

Maladies transmissibles

On estime que les maladies transmissibles sont responsables de près d'un tiers de l'ensemble des décès et d'un tiers de la morbidité globale dans la Région. Malgré les progrès réalisés en matière d'élimination ou d'éradication de certaines de ces maladies dans divers pays, la Région continue à supporter le lourd fardeau des maladies transmissibles qui entrave le développement socioéconomique. Ces dernières années, la lutte contre ces maladies est devenue plus importante du fait de l'intensité accrue des voyages, des échanges commerciaux, des migrations et de l'émergence de nouvelles infections. Outre les difficultés chroniques liées à la faiblesse des systèmes de santé, l'engagement insuffisant et le manque de financement pour lutter contre les maladies transmissibles ont retardé la réalisation

des cibles régionales. Plusieurs pays connaissent une instabilité politique, des troubles sociaux, des conflits incessants et une insécurité, ce qui a un impact sur la lutte contre les maladies transmissibles. Dans cette section, quatre domaines thématiques seront abordés : l'éradication de la poliomyélite ; le VIH, la tuberculose, le paludisme et les maladies tropicales ; les vaccins et la vaccination ; la sécurité sanitaire et la réglementation.

Éradication de la poliomyélite

Le programme pour l'éradication de la poliomyélite est une initiative hautement prioritaire qui est directement supervisée par le Directeur régional. Tous les pays de la Région sont exempts de poliomyélite, sauf l'Afghanistan et le Pakistan, où la transmission du poliovirus n'a jamais cessé. Les derniers réservoirs du poliovirus identifiés au Pakistan sont : le bloc de Quetta (Pishin, Killabellah et Quetta) au



Photo : ©Press Information Department/Government of Pakistan

↑ Rencontre du Directeur régional avec le Président du Pakistan pour examiner les progrès réalisés sur la voie de l'éradication de la poliomyélite

Baloutchistan ; la ville de Gadap, dans le district urbain de Karachi ; et l'Agence de Khyber, dans les zones tribales sous administration fédérale. En Afghanistan, les principaux réservoirs sont les provinces de Kandahar et de Helmand, dans la région sud. La transmission persistante dans ces deux pays empêche l'éradication mondiale de la poliomylérite et constitue une menace pour les pays qui en sont libérés. On considère que la Somalie et le Yémen présentent un risque élevé car, du fait de l'insécurité, l'immunité de la population est faible, d'où la circulation de poliovirus dérivés de souches vaccinales. Djibouti, la République arabe syrienne et le Soudan du Sud ont été placés sous étroite surveillance.

En 2012, des réalisations majeures ont eu lieu. Le Pakistan a signalé 58 cas de poliomylérite en 2012, contre 198 en 2011, et l'Afghanistan 37 cas, contre 80 en 2011. Le Pakistan a élaboré et mis en place un plan d'action d'urgence national renforcé qui prend en compte les diverses

enjeux, notamment la régularité de la supervision gouvernementale, l'appropriation du programme et la responsabilisation à chaque niveau administratif. Dans le cadre du programme, d'importants efforts ont été fournis et de grandes initiatives ont été lancées, en particulier l'utilisation appropriée et adaptée du vaccin antipoliomyélitique oral bivalent, l'administration de doses supplémentaires dans un intervalle court, l'élaboration de plans exhaustifs au niveau des sous-districts, le déploiement de personnels d'appui par l'OMS et l'UNICEF pour la mise en œuvre, le renforcement du système de suivi grâce à l'échantillonnage par lots pour l'assurance de la qualité et le maintien d'un système de surveillance très sensible, soutenu par un laboratoire de référence régional opérationnel. Le Gouvernement afghan a également mis au point un plan d'action d'urgence national, qui prévoit d'améliorer la gestion et la redevabilité, de réduire l'inaccessibilité, d'accroître la demande au niveau communautaire et de renforcer la vaccination

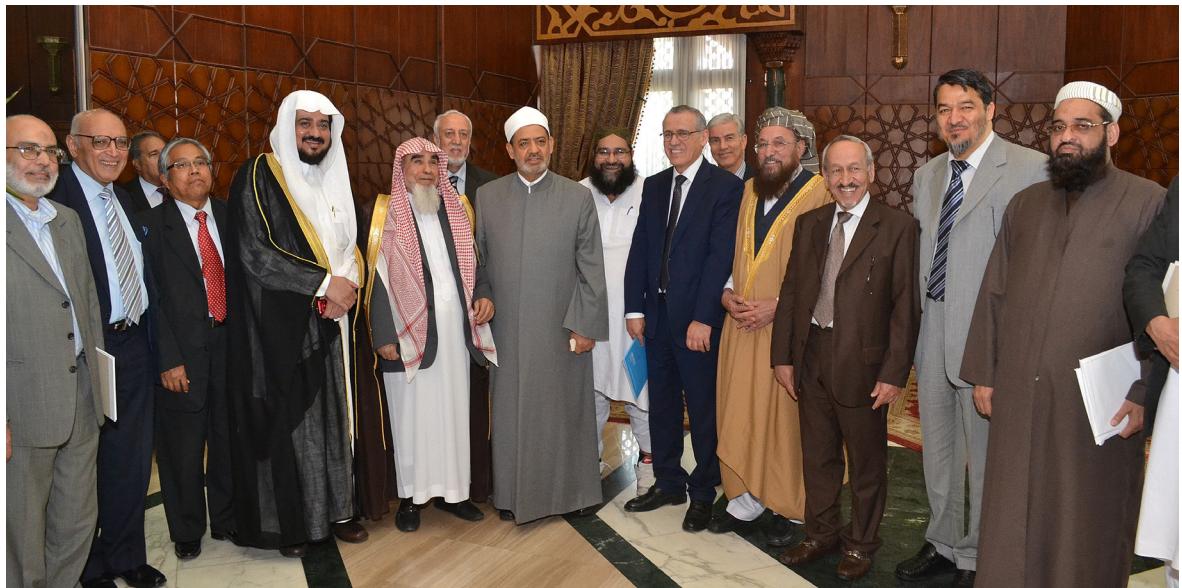


Photo : ©OMS Bureau régional OMS de la Méditerranée orientale

↑ Au début de l'année 2013, le Grand Iman d'Al Azhar a reçu des universitaires islamiques pour discuter des droits des enfants à être vaccinés contre la poliomylérite et d'autres maladies mortelles.

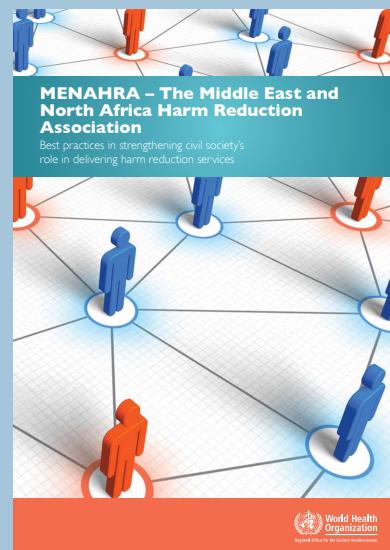
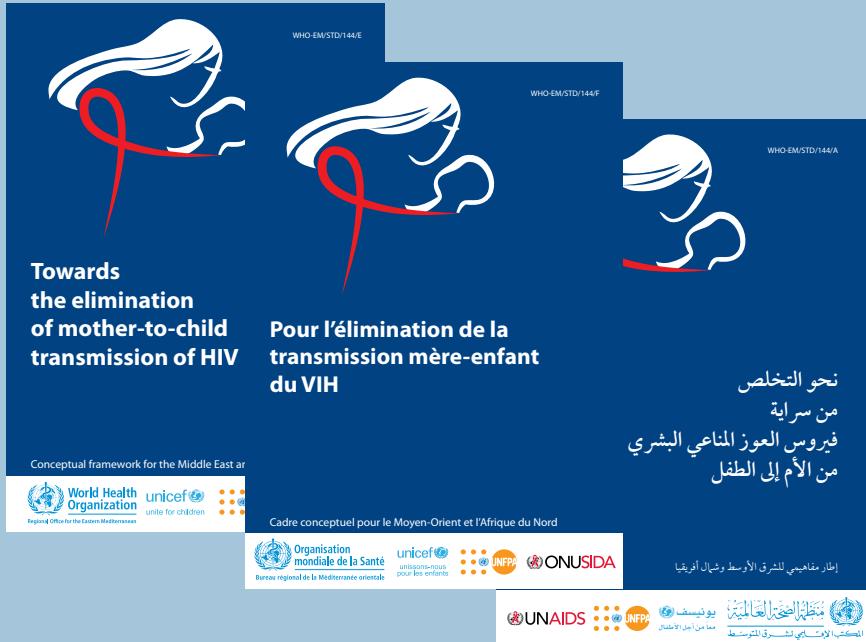
systématique. Des équipes de vaccination contre la poliomyélite permanentes et des équipes de gestion à l'échelle des districts ont été mises sur pied dans ceux qui affichaient de mauvaises performances afin d'améliorer les services de vaccination systématique dans vingt-huit districts. Une étroite coordination transfrontalière est nécessaire entre les pays pour cibler les enfants non vaccinés et identifier les zones où ils se trouvent ; atteindre et vacciner chaque enfant par delà les frontières ; maintenir une communication continue au niveau opérationnel et entre les deux gouvernements. Dans les deux États Membres, un cadre de gestion et de redevabilité a été instauré dans les districts présentant un risque élevé.

Cependant, le programme au Pakistan doit surmonter de nouvelles difficultés, comme l'interdiction de la vaccination dans le Waziristan du Nord et du Sud ainsi que la résistance de factions extrémistes à Karachi, dans la province de Khyber Pakhtunkhwa et dans certaines parties des régions tribales sous administration fédérale. Des efforts sont nécessaires pour que le programme prenne ses distances avec les informations erronées qui se propagent à son endroit et qu'il renvoie une image neutre. En Afghanistan, les conflits et l'inaccessibilité ralentissent les progrès. Ces obstacles sont actuellement en train d'être surmontés par le renforcement de la composante « communication » du programme, la mise en place du Groupe consultatif islamique et le renforcement de l'appropriation régionale du programme de lutte contre la poliomyélite. Aucun pays n'est complètement à l'abri d'une réintroduction de cette maladie tant que la transmission perdure au Pakistan et en Afghanistan. Le soutien d'autres pays de la Région est essentiel au succès. Le Comité régional s'est engagé en faveur d'une union pour libérer la Région de la poliomyélite et l'un des défis pour

l'année 2013 consiste à traduire cet engagement par une action concrète.

En cas d'importation du poliovirus sauvage, la Somalie courrait un risque élevé de flambée étant donné le nombre important d'enfants inaccessibles et non vaccinés. Le défi principal est d'atteindre et de vacciner les 800 000 enfants cibles, selon les estimations, qui vivent dans des zones inaccessibles du fait de l'insécurité. Au Yémen, la flambée épidémique causée par un poliovirus circulant dérivé de souches vaccinales révèle un important déficit d'immunité de la population, qui est la conséquence de la faiblesse chronique de la couverture vaccinale systématique et du manque d'activités de vaccination supplémentaires de qualité. Pour faire face à cette flambée, le Yémen a instauré trois Journées nationales de la vaccination ainsi qu'une quatrième au niveau infranational. Le vaccin antipoliomyélitique oral a été administré dans le cadre de la campagne de ratrapage de vaccination contre la rougeole.

Dix pays exempts de poliomyélite mais menacés par un risque d'importation du virus (l'Arabie saoudite, Djibouti, l'Égypte, la République islamique d'Iran, l'Iraq, la Jordanie, la Libye, la République arabe syrienne, le Soudan et le Soudan du Sud) ont lancé des Journées infranationales de la vaccination. Celles-ci se concentraient sur les zones géographiques où vivent des populations à haut risque, et où la couverture vaccinale systématique est faible, afin de stimuler l'immunité de la population dans les groupes à risque élevé. D'autres activités de vaccination, comme les campagnes de vaccination antirougeoleuse et les Journées de la santé de l'enfant, ont permis d'administrer une dose supplémentaire du vaccin antipoliomyélitique oral pour renforcer l'immunité de la population.



↑ Publications récentes sur le VIH/sida

Au niveau national, les indicateurs clés pour la surveillance de la paralysie flasque aiguë (le taux de PFA non poliomyélite et le pourcentage d'échantillons de selles adéquats) sont conformes aux normes de certification internationales. Toutefois, au niveau infranational, on observe des lacunes, qui sont plus importantes dans les pays exempts de poliomyélite depuis plusieurs années. Tous les pays de la Région ont maintenu le taux convenu de cas de paralysie flasque aiguë non poliomyélite pour 100 000 enfants de moins de 15 ans, à l'exception du Maroc, qui s'approche du taux escompté. Le pourcentage de cas de paralysie flasque aiguë pour lesquels l'échantillon de selles est adéquat est supérieur à la cible de 80 %, sauf à Djibouti, au Liban et en Tunisie.

VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

L'épidémie de VIH continue de se propager rapidement dans toute la Région. Selon les

dernières estimations, la Région compte près de 560 000 personnes vivant avec le virus. Le taux de prévalence globale dans la population générale reste faible, mais le pourcentage de personnes nouvellement infectées par rapport au nombre total de personnes vivant avec le VIH est le plus élevé au monde. La mortalité liée au sida a quasiment doublé au cours des dix dernières années, tant chez l'adulte que chez l'enfant, avec un total de 38 400 décès en 2011. La couverture par les traitements antirétroviraux est seulement de 13 %, ce qui est le plus mauvais score parmi toutes les régions OMS. Le manque d'engagement politique, l'accès insuffisant aux services de santé pour les populations à risque accru, les stigmatisations et discriminations importantes et les faiblesses des systèmes de santé continuent de saper l'efficacité de la lutte contre l'épidémie et d'entraver la prestation des soins.

L'OMS a axé le soutien aux États Membres sur l'élaboration de lignes directrices pour le dépistage

et le traitement du VIH et sur le renforcement des capacités pour la prestation de services. Des conseils ont été donnés pour fournir des services aux populations à risque accru, difficiles à atteindre par les services de santé classiques, et les pays ont été soutenus pour élaborer de nouvelles approches en la matière, notamment par l'intermédiaire d'organisations à base communautaire. La collaboration avec le centre de connaissances régional sur la surveillance du VIH en République islamique d'Iran s'est poursuivie afin de renforcer le rôle de l'institution en tant que centre régional pour les ressources et la formation.

Face aux progrès insuffisants en ce qui concerne la prévention de la transmission mère-enfant du VIH dans la Région, l'OMS a lancé, en partenariat avec l'UNICEF, l'UNFPA et l'ONUSIDA, une initiative régionale pour l'élimination de la transmission du VIH de la mère à l'enfant. Cette initiative adopte les objectifs mondiaux globaux visant à réduire le nombre de nouvelles infections à VIH chez l'enfant de 90 % et la mortalité maternelle liée au sida de 50 % d'ici à 2015. L'initiative préconise une approche complète, consistant à prévenir les grossesses non désirées chez les femmes vivant avec le VIH, à prévenir la transmission du VIH aux enfants des femmes enceintes infectées et à fournir un traitement, des soins et un soutien aux mères, aux enfants et aux familles vivant avec le VIH.

En 2011¹, onze pays ont atteint un taux de dépistage des cas de tuberculose de 70 %, treize pays ont atteint un taux de guérison de 85 % et un plan stratégique national pour la

période 2011-2015 a été élaboré dans douze pays. Le réseau des laboratoires s'est également étendu, en particulier pour la mise en culture et les tests de pharmacosensibilité. Le soutien technique a été renforcé pour la gestion des médicaments et pour promouvoir la présélection des entreprises pharmaceutiques. Le système nominal d'enregistrement et de notification par voie électronique (ENRS) est désormais utilisé dans cinq pays et le système de surveillance de la tuberculose basée sur le Web (WEB TBS) a été adopté par plusieurs pays. Onze pays ont reçu un appui pour mener une enquête visant à évaluer la charge de la tuberculose pharmacorésistante. Des missions d'examen ont eu lieu dans cinq pays. Plusieurs pays ont bénéficié d'un soutien technique pour conduire des enquêtes et des études afin d'estimer l'ampleur de la sous-notification des cas de tuberculose et de la charge tuberculeuse.

On estime que 46 % de la population vivait dans des zones à risque de transmission locale du paludisme en 2011. Au total, les pays ont signalé 6 789 460 cas de paludisme (Tableaux 2 et 3), dont seulement 16,8 % ont fait l'objet d'une confirmation parasitologique ; les autres cas ont été traités sur la base du diagnostic clinique. Plus de 99,5 % des cas confirmés en 2011 sont survenus dans six pays, à savoir l'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie, le Soudan, le Soudan du Sud et le Yémen. D'après les données de 2010, on estime que le nombre de décès dus au paludisme était de 15 000. Plusieurs obstacles continuent d'empêcher la maîtrise et l'élimination de cette maladie. L'accès aux centres de diagnostic parasitologique est limité dans les pays où la charge palustre est élevée, et la qualité de ce dernier est médiocre. La résistance aux antipaludiques s'accroît dans les pays d'endémie à *P. falciparum*. La surveillance, le suivi et l'évaluation du paludisme sont faibles et

¹Pour le dépistage des cas de tuberculose, l'OMS reçoit des données avec un retard d'une année ; les données relatives au dépistage des cas concernent l'année 2011 et celles relatives aux résultats du traitement l'année 2012.

Tableau 2.
Cas de paludisme enregistrés dans les pays fortement touchés

Cas confirmés	2010		2011		2012	
	Total des cas déclarés	Cas confirmés	Total des cas déclarés	Cas confirmés	Total des cas déclarés	Cas confirmés
Afghanistan	392 463	69 397	482 748	77 549	391 365	54 840
Djibouti	3 962	1 019	624	ND	ND	ND
Pakistan	4 281 356	240 591	334 589 ^a	334 589	289 759 ^a	289 759
Somalie	24 553	24 553	41 167	3 351	ND	ND
Soudan	1 465 496	720 557	1 246 833	506 806	ND	ND
Soudan du Sud	900 283	900 283	795 784	112 024	1 198 358	ND
Yémen	198 963	106 697	142 147	90 410	153 981	105 066

ND : Données non disponibles

^a Cas confirmés seulement

Tableau 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	2010		2011		2012	
	Total	Autochtones	Total	Autochtones	Total	Autochtones
Arabie saoudite	1 941	29	2 788	69	3 406	83
Bahreïn	90	0	186	0	ND	ND
Égypte	85	0	116	0	206	0
Émirats arabes unis	3 264	0	5 242	0	5 165	0
Iran, République islamique d'	3 031	1 847	3 239	1 710	ND	532
Jordanie	61	2	58	0	117	0
Koweït	343	0	476	0	ND	ND
Liban	ND	ND	ND	ND	115	0
Libye	ND	ND	ND	ND	88	0
Maroc	218	0	312	0	359	0
Oman	1 193	24	1 531	13	ND	ND
Palestine	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Qatar	440	0	673	0	ND	ND
République arabe syrienne	23	0	48	0	42	0
Tunisie	72	0	67	0	79	0

ND : Données non disponibles

les lignes directrices nationales pour le traitement ne sont pas suffisamment respectées dans les établissements de soins privés. L'insécurité, le changement climatique et les catastrophes naturelles sont des difficultés supplémentaires en matière de lutte antipaludique ; la situation du Pakistan à cet égard s'est notamment aggravée après les fortes inondations de 2010. Quant aux pays exempts de paludisme, ils font face à l'augmentation des cas importés, engendrés par les mouvements de population massifs, aussi bien légaux qu'illégaux.

Parmi les progrès accomplis, l'Iraq a rejoint les pays qui ne sont pas en situation d'endémie palustre, après trois ans d'absence de transmission locale signalée. L'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran ont atteint les cibles prévoyant que les interventions de lutte et d'élimination couvrent plus de 80 % de la population. D'autres pays ont fait d'importants progrès concernant la couverture par les interventions de lutte antipaludique, comme la fourniture de moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action, mais ils doivent encore franchir le seuil de 80 %. À la fin de l'année 2012, la couverture opérationnelle par ce type de moustiquaires au Soudan dépassait 50 %. En Afghanistan, le pourcentage de foyers possédant au moins une moustiquaire à imprégnation durable est passé de 9,9 %, en 2009, à 43,4%, en 2011. Sur la même période, le pourcentage d'enfants de moins de cinq ans qui avaient dormi sous une moustiquaire de ce type, la nuit précédant l'enquête, est passé de 2 % à 32 %. L'OMS a continué de soutenir le renforcement des capacités des programmes nationaux par des formations régionales sur la planification, la prise en charge du paludisme, la microscopie, l'assurance de la qualité, la réaction de polymérisation en chaîne (PCR) et l'élimination de cette maladie. Djibouti a



Photo : ©OMS/Hoda Attia

↑ Les puits d'eau, essentiels aux besoins quotidiens dans de nombreuses parties de la Région, servent également de gîtes larvaires potentiels pour les moustiques vecteurs du paludisme

achevé l'examen de son programme ; la République islamique d'Iran, le Soudan, le Soudan du Sud et le Yémen sont eux à différents stades de l'examen. L'Arabie saoudite, Oman et le Qatar ont reçu un soutien à cet égard. Avec l'appui technique de l'OMS aux niveaux national et régional, les pays sont parvenus à signer des accords pour la reconduction des subventions du Fonds mondial.

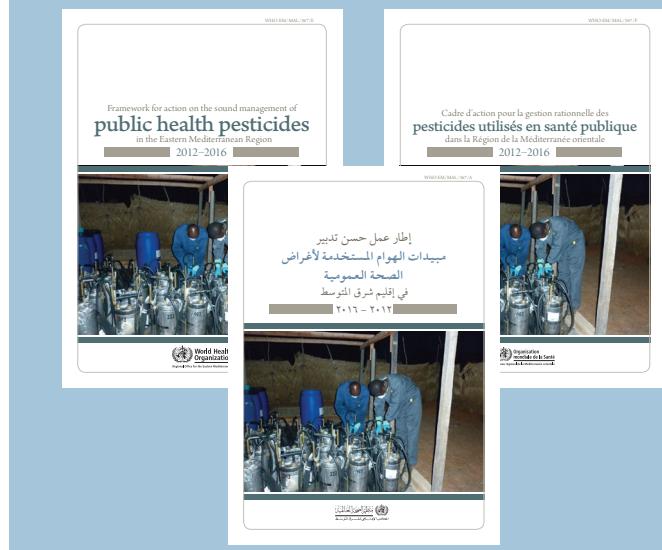
Plusieurs activités ont été déployées pour s'attaquer aux maladies à transmission vectorielle dans la Région. L'OMS a axé son soutien sur la mise en œuvre du « Cadre d'action régional pour la gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique », sur les études de démonstration pour les alternatives durables au DDT et sur le renforcement des capacités nationales des États Membres pour la lutte antivectorielle. Des efforts conjoints ont été déployés avec les pays en vue d'établir une base de données régionale sur la résistance aux insecticides. Une réunion de consultation régionale sur la gestion de la résistance aux insecticides a eu lieu et les pays participants ont convenu de faire figurer ce point dans les stratégies nationales intégrées de



gestion vectorielle et de continuer à renforcer la surveillance entomologique.

Dans le domaine des maladies tropicales négligées, la trypanosomiase humaine africaine demeure un problème au Soudan du Sud. Le nombre de cas ayant chuté ces dernières années et le coût du traitement par patient ayant par conséquent augmenté, il est aujourd’hui difficile de convaincre les partenaires de s’engager dans les activités de lutte. L’accessibilité pendant la saison des pluies est un obstacle majeur pour plusieurs programmes de lutte contre les maladies tropicales au Soudan et au Soudan du Sud.

Dans ce dernier pays, le nombre de cas de dracunculose a diminué de moitié en 2012 par rapport à 2011 et il ne reste plus que 179 villages endémiques. En Égypte et au Yémen, le programme d’élimination de la filariose lymphatique a achevé la phase d’élimination et les capacités ont été renforcées pour évaluer l’absence de transmission dans le cadre de la vérification. Il a été certifié que l’onchocercose a été éliminée d’Abu Hamad, qui était le principal foyer d’endémie au Soudan. Malgré les problèmes d’insécurité, la distribution du praziquantel a augmenté de 70 % dans les trois pays d’endémie de schistosomiase (Somalie, Soudan et Yémen). La stratégie mondiale renforcée pour davantage réduire la charge de la lèpre (2011–15–2015) et les recommandations opérationnelles y afférentes ont été traduites en arabe. Cette stratégie est en cours de mise en œuvre. Le test de diagnostic rapide sur le terrain pour la leishmaniose viscérale est désormais largement disponible et a réduit la durée du traitement de 30 à 15 jours.



↑ Publication récente sur la lutte antivectorielle

Vaccination et vaccins

Dans la Région, les programmes de vaccination connaissent plusieurs difficultés. Les conditions de sécurité continuent de faire obstacle aux progrès pour atteindre les cibles en matière de couverture vaccinale, notamment en Afghanistan, au Pakistan, en République arabe syrienne et au Yémen. La pénurie mondiale de vaccins antidiptériques-antitétaniques-anticoquelucheux (DTC), de vaccins combinés contre ces trois maladies et l’hépatite B, ainsi que de vaccins pentavalents, a touché l’Égypte, la République islamique d’Iran et la Libye. En 2012, l’insuffisance des capacités gestionnaires et de l’engagement pour la vaccination systématique continuait manifestement à poser problème dans certains pays. Il faut apporter un soutien urgent de haut niveau à la vaccination systématique, surtout en Afghanistan et au Pakistan. Le manque de ressources financières, notamment pour la mise en œuvre d’activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole et le tétanos, l’introduction de nouveaux vaccins dans les pays à revenu intermédiaire et le cofinancement dans les pays éligibles au soutien de l’Alliance GAVI, ainsi

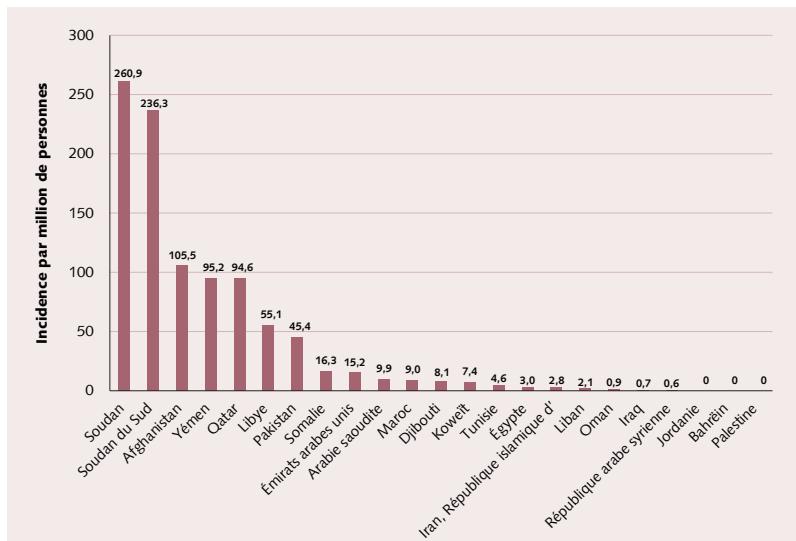


Figure 4.
Taux d'incidence par million de personnes pour les cas de rougeole confirmés, 2012

que le déploiement d'activités visant à améliorer la couverture vaccinale dans les pays où celle-ci est faible, demeuraient des sujets de préoccupation. L'attribution de fonds publics et le soutien des partenaires sont nécessaires si l'on veut renforcer la riposte contre les maladies évitables par la vaccination. À cet égard, les pays doivent tirer profit de la Décennie de la Vaccination et du Plan d'action mondial pour les vaccins afin de mobiliser des ressources.

Le soutien technique aux pays a été renforcé pour un certain nombre d'activités, par exemple : évaluer les différents éléments du Programme élargi de vaccination et élaborer des plans d'amélioration ; garantir un système logistique approprié ; introduire de nouveaux vaccins ; mettre au point des applications pour le soutien de l'Alliance GAVI ; renforcer la surveillance ; assurer le suivi et l'évaluation du Programme élargi de vaccination. Bien que les données sur la couverture vaccinale ne soient

pas encore disponibles pour 2012, les rapports préliminaires indiquent que 90 % de la population était couverte par la vaccination systématique dans quinze pays de la Région, comme le prévoit la cible en la matière, et que Djibouti était sur le point de l'atteindre. Malgré les difficultés, l'Égypte et la Tunisie ont réussi à maintenir un taux élevé de couverture par la vaccination systématique, supérieur à 95 %. La Somalie et le Soudan du Sud ont également amélioré le niveau de couverture. Toutefois, la situation en République arabe syrienne est alarmante et la couverture vaccinale a fortement baissé. En avril 2012, la troisième Semaine régionale de la vaccination s'est déroulée avec succès, sur le thème « Atteindre chaque communauté ».

Neuf pays ont signalé une très faible incidence de la rougeole (moins de 5 cas pour un million d'habitants) et sont proches de l'élimination (Figure 4). En ce qui concerne la mise en œuvre de la stratégie régionale pour



Photo : © OMS/Christina Banluta



Photo : © OMS/Christina Banluta

↑ Suite à la flambée épidémique de fièvre jaune dans certaines parties du Soudan, plus de 3,2 millions personnes ont été vaccinées et une évaluation de la fièvre jaune à l'échelle du pays a été réalisée

l'élimination de la rougeole, quatorze pays ont atteint un taux de couverture supérieur à 95 % pour la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1) et une deuxième dose (MCV2) est mise en œuvre dans vingt et un pays après avoir été introduite au Soudan et à Djibouti. Pour ce qui est de la surveillance de la rougeole, tous les pays ont mis en place une surveillance en laboratoire basée sur les cas, à l'échelle nationale dans vingt pays ou par des sites sentinelles à Djibouti, en Somalie et au Soudan du Sud. Les génotypes rougeoleux locaux, qui sont nécessaires pour attester de l'élimination de la rougeole, ont été identifiés dans vingt-deux pays.

L'introduction de nouveaux vaccins permettant de sauver des vies a encore progressé en 2012. Le vaccin anti-Hib est désormais utilisé dans vingt pays et devrait être bientôt introduit dans les pays restants. Le vaccin antipneumococcique conjugué et le vaccin antirotavirus sont actuellement utilisés respectivement dans onze et sept pays. La première phase de la campagne de vaccination par le vaccin antiméningococcique conjugué A au Soudan a eu lieu. Les vaccins antipneumococciques et antirotavirus doivent être bientôt introduits dans

d'autres pays, grâce au soutien de l'Alliance GAVI. Le principal obstacle à l'introduction de nouveaux vaccins est le manque d'accessibilité économique des pays à revenu intermédiaire. L'OMS s'attèle à renforcer l'introduction de nouveaux vaccins, notamment dans les pays de cette catégorie, en mettant sur pied un système régional d'achat groupé de vaccins, en préconisant d'allouer des ressources nationales plus importantes, en favorisant la prise de décision fondée sur des bases factuelles et en renforçant les groupes consultatifs techniques nationaux en matière de vaccination.

Sécurité sanitaire et réglementation

En 2012, l'incidence des maladies transmissibles émergentes et réémergentes a connu une hausse sans précédent, représentant une menace constante pour la sécurité sanitaire régionale. Des flambées épidémiques sont survenues périodiquement pendant l'année, elles ont touché un grand nombre de pays et ont provoqué des situations inédites en termes de misère humaine dans la Région. Parmi ces flambées, l'on peut citer la grippe aviaire A (H5N1) en Égypte, le choléra en Iraq et en Somalie, la fièvre hémorragique Crimée-Congo

en Afghanistan et au Pakistan, la diphtérie au Soudan, la rougeole en Afghanistan, au Pakistan et en Somalie, le syndrome du hochement de tête et l'hépatite E au Soudan du Sud, la fièvre jaune au Soudan, l'infection par le virus du Nil occidental en Tunisie et la flambée de grippe A (H1N1) apparue à la fin de l'année en Palestine ainsi qu'au Yémen. L'émergence du coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV) en Arabie saoudite, en Jordanie et au Qatar, associée à un fort taux de létalité, en tête de liste de ces flambées épidémiques, a été un rappel brutal de la progression des maladies émergentes à tendance épidémique dans la Région. Tandis que la menace d'une pandémie de grippe aviaire persiste dans la Région, l'apparition du nouveau coronavirus chez l'homme a fait nettement ressortir la vulnérabilité de la Région face à la menace des maladies émergentes. Les conflits incessants et les situations d'urgence humanitaire chroniques, qui sont courants dans de nombreux pays et entraînent des déplacements de population massifs, sont l'un des grands facteurs de risque pour la propagation de nouvelles maladies.

Le dépistage précoce et la riposte rapide en vue d'endiguer les menaces épidémiques des maladies émergentes constituent le principal défi. L'OMS a continué de fournir un soutien technique stratégique aux pays pour qu'ils renforcent et maintiennent des capacités de surveillance et d'action suffisantes afin de dépister, d'évaluer et d'affronter tout événement de santé publique de portée nationale ou internationale. Dans le cadre des efforts actuels visant à renforcer les capacités collectives de la Région en matière de préparation et d'action, l'OMS a investi dans l'amélioration des capacités infrarégionales et locales afin de comprendre les épidémies et d'évaluer les risques, dans le but de mener des actions de santé publique en connaissance de

cause pour endiguer les menaces épidémiques. Le Pakistan a reçu un appui pour l'organisation d'une conférence internationale sur la dengue, qui a donné lieu à des recommandations pour la surveillance, le dépistage, la prise en charge, la lutte antivectorielle, les interventions sur les comportements et les opérations d'urgence en cas de flambée épidémique.

L'OMS s'est coordonnée avec les institutions partenaires du Réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie et les centres collaborateurs de l'OMS pour déployer des experts et des ressources de laboratoires afin de répondre aux flambées épidémiques et de les endiguer dans les pays risquant une propagation épidémique à l'échelle internationale, là où les mesures nationales prises contre les flambées, étant donné la taille et l'ampleur de celles-ci, sont insuffisantes face à la menace d'une propagation internationale. Ces flambées étaient notamment la fièvre jaune au Soudan, le syndrome du hochement de tête au Soudan du Sud, le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient en Arabie saoudite, en Jordanie et au Qatar, ainsi qu'une grippe sévère en Palestine. Afin de renforcer le programme de lutte contre les infections dans la Région, des réunions de consultation ont eu lieu pour mettre au point des outils de surveillance des infections liées aux soins de santé et formuler des recommandations visant à prévenir la transmission nosocomiale des fièvres hémorragiques virales aiguës.

Le Règlement sanitaire international 2005 (RSI) est un accord international qui a force obligatoire pour l'ensemble des États Membres de l'OMS. Aucun État Partie de la Région, à l'exception de la République islamique d'Iran, n'a atteint les objectifs de mise en œuvre en juin 2012. Dix-sept États Membres ont demandé une prolongation de deux ans, soutenue par un plan

de mise en œuvre. Trois pays (les Émirats arabes unis, la Libye et le Pakistan) n'ont demandé qu'une prolongation et un pays (la Somalie) n'a pas rempli les exigences pour en bénéficier. Lors de la mise en œuvre du Règlement, les pays ont rencontré diverses difficultés. Il s'agit notamment des points suivants : l'absence de législation en matière de santé publique et d'autres instruments juridiques et administratifs créant des conditions favorables ; le manque de coordination entre les différentes parties prenantes au niveau national ainsi qu'avec les pays voisins ; la rotation rapide des personnels qualifiés ; et l'insuffisance des moyens financiers pour mener les activités prévues.

On a constaté un net progrès des efforts visant à remplir ou continuer de saisir plusieurs exigences pour la mise en œuvre du Règlement dans la Région. Au niveau régional, on estime qu'il est mis en œuvre à hauteur de 67 %, selon les données recueillies à l'aide du questionnaire de suivi 2011. Toutefois, de nombreux points posent encore problème et réclament des efforts supplémentaires. Il s'agit notamment des points suivants : faire appliquer les nouvelles lois

et politiques nationales mises en place pour faciliter la mise en œuvre du Règlement ; tester les mécanismes de coordination qui existent parmi les différentes parties prenantes ; évaluer la fonction d'alerte précoce dans le cadre de la surveillance basée sur les indicateurs ; instaurer une surveillance basée sur les événements ; renforcer la surveillance transfrontalière. Il faut également mettre en place des programmes de protection des agents de santé et des systèmes de suivi de la résistance aux antimicrobiens. Les plans nationaux de préparation et d'action doivent être mis à l'épreuve. De nombreuses exigences au titre des obligations générales ne sont pas encore satisfaites et l'efficacité de la surveillance et de l'action aux points d'entrée reste insuffisante. Les exigences pour le dépistage et l'action en cas de contamination des aliments ou de maladie d'origine alimentaire, ou d'accident chimique ou radionucléaire, doivent également être prises en considération. L'efficacité de la communication, de la coordination et de la collaboration entre les différents secteurs et le renforcement des ressources humaines sont essentiels à la bonne application du Règlement.