en matière de recueil d'informations et de données pertinentes, fiables et permettant de suivre, d'évaluer et de guider les programmes nationaux de santé génésique. Dix-huit pays ont également bénéficié d'un soutien technique pour qu'ils mettent au point des plans de travail nationaux en vue du renforcement des capacités de suivi et d'évaluation. L'Afghanistan, la République islamique d'Iran, la Jordanie, la Palestine, la République arabe syrienne et le Soudan ont ainsi rédigé des listes nationales d'indicateurs de suivi pour la santé génésique, grâce aux indications et à l'appui du Bureau régional.

Les adolescents représentent près d'un quart de la population de la Région. De ce fait, la satisfaction de leurs besoins spécifiques en santé sexuelle et génésique est un défi substantiel. Des travaux de recherche de qualité devraient jouer un rôle critique dans la détermination des besoins et de modes de prestation de service acceptables et performants pour les jeunes. Pour tenir compte de ce constat, un appui a été fourni à un renforcement des capacités en matière de recherche sur la santé sexuelle et génésique

des adolescents. En conséquence, l'Afghanistan, Bahreïn, la Palestine et le Yémen ont élaboré des propositions nationales pour réaliser des activités de recherche dans ce domaine, et quatorze pays ont mis au point des plans de travail faisant de la recherche sur la santé génésique des adolescents une priorité nationale.

Les programmes et initiatives favorisant un *vieillessement actif et en bonne santé* sont de plus en plus soutenus et font l'objet d'une attention croissante dans la Région. Une enquête de suivi sur l'application de la stratégie régionale en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé a été effectuée. Un soutien énergique au renforcement des capacités en matière de vieillissement actif a été fourni dans le cadre de la cinquième conférence annuelle de la faculté de médecine de l'Université de Damas (République arabe syrienne). De même, un appui a été accordé aux actions nationales visant à consolider les programmes des villes-amies des aînés à Hama et Deir Atiyeh.

Orientations futures

D'importants efforts seront effectués pour soutenir davantage les programmes de santé maternelle, néonatale et infantile. Le Bureau régional continuera à renforcer les capacités techniques des bureaux de pays de l'OMS afin de maintenir le soutien technique de l'Organisation et de faire progresser ces programmes dans la Région. La sensibilisation et la mobilisation de ressources en faveur de la santé de la mère et de l'enfant seront un enjeu prioritaire, pour soutenir la couverture universelle par des interventions d'un bon rapport coût-efficacité. Cinq pays supplémentaires devraient atteindre un taux de mise en œuvre de la PCIME dans les centres de

soins de santé primaires d'au moins 50 %. Le programme de formation destiné aux agents de santé communautaires sera mis en œuvre dans deux autres pays et étendu dans les deux pays précurseurs de la Région. Par ailleurs, la formation avant l'emploi sur la PCIME sera proposée dans trois nouvelles facultés de médecine et évaluée dans une autre d'entre elles. La PCIME sera évaluée dans deux pays au moyen d'un examen de cette stratégie et d'une enquête dans les établissements de soins. Des programmes de santé de l'adolescent seront mis sur pied dans deux pays et un rapport comprenant une analyse de la situation dans ce domaine sera achevé dans trois autres d'entre eux. La réalisation des objectifs nationaux et internationaux en matière de santé de la femme et de santé génésique reste confrontée à des difficultés majeures dans la Région. Une attention particulière sera accordée aux thèmes suivants : les connaissances, attitudes et pratiques des personnes, familles et communautés ; la réduction des disparités au sein du personnel de santé qualifié d'une part, pour garantir la disponibilité des agents aux endroits et aux moments où ils sont le plus nécessaires, et dans les systèmes de prestation de soins de santé génésique d'autre part, pour assurer un fonctionnement de qualité de ces systèmes ; et l'amélioration des informations disponibles sur les principaux déterminants de la morbidité et de la mortalité liées à la reproduction, pour permettre un développement et une mise en œuvre de programmes fondés sur des données probantes.

Objectif stratégique 5 : réduire les effets sur la santé des situations d'urgence, des catastrophes, des crises et des conflits, ainsi que leurs effets sociaux et économiques

Enjeux et défis

Les actions menées dans le cadre de cet objectif stratégique continuent à cibler le soutien aux capacités de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques de catastrophe, le renforcement de la préparation à la riposte, l'organisation d'une riposte efficace aux situations d'urgence dans des délais appropriés et l'encadrement du relèvement du secteur de la santé. La Région a également souffert d'une augmentation de la fréquence et de l'ampleur des catastrophes naturelles. Au Pakistan, les inondations ont frappé au moins vingt millions de personnes, et huit autres pays ont aussi subi des catastrophes naturelles. En outre, la Région présente des situations d'urgence humanitaires que l'on peut considérer comme les plus complexes et les plus éprouvantes au monde, en Afghanistan, Iraq, Palestine, au Pakistan, en Somalie, au Soudan et au Yémen ; la plupart de ces pays comptent parmi les économies les plus pauvres. En raison du conflit en Palestine, qui dure depuis soixante ans, plus de 80 % de la population de la Bande de Gaza a besoin d'une aide humanitaire. L'Afghanistan et la Somalie continuent de présenter les taux de mortalité maternelle et infantile les plus élevés au monde. La Somalie, qui vit depuis vingt ans une situation de



guerre civile, compte plus de 2,5 millions de personnes déplacées. Au Yémen, les conflits internes persistent. Collectivement, ces pays représentent à eux seuls 46 % de la population mondiale de personnes déplacées. Le nombre élevé de situations d'urgence dans la Région souligne l'importance d'un investissement accru et d'un engagement politique des gouvernements et des autres parties prenantes dans la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques de catastrophe.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Cette année, la réussite la plus importante a été l'organisation d'une aide humanitaire coordonnée et efficace après les inondations au Pakistan, avec le ministère de la Santé et les autres partenaires du groupe Santé des Nations Unies. Cette aide visait à faire face aux situations présentant des dangers mortels et à fournir une aide humanitaire dans le domaine de la santé à plus de vingt millions de personnes dans tout le pays. Pour organiser et maintenir cette riposte à la catastrophe, qui est la plus grave à laquelle l'OMS (et les Nations Unies) aient jamais été confrontées au cours des cinquante dernières années, les efforts et le soutien de tous, à tous les niveaux de l'Organisation, ont été nécessaires, de même qu'une collaboration avec les partenaires au niveau mondial. Des experts de haut niveau ont été immédiatement mobilisés, dans des domaines variés tels que la santé, la logistique, les opérations, les communications et les technologies de l'information. Plus de 4,5 millions de personnes ont bénéficié de consultations médicales et reçu des médicaments indispensables dans plus de 1200 points de prestation de soins de santé ; par ailleurs, plus de 15 000 enfants ont été



L'OMS entretient une collaboration étroite avec le gouvernement du Pakistan pour soutenir les opérations de secours dans les zones dévastées par les inondations

traités et pris en charge pour la diarrhée et de la malnutrition. L'aide sanitaire ciblée, fournie au bon moment et doublée d'une coordination efficace avec les Groupes Nutrition, Eau et Assainissement, a permis d'éviter une possible deuxième vague de mortalité, due à des flambées de maladies transmissibles.

Parmi les opérations d'urgence réalisées par l'OMS dans la Région, la priorité a été accordée à la mise en œuvre de l'approche de groupe dans toutes les crises. Par conséquent, un appui a été fourni au renforcement des capacités en coordination du groupe Santé, pour le personnel de santé de haut niveau dans les organisations non gouvernementales (ONG) nationales et internationales, les organismes gouvernementaux et les autres institutions des Nations Unies. Le groupe Santé a reçu le second financement le plus élevé de tous les groupes correspondant à des secteurs humanitaires dans la Région, ce qui a permis d'éviter des décès et des maladies chez les 35,4 millions de bénéficiaires ciblés dans les sept pays de la Région inclus dans la liste de la Procédure d'appel global. Un soutien a également été fourni au renforcement des

capacités en gestion des risques pour la santé publique dans les situations d'urgence ; de hauts responsables de la santé en ont profité.

Accomplies avec les États Membres et les autres parties prenantes, les initiatives actuelles de l'OMS en matière de plaidoyer et de sensibilisation gagnent du terrain ; celles-ci soulignent l'importance et la nécessité de diffuser une culture de la réduction et de la gestion des risques dans la Région. Plusieurs pays ont mis en route des programmes nationaux de préparation aux situations d'urgence et de réduction des risques de catastrophe, fondés sur une approche multirisque ; ce sont l'Afghanistan, la Jamahiriya arabe libyenne, la Jordanie, Oman, le Pakistan et le Soudan. Deux stratégies régionales de réduction des risques de catastrophe, ciblant les pays africains d'une part, et les pays arabes d'autre part, ont également été élaborées. La version finale de l'indice de sécurité des hôpitaux a également été mise au point ; celui-ci permet d'évaluer la vulnérabilité des établissements de santé en cas de crise, de superviser les mesures correctives et de préserver un fonctionnement ininterrompu de ces établissements lors des crises. Une mise en œuvre pilote de l'utilisation de cet indice est en cours dans les pays de la Région.

Dans le domaine de la préparation à la riposte et du relèvement, un soutien a été apporté aux gouvernements du Liban, de la Palestine, de la République arabe syrienne, du Soudan et du Yémen pour qu'ils actualisent leurs plans d'urgence, assurent de ce fait une riposte efficace aux situations d'urgence sanitaire dans des délais appropriés et réduisent toute conséquence inutile sur les stratégies de relèvement dans le domaine de la santé. Ces pays ont aussi reçu un appui pour qu'ils planifient et réalisent des exercices de simulation dérivés des scénarios pouvant avoir un impact grave sur la santé.

L'OMS a maintenu son soutien au programme d'assistance sanitaire aux Iraquiens déplacés en Égypte, Jordanie, au Liban et République arabe syrienne, en aidant les gouvernements hôtes et les organismes de service à améliorer les points forts et les capacités des agents de santé, ainsi que l'accès, la couverture, la qualité et l'utilisation des services de soins de santé à cette population. L'Organisation a également passé contrat avec des hôpitaux spécialisés pour fournir aux Iraquiens déplacés des soins médicaux d'urgence, secondaires et tertiaires, notamment dans le domaine de la santé mentale. Ces pays ont également vu la poursuite des initiatives visant à intégrer dans les services de soins de santé primaires, les soins de santé mentale et les premiers secours psychosociaux.

Préoccupé par l'impact croissant des catastrophes sur la santé, le Comité régional a adopté une résolution (EM/RC57/R.2) soulignant la nécessité d'accorder la priorité au renforcement des capacités régionales en matière de préparation aux situations d'urgence et d'organisation des secours au sein du secteur de la santé. Le Comité régional a aussi reconnu qu'il était indispensable de disposer d'un fonds de solidarité permettant de financer la première vague d'interventions permettant de sauver des vies lors des crises, lorsque les fonds collectés au moyen des appels habituels sont encore attendus.

Orientations futures

Pour atteindre la totalité des résultats escomptés dans la résolution adoptée par le Comité régional, une ampleur accrue sera donnée aux initiatives et aux actions de sensibilisation. Ces dernières viseront particulièrement à exploiter les synergies entre les différents niveaux et programmes de l'OMS et parvenir à des résultats



maximaux ; institutionnaliser la préparation aux situations d'urgence et la réduction des risques de catastrophe dans les programmes nationaux de gestion des catastrophes ; renforcer la prévisibilité et l'efficacité de la riposte aux situations d'urgence, au moyen du renforcement de capacités régionales et de la consolidation des ressources en matière de préparation à la riposte - notamment des formations, des listes d'experts régionaux, par l'établissement de plans d'urgence et la constitution de stocks stratégiques ; et lier le relèvement à la réduction des risques de catastrophe et aux priorités et programmes de développement.

Objectif stratégique 6 : promouvoir la santé et le développement, et prévenir ou réduire les facteurs de risque pour la santé associés au tabac, à l'alcool, aux drogues et à l'usage d'autres substances psychoactives, à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque

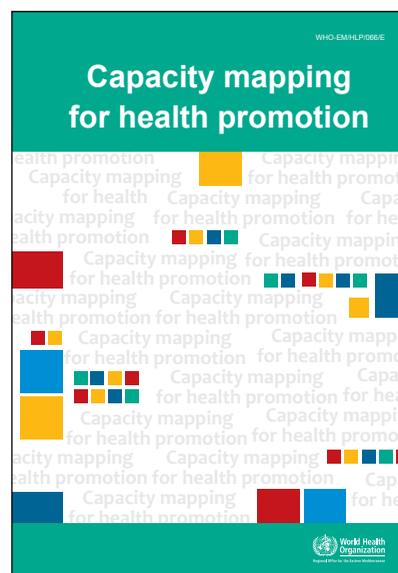
Enjeux et défis

On constate une attention et une détermination politiques croissantes à l'égard de la lutte contre les facteurs de

risque associés à la consommation de tabac, d'alcool, de drogues et d'autres substances psychoactives, ainsi qu'à une alimentation déséquilibrée, à la sédentarité et aux rapports sexuels à risque. Celles-ci apparaissent clairement dans la Déclaration du Qatar sur les soins de santé primaires signée en 2008, et dans la résolution de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles. Cependant, ces facteurs de risque demeurent un important défi pour la Région, non seulement au regard de l'état de santé global de la population, mais aussi parce que les ressources humaines et financières manquent pour atteindre les objectifs planifiés. Un engagement politique de haut niveau, des interventions législatives et des politiques publiques sont nécessaires, notamment pour instaurer des services de traitement fondé sur des données factuelles, et de réadaptation pour les personnes souffrant de toxicomanies. Pour la promotion de la santé et l'éducation sanitaire, les réseaux et les partenariats doivent être élargis et renforcés. En outre, la législation actuelle, en particulier l'interdiction du tabagisme dans les lieux publics, doit être mieux appliquée. Pour combler les écarts, il est vital de disposer de ressources humaines et financières supplémentaires. Les modes de vie malsains, une alimentation déséquilibrée, la sédentarité, les toxicomanies et le tabagisme sont liés : ils nécessitent donc une approche coordonnée, qui fait encore défaut. Les programmes d'action concurrents ou contradictoires, impliquant d'autres problèmes sanitaires et sociaux, ont des conséquences défavorables sur la situation de ces facteurs de risque pour la santé.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

En *promotion de la santé*, d'immenses progrès seraient réalisés si un rapprochement était opéré entre les approches de promotion et de prévention. Le cadre de référence régional pour la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'alimentation, l'activité physique et la santé a été mis en place dans ce but ; des plans de travail nationaux ont été élaborés. En réponse au besoin d'activités plus ciblées permettant une meilleure planification, les résultats du premier exercice de cartographie des capacités actuelles en promotion de la santé ont été publiés. Une formation courte en promotion de la santé, mise au point en collaboration avec le *Department of Health Services, Australia*, a été dispensée pour la deuxième fois, dans le but de renforcer ces capacités. Dans le cadre de la mise en œuvre de l'Appel à l'action



de Nairobi, le Bureau régional a produit un dossier d'information sur les pratiques de promotion de la santé, en collaboration avec l'Union internationale de promotion de la santé et d'éducation pour la santé (UIPES).

Considérant l'éducation sanitaire et la promotion de la santé comme les deux principaux outils de lutte contre les facteurs de risque associés à un mode de vie malsains, le Bureau régional a révisé et réaffirmé le rôle de l'éducation sanitaire en tant qu'instrument de promotion de la santé, lors d'une réunion interpays. En conséquence, 19 pays ont mis au point des plans d'action pour renforcer les capacités en éducation sanitaire au niveau national et sur le terrain. En parallèle, une plateforme en ligne, créée à des fins de partage de matériels d'éducation sanitaire entre les pays, devrait être expérimentée en phase pilote en 2011. Le Bureau régional a poursuivi le renforcement des capacités nationales et régionales dans le domaine des questions d'éducation sanitaire émergentes, telles que la mobilisation communautaire pendant les flambées de grippe. Il a également élaboré des matériels d'éducation sanitaire destinés aux écoliers sur la sécurité

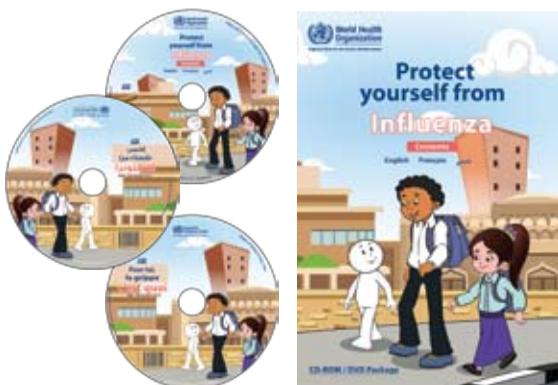




chimique et la sécurité sanitaire des aliments, la grippe et la réduction des risques lors des situations de sécheresse, les inondations et les tremblements de terre. Les pays couverts par l'enquête mondiale sur la santé des jeunes dans les établissements scolaires ont été élargis au Koweït, à la République arabe syrienne et à la Palestine, ainsi qu'à cinq sites de l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA). Cette enquête est actuellement réalisée pour la seconde fois aux Émirats arabes unis, au Maroc et à Oman. Le nombre de pays

couverts par l'enquête dans la Région s'établit à présent à 15.

Dans le domaine de l'alcool et des *toxicomanies*, le Bureau régional a achevé l'enquête mondiale sur l'alcool et la santé, qui a servi de base à l'établissement de profils des États Membres. Le Bureau régional a mis au point des profils de pays présentant les ressources disponibles pour le traitement et la prévention des troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives. Ces profils ont été conçus dans le cadre du projet intitulé ATLAS de l'OMS sur l'usage de substances psychoactives. Le Bureau régional élabore aussi actuellement un module de formation sur la mise en œuvre par les personnels de santé du test de dépistage de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psychoactives (ASSIST), des brèves interventions associées et des directives sur le traitement de substitution aux opioïdes, mises au point par l'OMS en 2009. Un soutien technique a été fourni au Maroc en vue de l'élaboration d'un projet de stratégie nationale sur la consommation d'alcool, en conformité avec la stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool. Un projet commun sur le traitement





et les soins aux personnes consommant des substances psychoactives a été mis au point en collaboration avec l'Office des Nations Unies contre la drogue et le crime (UNODC) ; celui-ci sera mis en œuvre dans certains pays en 2011.

Dans le domaine de la *lutte antitabac*, le Bureau régional a maintenu son soutien



L'équipe égyptienne de l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez l'adulte célèbre le lancement du rapport de pays 2009

à la mise en œuvre de la Convention-cadre de l'OMS pour la lutte antitabac. Un soutien technique a été fourni aux États Membres dans le cadre d'une réunion inter pays visant à assurer une meilleure mise en œuvre de la Convention et la participation à la quatrième session de la Conférence des Parties. L'Égypte, les Émirats arabes unis, la Jordanie, le Liban, le Pakistan et la République arabe syrienne ont reçu un appui à l'élaboration, l'analyse et la mise en œuvre de lois s'appuyant sur les obligations créées par la Convention, et ciblant particulièrement la réduction de la demande. Le Bureau régional a soutenu l'élaboration de nouveaux systèmes de taxation dans trois pays, pour lutter plus efficacement contre le tabagisme ; et sept pays ont reçu une formation sur la taxation du tabac en tant qu'outil de lutte antitabac, sur la base des recommandations de l'OMS. Par ailleurs, huit pays sont impliqués dans un projet régional de lutte contre le tabagisme passif, et consolident le respect des lois et de l'interdiction de la consommation de tabac dans les lieux publics. La pérennité du Système mondial de surveillance du tabagisme, qui a produit d'intéressantes données fournissant aux pays des informations probantes auxquelles se conformer, est une priorité pour la Région. Un renforcement des capacités régionales a été réalisé en ce sens, pour que les données soient mieux utilisées. Par la suite, huit projets nationaux ont été élaborés et mis en œuvre pour soutenir la lutte antitabac. L'Égypte a réalisé sa première enquête sur la consommation de tabac chez les adultes, et diffusé ses résultats. Enfin, un certain nombre de fiches d'information ont été produites, de même que des publications, parmi lesquelles *Progress in tobacco control in Egypt and Pakistan* [Progrès de la lutte antitabac en Égypte et au Pakistan, en anglais], *Tobacco industry activities in Pakistan 1992–2002* [Activités de l'industrie du tabac au Pakistan,



1992-2002, en anglais] et *Building blocks for tobacco control* [Éléments constitutifs de la lutte antitabac, en arabe].

Orientations futures

L'intégration des différentes composantes de la promotion de la santé au moyen de l'engagement de multiples secteurs et parties prenantes est un objectif essentiel pour le Bureau régional. Ce dernier continuera à fournir un soutien au renforcement des capacités nationales, afin que les pays agissent dans les domaines concernés par cet objectif stratégique. Les activités de recherche et de surveillance recevront également un appui, dans le but de construire un solide système de surveillance des facteurs de risque pertinents. Cet appui concernera notamment le Système mondial de surveillance du tabagisme, l'Enquête mondiale sur le tabagisme chez l'adulte et le projet intitulé ATLAS de l'OMS sur l'usage de substances psychoactives. La priorité continuera à être accordée au soutien à l'élaboration d'actions législatives et de politiques publiques encourageant la nécessaire action sanitaire, par exemple pour réglementer la commercialisation des aliments et boissons pour enfants. Enfin, le Bureau régional considérera comme prioritaire l'élargissement des partenariats aux niveaux international, régional et national, pour maximiser les capacités, renforcer les connaissances et mettre à profit les réussites accomplies à ce jour en matière de promotion de la santé.

Objectif stratégique 8 : promouvoir un environnement plus sain, développer la prévention primaire et infléchir les politiques publiques dans tous les secteurs de façon à s'attaquer aux causes sous-jacentes des menaces pour la santé liées à l'environnement

Enjeux et défis

La Région est toujours aux prises avec des problèmes existant de longue date, comme la gestion des déchets solides et liquides, la pollution atmosphérique intérieure et extérieure, l'inadaptation des politiques et la sensibilisation du public, insuffisante pour influencer sur ces dernières. D'après des estimations de l'OMS en 2009 portant sur la Région de la Méditerranée orientale, plus d'un million de décès pourraient être évités chaque année si des interventions appropriées en matière de salubrité de l'environnement étaient organisées. Pourtant, les systèmes de santé ne considèrent pas encore les déterminants environnementaux de la santé comme une priorité pour l'amélioration de la santé publique. Les principaux problèmes de santé publique sont causés par la baisse de la disponibilité et de la qualité de l'eau, la hausse démographique, les changements rapides des modes de vie, l'urbanisation, la consommation énergétique non durable, ainsi que la mauvaise utilisation des ressources en eau. Les catastrophes d'origine naturelle et humaine, de même que le

changement climatique, devraient aggraver la plupart de ces problèmes et accentuer leurs répercussions sur la santé publique. L'OMS a identifié six grands types de conséquences du changement climatique sur la santé : la malnutrition résultant de l'insécurité alimentaire ; les décès et traumatismes causés par de fréquents phénomènes climatiques extrêmes ; la progression des maladies diarrhéiques due à la pénurie et à la pollution de l'eau ; la hausse de la morbidité et de la mortalité provoquée par les vagues de chaleur ; l'incidence croissante des maladies respiratoires engendrée par la dégradation de la qualité de l'air ; et les changements constatés dans la distribution géographique des vecteurs de maladie. Il est nécessaire de mettre en place des actions visant à promouvoir des environnements plus sains, dans le secteur de la santé comme dans les autres. Les pays doivent élaborer leurs plans de préparation nationaux en matière de salubrité de l'environnement pour les situations d'urgence, et améliorer l'accès à l'information nécessaire à la recherche et à la prise de décision. Pour que l'action du secteur de la santé soit efficace, les risques doivent être réduits ou maîtrisés dans les environnements où ils surviennent, tels que les maisons, les établissements scolaires, les lieux de travail et les villes, et dans des secteurs comme l'énergie, le transport, l'industrie et l'agriculture.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

Le Bureau régional a maintenu son soutien à la diffusion et à l'adaptation des directives de l'OMS, par exemple sur la qualité de l'eau de boisson, la gestion des déchets des activités de soins, et les lieux de travail sûrs et favorables

à la santé, dans le but de réduire les risques environnementaux pour la santé publique dans les pays. La salubrité de l'environnement a été adoptée en tant que point permanent de l'ordre du jour du programme ministériel du Conseil des ministres arabes responsables de l'environnement en 2010. Un soutien a été accordé aux pays en vue de l'actualisation des normes et critères en matière de salubrité de l'environnement et de l'adoption des normes de l'OMS sur la qualité de l'eau de boisson, la réutilisation des eaux usées et la gestion des déchets des activités de soins. La République islamique d'Iran, la Jordanie et Oman ont commencé à actualiser leurs normes nationales sur l'eau de boisson, conformément à la troisième édition des directives de l'OMS, et à adopter la méthode préconisée dans les plans de sécurité de l'eau. Le Maroc, Oman et la Tunisie ont achevé la communication de leurs besoins pour l'Évaluation annuelle sur l'assainissement et l'eau potable dans le monde effectuée par ONU-Eau.

Dans le domaine de la gestion des déchets des activités de soins, un appui technique a été fourni à la Jordanie, au Liban, au Pakistan, à la République arabe syrienne, au Soudan



Pénurie d'eau en Somalie : la diminution des réserves hydriques et la baisse de la qualité de l'eau sont une préoccupation de santé publique majeure pour la Région



et au Yémen, pour qu'ils mettent au point des directives nationales. Le Pakistan et le Yémen ont reçu des autoclaves devant servir à montrer comment gérer correctement les déchets des activités de soins dans le cadre d'un système hospitalier. Une analyse de situation a été effectuée dans le cadre d'une étude sur documents ayant pour thème la gestion des déchets dangereux. Une ébauche de plan modèle a aussi été élaborée pour gérer en toute sécurité les déchets générés par les établissements de soins de santé. Enfin, une étude a été entamée pour décrire la situation régionale en matière de pollution atmosphérique intérieure et extérieure.

Le Bureau régional s'est impliqué dans le renforcement des programmes et des plans de médecine du travail aux niveaux national et mondial. Il a notamment soutenu la préparation d'un plan d'action pour la salubrité des lieux de travail pour les employés, les ouvriers, les responsables politiques et les praticiens en Égypte. Ce pays a été l'un des premiers de la Région à lancer une campagne nationale en faveur des lieux de travail sûrs et favorables à la santé, ainsi qu'à déclarer la période 2011-2020 Décennie égyptienne de la santé et de la sécurité au travail, grâce à l'implication active du ministère de l'Emploi. Un appui a enfin été fourni au renforcement des capacités en matière de protection du personnel de santé contre les piqûres d'aiguille et les agents pathogènes à transmission hématogène.

En coopération avec le Programme des Nations Unies pour l'environnement, le Centre régional pour les activités d'hygiène de l'environnement (CEHA) a achevé un projet commun de renforcement des capacités, qui a permis la formation de plus de 135 experts en salubrité de l'environnement en tant que formateurs à l'usage du service Accès en ligne pour la recherche sur l'environnement (OARE) et du Programme

d'accès à la recherche en santé (HINARI) ; OARE et HINARI offrent aux organismes sanitaires et environnementaux un accès en ligne à plus de 8000 revues pratiquant l'examen collégial et à plusieurs bases de données. Le Bureau régional a soutenu l'Iraq, la République arabe syrienne et la Somalie dans la réalisation de leur analyse de la situation et des besoins en matière de salubrité de l'environnement. L'Iraq et la République arabe syrienne sont sur le point de conclure la mise au point d'une stratégie nationale pour la salubrité de l'environnement.

Plusieurs États Membres ont pris des mesures concrètes en vue de la mise en œuvre de la résolution sur le changement climatique et la sécurité sanitaire, adoptée lors du Comité régional de 2008. En Jordanie, au Liban, en République arabe syrienne et en Tunisie, les autorités sanitaires ont participé à la préparation des chapitres concernant la santé pour les communications nationales de la Convention-cadre des Nations Unies sur les changements climatiques. Le Maroc a élaboré une stratégie nationale sur la santé et le changement climatique. La Tunisie, quant à elle, a entrepris la réalisation d'une évaluation de la vulnérabilité sur le plan de la santé et un examen des options permettant de s'adapter et de protéger la santé ; elle conçoit actuellement des interventions de projet sur le changement climatique. Enfin, la Jordanie a commencé à mettre en œuvre la composante santé du programme conjoint des Nations Unies sur l'adaptation au changement climatique et la préservation de la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) en Jordanie. Elle a également débuté la mise en œuvre de la composante régionale du projet mondial initié par l'OMS et le Programme des Nations Unies pour le développement (PNUD), visant

à expérimenter des adaptations pour protéger la santé face au changement climatique.

Orientations futures

Des conseils techniques et l'appui d'experts continueront à être fournis aux pays pour le renforcement de leurs capacités en matière de salubrité de l'environnement, les évaluations de la vulnérabilité et les analyses de situation dans ce même domaine, les programmes de recherche et de transfert de technologie. Ils auront aussi pour but de faciliter l'adoption des guides de l'OMS sur les différents aspects de la salubrité de l'environnement. L'OMS continuera également à soutenir la mise au point et l'exécution de cadres de référence nationaux visant à agir sur les changements climatiques et la santé, renforcer les capacités de suivi des tendances et d'évaluation des risques ainsi que des effets sur la santé du développement socioéconomique et environnemental, et améliorer l'accès à des informations fiables afin de soutenir les stratégies et actions nationales pour la salubrité de l'environnement. Des conseils techniques et un appui consultatif seront fournis pour consolider les systèmes de sécurité chimique, constituer des services de base de médecine du travail et les intégrer dans les systèmes de soins de santé primaires, permettre de mettre en œuvre des lieux de travail favorables à la santé au niveau national, et enfin protéger et promouvoir la santé des agents de soins de santé.

Objectif stratégique 9 : améliorer la nutrition, la sécurité sanitaire des aliments et la sécurité des approvisionnements alimentaires sur toute la durée de la vie et à l'appui de la santé publique et du développement durable

Enjeux et défis

La malnutrition demeure un problème de santé grave dans la plupart des pays de la Région et elle a des conséquences très importantes. Des millions d'enfants sont touchés négativement par la mauvaise qualité des régimes alimentaires, caractérisés par l'insuffisance des nutriments ou leur déséquilibre, notamment les vitamines et les minéraux, et les mauvaises pratiques d'alimentation du nourrisson et du jeune enfant. En même temps, les régimes alimentaires pauvres en nutriments font courir le risque de décès aux femmes pendant l'accouchement et les empêchent de mettre au monde des bébés en bonne santé au terme de la grossesse. L'UNICEF, dans son rapport intitulé « *La situation des enfants dans le monde 2009* » estime que 32 % des nouveau-nés et des enfants de moins de 5 ans dans la Région présentent un retard de croissance ou sont de petite taille pour leur âge. La charge de l'obésité et des maladies chroniques liées à l'alimentation est en augmentation. La transition nutritionnelle a déjà commencé à produire un impact négatif sur les systèmes de santé.



Les systèmes de sécurité sanitaire des aliments actuels reflètent une prise de conscience du fait que la sécurité sanitaire des aliments est une responsabilité multisectorielle, qu'elle devrait être abordée en tenant compte du continuum « de la ferme à la table », et que toute décision ou approche devrait avoir une base scientifique. En 2010, plusieurs contaminations alimentaires ont été notifiées au niveau mondial, les plus remarquables étant la contamination des œufs par des salmonelles aux États-Unis d'Amérique et celle par la dioxine des œufs et du lait dans plusieurs pays européens. La sécurité sanitaire des aliments est une question de santé publique d'une importance majeure dans la Région, tant pour le consommateur que pour le producteur. Dans presque tous les pays, il manque une législation sur la protection des consommateurs, et une aide technique est requise dans ce domaine. Les pays s'efforcent de mettre en œuvre les approches recommandées par la stratégie mondiale de l'OMS pour la sécurité sanitaire des aliments.

Réalisation des objectifs fixés par rapport aux indicateurs de performance pour chaque résultat escompté

La cinquante-septième session du Comité régional a approuvé la stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019 (EM/RC57/R4). Cette stratégie, la première du genre pour la Région, identifie des problèmes clés en matière de santé et de nutrition et fixe des objectifs et des cibles ainsi que des approches stratégiques pour les pays. Un plan d'action régional a été mis en place pour la mise en œuvre de cette stratégie. L'élaboration de stratégies et de plans d'action nationaux dans le domaine de la nutrition a reçu un soutien au Maroc, au Soudan et en République arabe syrienne,



portant à huit le nombre de pays à disposer de tels plans et stratégies. Le Bureau régional a continué à soutenir la préparation d'une enquête nationale sur la nutrition en Iraq, en coordination avec les *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), l'UNICEF, la FAO et le Programme alimentaire mondial. Une orientation technique et des matériels de formation à la surveillance de la nutrition ont été mis au point par le Bureau régional avec la participation de pays et de partenaires importants – les CDC, l'UNRWA, l'UNICEF, la FAO, le Programme alimentaire mondial

et l'Université John Hopkins. Un logiciel est en cours d'élaboration pour l'application directe par les États Membres. Une orientation pour les diététiciens-cliniciens en exercice a aussi été mise au point, la première du genre à l'OMS.

Les nouvelles normes de l'OMS de croissance de l'enfant ont été introduites au niveau national dans trois nouveaux pays (Égypte, Liban et République arabe syrienne), portant à 16 le nombre de pays utilisant ces normes. Ces normes ont souligné de nouveau l'importance du suivi de la croissance en tant qu'intervention qui permet de garantir une nutrition appropriée pour le nourrisson et le jeune enfant.

Un soutien a été fourni au renforcement des capacités dans la planification pour des stratégies de communication efficaces afin d'améliorer les programmes de nutrition, l'accent étant mis plus particulièrement sur les compétences de communication, les relations avec les médias et le marketing social pour s'attaquer à la malnutrition. Un appui technique a été fourni à l'élaboration de plans d'action nationaux pour la lutte contre l'obésité dans le cadre de la stratégie mondiale sur l'alimentation, l'exercice physique et la santé au moyen d'une réunion inter pays.

En collaboration avec l'Université arabe jordanienne d'enseignement supérieur, la première conférence scientifique régionale sur la nutrition, les incapacités et la santé mentale a eu lieu à Amman (Jordanie), avec plus de 150 participants du secteur de la recherche et des universités. Le but de la conférence était de promouvoir l'établissement de liens entre la nutrition et la santé mentale et les incapacités. Plus de 70 experts internationaux ont participé à la deuxième réunion du Groupe mondial d'experts de l'OMS sur les conseils en nutrition (NUGAG) à Amman (Jordanie),

sous la coordination du Siège et du Bureau régional de l'OMS. La réunion a établi des lignes directrices sur la supplémentation et l'enrichissement en micronutriments ainsi que sur les pratiques idéales d'alimentation pour les personnes vivant avec le VIH.

Un soutien technique a été fourni à plusieurs pays pour étudier les carences en micronutriments et recommander des interventions appropriées, notamment pour l'anémie dans la bande de Gaza et les troubles dus à une carence en iode aux Émirats arabes unis, en Jordanie, au Soudan et en République arabe syrienne. Un appui technique a également été fourni pour l'enquête nationale sur les micronutriments prévue en Iraq en 2011, en coordination avec l'UNICEF, la FAO, le Programme alimentaire mondial et les CDC.

Les lignes directrices pour la prise en charge de la malnutrition modérée et sévère ont continué à être testées au Pakistan et au Yémen et sont maintenant en cours de révision pour être adoptées par d'autres pays. L'OMS a apporté son soutien au Pakistan pour établir un mémorandum d'accord avec l'UNICEF afin de fournir une aide aux enfants gravement malnutris.

La collaboration nationale et internationale en matière de *sécurité sanitaire des aliments* a été maintenue entre les États Membres du Conseil de Coopération du Golfe. Les Émirats arabes unis, se posant en défenseur de la cause du Réseau international des autorités de sécurité sanitaire des aliments (INFOSAN), ont accueilli la première réunion de ce réseau. Tous les pays sont membres des Réseaux INFOSAN et INFOSAN – Urgences pour les systèmes d'alerte rapide sur la sécurité sanitaire des aliments. Le renforcement des capacités régionales en matière de sécurité sanitaire des aliments et de protection de la santé des consommateurs a fait l'objet d'un



soutien. La plupart des pays ont maintenant participé au cours de formation mondial au renforcement des capacités pour le sérotypage des salmonelles afin d'effectuer le dépistage, la prévention et la prise en charge des maladies d'origine alimentaire ainsi que le suivi de la sécurité sanitaire des aliments et de leur qualité. La surveillance des maladies d'origine alimentaire zoonotiques et non zoonotiques ainsi que les programmes de surveillance des risques alimentaires n'ont pas été suffisamment améliorés comme prévu. Seule la Tunisie a réalisé des études sur l'alimentation totale pour effectuer le suivi des risques alimentaires.

Si l'on laisse de côté les pays qui se trouvent dans des situations d'urgence complexes, la plupart des pays ont des capacités de laboratoire permettant de détecter les risques chimiques dans les aliments comme par exemple pour la mélamine, la dioxine et les furannes. Les pays ont continué à participer aux commissions du *Codex Alimentarius* et à d'autres instances normatives internationales. Le Comité du Codex pour le Proche-Orient évalue les risques dans les denrées alimentaires et prépare des normes sur les aliments traditionnels de la Région. Des modèles génériques pour l'analyse des risques - points critiques pour leur maîtrise (HACCP) existent pour 13 aliments traditionnels jusqu'à présent. Un seul pays, la République islamique d'Iran, a préparé des modèles génériques pour certains aliments traditionnels au cours de l'année écoulée. Par ailleurs, de nombreux pays ont continué à consolider leurs laboratoires de microbiologie et de chimie pour leur permettre de participer au réseau international de surveillance de la sécurité sanitaire des aliments. Suite à la mise en œuvre du Règlement sanitaire international (2005), de nombreux pays ont intégré la surveillance des maladies d'origine

alimentaire à la surveillance nationale des maladies. Pourtant, les données sur ces troubles et les données de suivi demeurent peu nombreuses.

La plupart des pays sont membres du Réseau mondial OMS de surveillance des infections d'origine alimentaire ; toutefois, seuls 13 pays contribuent à la surveillance. Le premier cycle des cours de formation mondiaux sur les infections d'origine alimentaire a été organisé à Tunis. Les cinq cycles de ce cours permettront de renforcer les systèmes de surveillance des aliments dans la Région. Les pays ont continué à renforcer les capacités des laboratoires à identifier et sérotyper les salmonelles et autres bactéries apparentées. Le réseau Pulsenet a continué à soutenir le renforcement des capacités en matière d'identification moléculaire des microbes responsables de maladies zoonotiques et non zoonotiques, afin de renforcer la surveillance des maladies d'origine alimentaire. La poursuite du renforcement des capacités régionales au moyen des cours mondiaux OMS sur les infections d'origine alimentaire est essentielle. La distribution et l'application sur le terrain de l'affiche « Les cinq clés pour des aliments plus sûrs » disponible en plusieurs langues, continuent d'être réalisées dans les différents pays, y compris le Koweït et la République arabe syrienne.

Orientations futures

Conformément à la stratégie régionale sur la nutrition 2010-2019, l'appui technique fourni continuera à prendre en compte à la fois la dénutrition et la surnutrition. Les ensembles de mesures concernant la nutrition, y compris les programmes basés sur la nutrition, dans de nombreux pays de la Région ne respectent pas toujours les pratiques optimales et les recommandations,

et des efforts sont nécessaires pour garantir qu'ils soient appropriés et de bonne qualité. Le soutien technique devra se concentrer davantage sur deux domaines importants, à savoir le retard de croissance et l'obésité.

Les activités de sécurité sanitaire des aliments seront axées sur la fourniture de conseils et d'un soutien techniques concernant le renforcement des capacités en matière de sécurité sanitaire des aliments et le suivi de cette question. Les capacités

d'évaluation des risques relatifs à la sécurité sanitaire des aliments seront renforcées, et les activités nationales de réglementation et de législation seront intensifiées. L'harmonisation des systèmes de sécurité sanitaire des aliments dans la Région sera également une priorité. Les efforts visant à mettre en œuvre la stratégie mondiale pour la sécurité sanitaire des aliments se poursuivront.