

{loadposition annualreport2014} Éradication de la poliomyélite

En 2014, des progrès considérables ont été accomplis au plan mondial sur la voie de l'éradication de la poliomyélite. La maladie reste toutefois endémique dans la Région. Sur les 215 cas de poliomyélite notifiés dans le monde durant la seconde moitié de l'année 2014, 213 (99 %) sont survenus dans la Région de la Méditerranée orientale (Pakistan 192 cas, Afghanistan 20 cas et Somalie 1 cas). L'Iraq et la République arabe syrienne ont également signalé des cas de poliomyélite durant les six premiers mois de 2014 (deux cas et un cas respectivement).

Le Pakistan a connu le taux le plus élevé de transmission du poliovirus sauvage depuis plus de dix ans. Le pays a été confronté à des difficultés importantes et uniques, notamment l'interdiction de la vaccination par des groupes armés dans certaines parties des zones tribales sous administration fédérale (FATA) qui a limité l'accès aux enfants, et de multiples attaques mortelles perpétrées à l'encontre d'agents de première ligne durant des campagnes de vaccination antipoliomyélique dans plusieurs parties du pays. Les agents de santé communautaires et les volontaires ont continué de faire preuve d'un grand courage dans leurs activités de vaccination. Outre les problèmes d'accès et de sécurité, des questions relatives à la gouvernance, aux opérations et à la communication ont entravé les efforts d'éradication dans les zones endémiques du pays.

L'Afghanistan a été marqué par une transmission endémique et l'importation du poliovirus sauvage à partir du Pakistan, les obstacles entravant l'accès et la mauvaise qualité de certaines campagnes ont rendu difficile de vacciner chaque enfant, en particulier dans les régions orientale et méridionale. Néanmoins, le programme national a poursuivi la mise en œuvre de ses activités avec une grande détermination.

En 2015, si cette tendance se poursuit, il est fort probable que l'Afghanistan et le Pakistan soient les deux seuls pays du monde connaissant une transmission active du poliovirus sauvage. Ce type de transmission représente actuellement la plus grande menace à la réalisation de l'éradication mondiale de la maladie. La propagation du virus à partir de ces réservoirs constitue un risque tangible pour les pays de la Région qui sont libérés ou exempts de la maladie.

Le Pakistan est en train de mettre en œuvre un plan d'action détaillé pour la saison de faible transmission du poliovirus (décembre 2014 à mai 2015), en se concentrant sur des stratégies novatrices et sur les zones de transmission endémique dans le pays. L'Afghanistan dispose

également d'un plan d'action d'urgence visant à garantir un niveau d'immunité élevé pour l'ensemble de la population, tout en interrompant la transmission dans les zones infectées restantes. La mise en œuvre intégrale de ces plans sera essentielle pour effectuer des progrès vers l'éradication en 2015. L'examen de l'épidémiologie durant la première moitié de 2015 démontre déjà une tendance positive, s'accompagnant d'une importante réduction du nombre de cas par rapport à 2014.

Le défi que constitue la propagation de la poliomyélite dans la Région a entraîné une intervention sans précédent de la part des États Membres. La riposte engagée par plusieurs pays contre la flambée de cas au Moyen-Orient, qui a commencé fin 2013, a été rapide, coordonnée et de haute qualité. Par ailleurs, en dépit des conflits et des déplacements de populations dans les pays touchés ainsi que dans les pays voisins, cette riposte a permis d'éviter une épidémie majeure. La République arabe syrienne n'a pas signalé de cas confirmé de poliomyélite depuis janvier 2014 et l'Iraq depuis avril 2014. Dans la Corne de l'Afrique, suite à une riposte soutenue menée par plusieurs pays contre la flambée de cas, les données indiquent que la transmission en Somalie commence à être maîtrisée avec seulement cinq cas signalés en 2014, dont le dernier est apparu en août 2014.

Le partenariat pour la poliomyélite renforce son soutien aux deux pays endémiques au moyen d'interventions multiples, dont les suivantes : déploiement des meilleurs professionnels disponibles ; mobilisation des ressources pour mettre en œuvre complètement toutes les activités prévues ; élaboration de mécanismes de coordination solides sous la tutelle des centres opérationnels d'urgence aux niveaux fédéral et provincial ; suivi étroit des progrès au moyen de l'élaboration d'un cadre de suivi global et de l'examen régulier du programme par le groupe consultatif technique ; et mise en œuvre d'un cadre de redevabilité strict pour garantir un haut niveau de performance du personnel.

En 2015, l'OMS intensifiera son soutien aux gouvernements d'Afghanistan et du Pakistan pour stopper la transmission endémique du poliovirus. L'OMS continuera à soutenir d'autres pays de la Région pour renforcer la sensibilité des systèmes de surveillance et améliorer la capacité à détecter rapidement toute importation de poliovirus et à y riposter efficacement. Les mécanismes du Règlement sanitaire international (RSI 2005) sont utilisés afin de réduire le risque de propagation internationale du poliovirus et de permettre une riposte énergique face aux nouvelles flambées de poliomyélite dans les pays libérés de la maladie. Un appui sera fourni aux États Membres pour l'élaboration de plans d'action en vue du retrait progressif du vaccin antipoliomyélique oral et de l'endiguement des poliovirus sauvages et dérivés de souches vaccinales.

Le Groupe consultatif islamique créé au niveau régional et un groupe consultatif national au Pakistan encouragent les efforts d'éradication de la poliomyélite ainsi que la vaccination contre la maladie en général. Le champ d'action de ce Groupe sera élargi pour aider à prendre en compte d'autres questions de santé prioritaires dans la Région.

VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales

L'épidémie de VIH est toujours en augmentation bien que la prévalence globale demeure faible. Au niveau régional, le nombre de personnes vivant avec le VIH qui bénéficient d'un traitement antirétroviral a augmenté, passant de 32 000 en 2013 à 38 000 en 2014. Malgré ces progrès, la couverture par le traitement antirétroviral n'a pas augmenté de manière significative et demeure, à 10 %, toujours loin des cibles mondiales.

Dans le cadre de l'initiative régionale pour mettre un terme à la crise en matière de traitement contre le VIH, l'OMS a fourni un soutien technique et financier aux pays prioritaires pour réviser leurs directives thérapeutiques et former les prestataires de soins de santé. Treize pays ont désormais des directives nationales conformes aux recommandations actuelles de l'OMS. Cinq pays ont bénéficié d'un soutien pour mener l'analyse en cascade « dépister-traiter-fidéliser », afin de fixer des objectifs en matière de dépistage et de traitement du VIH fondés sur des bases factuelles et d'élaborer des plans d'accélération du traitement. Six pays ont élaboré des plans stratégiques et opérationnels nationaux.

Un plan régional contre l'hépatite virale pour 2014-2015 a été élaboré et une recherche de fonds est en cours pour sa mise en œuvre. Les activités sont centrées essentiellement sur les deux pays fortement touchés qui ont par ailleurs mis au point des stratégies contre l'hépatite au niveau national.

L'OMS prépare actuellement trois stratégies connexes du secteur de la santé pour le VIH, l'hépatite virale et les infections sexuellement transmissibles. Deux consultations régionales seront organisées durant la première moitié de l'année 2015 pour fournir des contributions régionales aux stratégies sur le VIH et l'hépatite virale.

En 2013 ¹, plus de 448 000 cas de toutes les formes de tuberculose ont été notifiés dans la Région. Près de la moitié de ces cas sont survenus dans deux pays à forte charge de tuberculose, l'Afghanistan et le Pakistan. Cependant, 40 % des cas estimés ne sont pas identifiés ou ne sont pas signalés dans la Région. Le taux de guérison était de 87 %, légèrement supérieur à la cible mondiale de 85 %, réalisation qui a été maintenue depuis deux

ans.

Dix pays ont atteint ou dépassé la cible de 70 % de détection des cas et neuf pays ont atteint ou dépassé la cible mondiale de 85 % de taux de guérison. On a assisté à une amélioration lente mais régulière pour ce qui concerne la prise en charge des cas de tuberculose multirésistante. Sur les 17 000 cas estimés, seuls environ 3687 cas ont été dépistés en 2013 et ont entamé un traitement. À cet égard, le taux de guérison a atteint 64 %.

Les crises actuelles ont eu un impact sur la lutte contre la tuberculose. Les énormes mouvements de population, la destruction de nombreux établissements de santé, notamment des établissements consacrés à la prise en charge de la tuberculose, ainsi que la détérioration de la situation économique ont non seulement touché les patients mais aussi les ressources humaines. La diminution du taux de détection des cas (58 % contre 63 % en 2012) est l'une des implications de la situation actuelle. Par ailleurs, l'intensification du traitement contre la tuberculose multirésistante est entravée par le manque d'infrastructures adéquates et les contraintes financières.

En réponse aux défis régionaux, l'OMS a élaboré des orientations sur la lutte contre la tuberculose dans les situations d'urgence complexes ainsi qu'un ensemble de services pour la lutte transfrontalière contre la tuberculose et pour les patients souffrant de tuberculose multirésistante.

Le Comité Feu vert a aidé les pays à améliorer les capacités diagnostiques et à intensifier le traitement contre la tuberculose multirésistante. Des missions de suivi menées dans sept pays ont examiné la situation de la prise en charge de la tuberculose multirésistante et ont fourni des conseils sur les défis à relever. L'accès aux nouveaux diagnostics continue d'augmenter dans la Région ; en effet, 4 % des laboratoires de la tuberculose utilisent désormais la microscopie LED (à éclairage à diode électroluminescente). Cependant, le financement national pour la lutte contre la tuberculose est toujours à un niveau inférieur à 30 %.

Dans le cadre de l'orientation stratégique visant à intensifier la planification de la lutte contre la tuberculose, des missions d'examen ont été menées dans plusieurs pays en 2014. Les pays ont reçu une assistance technique pour garantir l'accès sans problème à un meilleur financement du Fonds mondial.

En 2014, six pays avaient des zones de forte transmission du paludisme (voir Tableau 1), tandis que la transmission se limitait à des foyers en Arabie saoudite et en République islamique d'Iran. Le nombre de décès dus au paludisme dans la Région a baissé de plus de moitié depuis 2000 (2166 décès contre 1027 décès en 2013). En 2014, le Pakistan et le Soudan représentaient plus de 90 % des décès (67 % et 24 % respectivement). Le nombre de cas confirmés de paludisme signalés dans la Région a baissé, passant de deux millions en 2000 à un million en 2013. Une fois de plus, le Pakistan et le Soudan comptent pour plus de 90 % des cas (27 % et 57 % respectivement).

Sept pays (Afghanistan, Arabie saoudite, Iraq, République islamique d'Iran, Maroc, Oman et République arabe syrienne) ont atteint l'OMD 6 ainsi que les cibles fixées dans la résolution WHA58.2 sur le paludisme. Des programmes d'élimination ont été mis en œuvre avec succès en Arabie saoudite et en République islamique d'Iran, 51 et 370 cas seulement ayant été signalés en 2014 au niveau local respectivement (voir Tableau 2). L'Iraq n'a pas signalé de cas autochtones depuis 2009. Il a cependant été difficile de mesurer les progrès sur la voie de la réalisation de l'OMD 6 dans cinq des pays à forte charge de paludisme et ce, en raison des insuffisances des systèmes de diagnostic et de surveillance. Le manque de capacités de l'OMS au niveau des pays pour garantir un appui technique durable, l'allocation insuffisante de fonds provenant des ressources nationales dans les pays d'endémie prioritaires ainsi que la dépendance à l'égard des fonds extérieurs ont également eu un impact négatif sur les progrès dans ce domaine.

[Tableau 1 Cas de paludisme déclarés dans les pays fortement touchés](#)

Tableau 1 Cas de paludisme notifiés dans les pays fortement touchés

Nom du pays		2012	2013	2014
Total des cas notifiés	Total des cas confirmés	Total des cas notifiés	Total des cas confirmés	Total des cas confirmés
Afghanistan	391365	54840	319742	

Djibouti	25	25	1684
Pakistan	4285449	290781	3472727
Somalie	59709	18842	60199
Soudan	1001571	526931	989946
Yémen*	165678	109908	149451

* L'exhaustivité de la notification, selon les estimations, est de 30 % en 2014 du fait de la situation qui prévaut au Yémen

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

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

Pays

2012

2013

2014

Nombre total de cas notifiés

Autochtones

Nombre total de cas notifiés

Autochtones

Nombre total de cas notifiés

Autochtones

Arabie saoudite	3406	82	2513	34	2305	51
-----------------	------	----	------	----	------	----

Bahreïn

233

0

NA

NA

NA

NA

Égypte

206

0

262

0

313

22

Émirats arabes unis	5165	0	4380	0	4575	0
---------------------	------	---	------	---	------	---

République islamique d'Iran

1629

787

1373

519

1238

370

Iraq

8

0

8

0

2

0

Jordanie

117

0

56

0

102

0

Koweït

358

0

291

0

268

0

Liban

115

0

133

0

119

0

Libye

88

0

NA

NA

NA

NA

Maroc

364

0

314

0

493

0

Palestine

0

0

0

0

NA

NA

Oman

2051

22

1451

11

1001

15

Qatar

708

0

728

0

643

0

République arabe syrienne

42

0

22

0

21

0

Tunisie

70

0

68

4

98

0

En 2014, différents pays ont bénéficié d'un soutien pour des examens programmatiques approfondis, la mise à jour des plans stratégiques nationaux et l'élaboration des stratégies de gestion de la résistance aux insecticides. La stratégie technique mondiale 2016–2030 a été mise au point dans le cadre d'un processus de consultation global avec tous les pays ; sept consultations régionales ont été organisées en 2014. Un plan d'action régional pour mettre en œuvre la stratégie sera présenté au Comité régional en 2015. Le but de ce plan est d'interrompre la transmission du paludisme dans les zones où ceci est faisable et de réduire la charge de plus de 90 % dans les zones où l'élimination n'est pas possible immédiatement, de sorte à ce que le paludisme ne représente plus un problème de santé publique ou un obstacle au développement socio-économique.

Des avancées prometteuses ont été réalisées en matière de lutte contre la schistosomiase et

d'élimination de cette maladie ; le Yémen est à cet égard un excellent exemple de la manière dont un partenariat solide entre les institutions nationales et internationales peut contribuer à surmonter les obstacles les plus difficiles. En 2014, le Yémen a traité au praziquantel et à l'albendazole plus de 7,2 millions d'adultes et d'enfants, malgré la situation difficile en matière de sécurité. Des enquêtes nationales ont montré une nette baisse des indicateurs concernant l'infection et ont indiqué que la schistosomiase pouvait être éliminée en tant que problème de santé publique. Au Soudan, 2,4 millions de personnes ont été traitées au praziquantel suite à l'augmentation de l'engagement financier pris par le gouvernement ainsi que grâce à de nouveaux partenariats.

Vaccins et vaccination

Quatorze pays ont continué d'atteindre la cible de 90 % pour la couverture par la vaccination systématique par le DTC3 (troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux DTC) ; toutefois, environ trois millions d'enfants n'ont pas reçu la troisième dose de ce vaccin, dont 90 % dans quatre pays (Afghanistan, Pakistan, République arabe syrienne et Somalie). Treize pays ont atteint un taux de couverture supérieur à 95 % pour la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1) au niveau national et dans la plupart des districts ; tandis que 21 pays ont fourni une deuxième dose du vaccin antirougeoleux (MCV2) dans le cadre de la vaccination systématique, avec des niveaux variables de couverture. Afin de renforcer l'immunité de la population, des activités de vaccination supplémentaires contre la rougeole aux niveaux national ou local ont été menées en Afghanistan, en Iraq, au Pakistan et en République arabe syrienne. Tous les pays ont mis en place une surveillance de la rougeole en laboratoire basée sur les cas, 20 pays effectuent une surveillance au niveau national et deux pays mènent une surveillance sentinelle. Par conséquent, l'incidence de la rougeole était considérablement plus faible qu'en 2013. Huit pays ont signalé une très faible incidence de la rougeole (moins de cinq cas pour un million d'habitants) dont deux pays continuent d'atteindre une incidence zéro et ont prévu de procéder à la vérification de l'élimination de la maladie en 2015.

L'année 2014 a marqué la réalisation de l'introduction du vaccin anti-Haemophilus influenzae type b (Hib) dans tous les pays. Le vaccin contre le rotavirus a été introduit aux Émirats arabes unis et le vaccin contre la rubéole au Yémen, dans le cadre de la campagne de vaccination contre ces deux maladies. Le Yémen devrait introduire le vaccin antirougeoleux et antirubéoleux dans la vaccination systématique en 2015. Le Soudan a mis en œuvre la première phase d'une campagne de vaccination contre la fièvre jaune. Le vaccin antipoliomyélitique inactivé a été introduit en Libye et en Tunisie ; par ailleurs, tous les pays qui utilisent uniquement le vaccin antipoliomyélitique oral sont sur la bonne voie pour une introduction du vaccin antipoliomyélitique inactivé en 2015. Actuellement, le vaccin antipneumococcique est utilisé dans 14 pays, le vaccin antirotavirus dans neuf pays et le vaccin antipoliomyélitique inactivé dans 12 pays de la Région.

La réalisation des différentes cibles du programme a été freinée par plusieurs obstacles, notamment la situation actuelle en matière de sécurité qui a entravé l'accès ; le manque de visibilité des cibles de vaccination dans de nombreux pays ; l'insuffisance des capacités gestionnaires et de l'engagement en faveur de la vaccination systématique ; et le manque de ressources financières. Afin de surmonter ces obstacles, l'OMS a intensifié son soutien aux pays grâce à des examens exhaustifs des programmes de vaccination et une évaluation de la gestion efficace des vaccins qui ont été menés dans plusieurs pays. Un appui a également été fourni pour l'élaboration et la mise jour de plans pluriannuels, la mobilisation des ressources, les campagnes de vaccination contre la rougeole, la surveillance des maladies évitables par la vaccination, la qualité des données, le suivi, l'évaluation et l'introduction de nouveaux vaccins. Une attention spéciale a été accordée à la création et au renforcement des groupes techniques consultatifs nationaux sur la vaccination (GTCV) qui sont désormais présents dans 21 pays. Le Bureau régional a continué de prêter un concours technique et financier aux réseaux de surveillance régionaux pour l'introduction de nouveaux vaccins ainsi que la surveillance de la rougeole et de la rubéole dans la plupart des pays.

L'OMS continuera à assurer le soutien technique nécessaire et la mobilisation de ressources pour le renforcement des programmes de vaccination et la réalisation des cibles. Les activités prioritaires pour 2015 comprendront les suivantes : assurer l'accès à des vaccins sûrs et de qualité en améliorant les systèmes d'achat, fournir un soutien aux examens complets du PEV et à la mise à jour des plans pluriannuels complets dans plusieurs pays, fournir un appui à la planification et la mise en œuvre adéquates de l'approche Atteindre chaque district dans tous les districts ayant une couverture vaccinale inférieure à 80 % dans les pays à faible couverture, introduire le VPI dans les 10 pays restants, réaliser des activités de surveillance de la rougeole, et des enquêtes sérologiques pour l'hépatite B afin de documenter les progrès sur la voie de la réalisation de la cible régionale ; et renforcer le suivi et l'évaluation du PEV. Le plaidoyer pour augmenter la visibilité des cibles du PEV, notamment en ce qui concerne l'élimination de la rougeole, et la mobilisation d'un soutien gouvernemental à haut niveau en faveur de la vaccination systématique, occupera une place centrale.

Sécurité sanitaire et réglementation

L'incidence des maladies infectieuses émergentes et réémergentes continue d'augmenter en flèche dans la Région, comme le prouve le fait que la moitié des pays de la Région ont signalé une forte incidence des maladies infectieuses émergentes l'année dernière, parfois sous forme de flambées épidémiques explosives. Parmi ces maladies, il y avait la grippe aviaire A(H5N1) en Égypte, la fièvre hémorragique Crimée-Congo en Afghanistan, à Oman et au Pakistan, la dengue à Oman, au Pakistan et au Soudan, l'hépatite A et E aiguë en Jordanie, au Liban et au Soudan, et des infections respiratoires aiguës sévères causées par le virus pdm09 de la grippe A(H1N1) en Égypte et au Pakistan. Outre les très importantes pertes en vies humaines qu'ils ont causées, ces événements ont affaibli les systèmes de santé publique de manière considérable. Les infections causées par le coronavirus du syndrome respiratoire du Moyen-Orient (MERS-CoV), qui est apparu dans la Région en 2012, ont continué de se

propager géographiquement, avec une persistance de la transmission, et des cas ont maintenant été signalés dans 10 pays de la Région. Le nombre de cas a fortement augmenté dans deux pays l'année dernière du fait principalement de transmissions secondaires et nosocomiales dans des établissements de soins de santé ; ils ont été à l'origine d'une préoccupation renforcée au niveau international vis-à-vis de l'émergence d'une situation d'urgence de santé publique mondiale.

La crise humanitaire qui perdure dans un certain nombre de pays a également affaibli leurs systèmes de santé publique, tout en causant le déplacement d'un grand nombre de populations et en les exposant à de mauvaises conditions d'hygiène du milieu et à un accès limité aux services de soins de santé. Ces conditions représentent un terrain idéal pour la prolifération de maladies et des flambées à répétition de maladies à tendance épidémique ont été notifiées par ces pays en crise.

Vers la fin de l'année dernière, la menace d'une introduction de la maladie à virus Ebola a augmenté de manière significative du fait de la connexion entre la Région et des pays d'Afrique de l'Ouest. La menace d'une importation de cas de maladie à virus Ebola dans les systèmes de santé déjà affaiblis et fragiles de pays touchés par des crises humanitaires ou des épidémies à répétition, et les implications qui en résultent pour la santé publique, nécessitent d'intensifier les mesures de préparation de santé publique et de disponibilité opérationnelle dans tous les pays afin de prévenir toute introduction de la maladie et sa propagation dans la Région.

Suite à de telles menaces fréquentes en matière de sécurité sanitaire, l'OMS a poursuivi sa collaboration avec les pays en vue de développer, de renforcer et d'élargir un système de santé publique durable qui représente une exigence au titre du Règlement sanitaire international 2005 afin de suivre, de détecter, d'évaluer et d'endiguer les menaces aiguës et émergentes pour la santé dans la Région.

En réponse à une résolution du Comité régional (EM/RC/61/R.2), des évaluations rapides ont été conduites dans 20 des 22 pays de la Région afin d'apprécier les capacités de prise en charge d'une éventuelle importation de maladie à virus Ebola. Les évaluations ont permis d'examiner le niveau de préparation et de disponibilité opérationnelle, d'identifier les lacunes ou les domaines de préoccupation, et de recommander des mesures urgentes d'atténuation des risques d'importation et de propagation. Suite à ces évaluations, un plan d'action régional de 90 jours a été élaboré et mis en œuvre durant la première partie de l'année 2015 afin d'aider les pays à combler les lacunes critiques qui ont été identifiées dans les domaines de la surveillance et de la riposte, afin d'être en mesure de prévenir et de détecter les menaces de maladie à virus Ebola et de prendre des mesures d'endiguement efficaces pour lutter contre ces menaces.

Du fait de la rapide expansion de la menace due au MERS-CoV, les efforts déployés se sont poursuivis pour aider les pays à améliorer les mesures de préparation de santé publique, notamment la prévention et la lutte contre les infections en milieu de soins. Étant donné les lacunes en matière de connaissances concernant le mode de transmission du MERS-CoV, l'OMS a apporté un soutien à la mise au point et la réalisation d'un protocole de recherche de santé publique pour comprendre les facteurs de risque qui résultent de l'infection chez l'homme. Les résultats de cette initiative de recherche devraient permettre non seulement de lever le voile sur le mystère de l'origine de ce virus mais aussi de préparer le terrain pour la prévention de l'infection chez l'homme qui, selon les présomptions actuelles, aurait son origine chez l'animal.

Compte tenu de la nécessité de détecter rapidement les menaces pour la santé dues aux épidémies dans les pays qui sont touchés par la crise, l'appui fourni a été poursuivi pour développer et renforcer les systèmes d'alerte précoce pour les maladies et améliorer les mesures de disponibilité opérationnelle en vue de fournir une riposte rapide et en temps voulu afin de maîtriser les épidémies. Les activités de l'OMS dans le domaine de la sécurité sanitaire ont contribué de manière significative à l'accélération des progrès dans la mise en œuvre des principales capacités requises au titre du Règlement sanitaire international (RSI 2005). Toutefois, des préoccupations demeurent pour les pays qui doivent encore respecter le délai fixé ou se mettre en conformité avec les exigences établies. En juin 2014, qui a marqué la date à laquelle ont expiré les deux premières prolongations de deux années pour l'application du RSI (2005), seuls huit États Parties dans la Région ont déclaré qu'ils appliquaient les exigences fixées alors que les 14 pays restants ont demandé et se sont vus accorder une deuxième prolongation. Avec l'expiration de cette seconde prolongation en juin 2016, et du fait des menaces récurrentes pour la sécurité sanitaire dans la Région, la pérennité, la fonctionnalité et la qualité des principales capacités atteintes par les pays au titre du RSI (2005) acquièrent une importance croissante.

Par ailleurs, en réponse à une résolution du Comité régional (EM/RC61/R.2) ainsi qu'aux recommandations des comités d'urgence et d'examen du RSI, un ensemble de priorités stratégiques au niveau régional, et un plan de mise en œuvre correspondant, sont en préparation afin de combler les importantes lacunes identifiées dans le cadre des mesures d'évaluation de la préparation et de la disponibilité opérationnelle face à la maladie à virus Ebola et de renforcer les capacités requises. La troisième réunion des parties prenantes pour le RSI a procédé à un examen critique des lacunes enregistrées et des progrès réalisés jusqu'alors et a formulé des recommandations pragmatiques et ciblées dans une perspective stratégique pour faire avancer le RSI et le programme d'action mondial en matière de sécurité sanitaire. L'orientation stratégique pour l'appui aux pays dans le cadre du RSI cible maintenant la coordination multisectorielle, la suffisance en matière de législation, la surveillance, la riposte, la lutte contre les infections, les zoonoses et la sécurité sanitaire des aliments, domaines qui

représentent tous des déficits essentiels pour les principales capacités qui sont communs à tous les États Parties.

Des mesures importantes ont été prises en 2014 pour contenir la menace que représente la résistance aux antimicrobiens. Une évaluation rapide dans les pays lancée en 2013 a été finalisée, et les conclusions de cette évaluation devraient être publiées dans le rapport mondial de l'OMS à ce sujet en 2015. Un Comité d'orientation régional a été créé afin de donner des conseils en matière de politiques et de stratégies au Directeur régional sur l'endigement de la menace que constitue la résistance aux antimicrobiens, ainsi que pour préparer un cadre régional d'action conformément au principe « Un monde, une santé » de l'OMS, de la FAO et de l'Organisation mondiale de la Santé animale (OIE). Un appui aux pays sera maintenant fourni pour l'élaboration et la mise en œuvre de plans nationaux pour maîtriser les menaces que pose la résistance aux antimicrobiens, axées sur les systèmes de santé des pays, en appui au plan d'action mondial et au cadre régional d'action.

Des progrès ont aussi été réalisés en matière de renforcement des moyens des laboratoires nationaux afin d'appuyer des programmes spécifiques à certaines maladies. Néanmoins, d'importants défis demeurent, dont le principal est la nécessité d'élaborer une politique nationale complète pour les laboratoires qui englobera des problèmes tels que le financement, les ressources humaines, l'assurance qualité et la gestion du risque biologique. Les évaluations réalisées pour la maladie à virus Ebola ont mis en évidence des lacunes dans le domaine de la sécurité biologique et de la gestion de la qualité, et des efforts intenses ont donc été déployés pour un certain nombre de pays eu égard à l'expédition des matériels biologiques ainsi qu'aux procédures de sécurité biologique efficaces pour la manipulation d'agents pathogènes dangereux. Des stratégies régionales pour les services de laboratoire et la sécurité hématologique ont été préparées dans le cadre d'un processus de consultation, en collaboration avec des experts dans les domaines concernés originaires des États Membres, d'instituts et de ministères de la Région ainsi que du Siège et des autres régions de l'OMS.

¹ Pour la détection des cas de tuberculose, l'OMS reçoit les données un an plus tard ; par conséquent, les données sur la détection des cas concernent 2013 tandis que les données relatives à l'issue thérapeutique concernent 2014.

Tuesday 23rd of April 2024 12:29:58 PM