

## {loadposition annualreport2016} **Éradication de la poliomyélite**

En 2016, seuls trois pays dans le monde, l’Afghanistan, le Pakistan et le Nigeria, ont signalé des cas de poliomyélite dus au poliovirus sauvage. Ces trois pays sont toujours considérés à ce jour comme des pays d’endémie. Le nombre de cas de poliomyélite déclarés (37) est le plus bas jamais enregistré à l’échelle mondiale. Tous ces cas étaient dus au sérotype 1 (poliovirus sauvage de type 1).

L’Afghanistan et le Pakistan sont parvenus à réduire le nombre de cas de poliovirus sauvage de type 1 de 50 %, passant de 74 en 2015 à 33 en 2016, malgré des problèmes d’ordre sécuritaire complexes, continuant ainsi sur la lancée de la réduction du nombre de cas dans la Région depuis 2014. On a également observé une diminution significative de la propagation géographique du virus en 2016, par rapport aux trois années précédentes, ainsi qu’une modification de l’épidémiologie de la poliomyélite avec la suppression de l’augmentation classique du nombre de cas durant la saison haute de transmission annuelle, généralement entre juin et décembre. Ajoutées les unes aux autres, ces tendances génèrent un optimisme laissant penser que l’Afghanistan et le Pakistan pourraient interrompre la transmission du poliovirus en 2017.

La réduction de la transmission du poliovirus dans ces deux pays est le résultat de la mise en œuvre de leurs plans d’action nationaux d’urgence pour l’éradication de la poliomyélite. Les activités prévues au titre de ces plans ont conduit à des améliorations de la qualité des activités de vaccination supplémentaires, ont renforcé les capacités de détection du poliovirus grâce à la surveillance des cas de paralysie flasque aiguë et à la surveillance environnementale, ainsi que grâce à une riposte efficace contre les flambées dans les zones qui ne sont pas des réservoirs du virus. Les études sérologiques récentes menées sur des enfants dans les réservoirs traditionnels du poliovirus ont montré une immunité moyenne contre le PVS1 de 95 % chez les enfants de 6 à 11 mois, ce qui démontre l’impact de la vaccination sur le renforcement de l’immunité, notamment chez les très jeunes enfants.

Tandis que l’attention première du programme de lutte contre la poliomyélite dans la Région en 2016 s’est concentrée sur le soutien apporté à l’Afghanistan et au Pakistan, un travail considérable a également été réalisé pour réduire le risque de flambées si le poliovirus sauvage venait à être importé dans des pays exempts de la maladie, ainsi que pour mettre à jour et renforcer la planification de la riposte aux flambées et la disponibilité opérationnelle. En plus des activités de vaccination supplémentaires en Afghanistan et au Pakistan, 10 autres pays de la Région ont conduit des activités de ce type aux niveaux national et infranational, et 45 tournées de vaccination supplémentaires de grande ampleur ont été menées dans le but d’atteindre des niveaux élevés d’immunité dans la population et de réduire les risques. Au total,

dans la Région, plus de 400 millions de doses de vaccin antipoliomyélique oral (VPO) ont été administrées à plus de 80 millions d'enfants. Même si de nombreuses campagnes de vaccination supplémentaires ont été menées dans des situations où la sécurité est grandement menacée, les informations portant sur le statut vaccinal des enfants de moins de cinq ans montrent que ces campagnes sont parvenues à maintenir de hauts niveaux d'immunité contre la poliomyélite chez ces enfants.

Parmi les autres mesures d'atténuation visant à contrer les risques de flambées dans les pays exempts de poliomyélite, on compte des évaluations des risques détaillées, notamment dans les zones touchées par les conflits ; l'examen et la mise à jour des plans de riposte aux flambées et l'organisation de 23 ateliers de simulation de flambées de poliomyélite dans 17 pays de la Région ; le suivi des enfants souffrant d'une immunodéficience primaire en Égypte et en République islamique d'Iran afin d'identifier les risques d'excrétion de poliovirus sur le long terme ; la mise en place d'une surveillance environnementale en Jordanie et au Liban ; et le contrôle de la documentation et des progrès réalisés par la Commission régionale pour la certification de l'éradication de la poliomyélite.

Dans le cadre de la réalisation du Plan stratégique pour l'éradication de la poliomyélite, tous les pays de la Région sont passés avec succès du vaccin antipoliomyélique oral trivalent (VPOt) au vaccin antipoliomyélique oral bivalent (VPOb) entre avril et mai 2016. Ceci a représenté un effort énorme de coordination entre les pays de la Région afin d'identifier et de détruire tous les stocks de vaccin trivalent restants. L'utilisation isolée de vaccin trivalent a sans doute toujours cours dans certains établissements, et il est impératif que tous les pays rendent compte du processus de passage validé et procèdent à la destruction de tous les vaccins antipoliomyéliques oraux contenant la souche Sabin de type 2, dans le cadre de la phase I du Plan d'action mondial (GAPIII) pour le confinement du poliovirus. Depuis le remplacement du VPOt par le VPOb, on a observé des isolements de poliovirus dérivés d'une souche vaccinale de type 2 (PVDV2) en 2016 en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie et au Yémen. Pour autant, il n'y a qu'un seul exemple (au Pakistan) de circulation de PVDV2. Cette situation a été gérée en planifiant une campagne de vaccination reposant sur le vaccin antipoliomyélique oral monovalent de type 2. Le programme régional suit de près les isolements de poliovirus de type 2 grâce à la surveillance et un réseau de laboratoires.

Le programme d'éradication de la poliomyélite est vaste et complexe, et alors que les processus d'éradication finale et de certification se rapprochent toujours davantage, nous essayons de réfléchir à la façon dont les acquis, les compétences et l'expérience liées à l'éradication de la poliomyélite peuvent être transférés de façon à bénéficier à des initiatives de santé publique plus larges. La planification de la transition a commencé au niveau régional et dans les quatre pays prioritaires disposant d'une présence importante d'infrastructures et de moyens de lutte contre la poliomyélite : l'Afghanistan, le Pakistan, la Somalie et le Soudan. Il

est prévu que le processus de planification connaisse une accélération en 2017.

Le programme de lutte contre la poliomyélite repose entièrement sur des fonds volontaires, et a bénéficié dans une large mesure du soutien marqué des donateurs issus de la Région ou de pays extérieurs qui ont fourni des fonds via l'OMS afin de soutenir les programmes régionaux et nationaux. En 2016, ces donateurs étaient la Fondation Bill & Melinda Gates, les gouvernements d'Allemagne, d'Arabie saoudite, du Canada, des Émirats arabes unis, des États-Unis, du Royaume-Uni, Rotary international et la Banque de développement islamique.

Les priorités absolues pour 2017 sont de mener à terme l'éradication de tous les types de poliovirus en Afghanistan et au Pakistan en fournissant un appui aux pays dans la mise en œuvre efficace de leurs plans d'action nationaux d'urgence, et de stopper la flambée de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale en République arabe syrienne. La protection des pays et des zones à haut risque de flambées de poliovirus sauvage et de poliovirus circulant dérivé d'une souche vaccinale continuera au moyen d'activités de vaccination supplémentaires dans les pays ayant le risque le plus élevé, et tous les pays recevront un appui de façon à garantir que tous les groupes à risque élevé, en particulier les migrants, les réfugiés, les personnes déplacées à l'intérieur de leur pays et les populations vivant dans des zones de conflit, soient complètement vaccinés contre la poliomyélite. Le renforcement des systèmes de surveillance de la PFA, de surveillance environnementale et de surveillance spéciale visera à garantir une alerte précoce et une réponse rapide, et une attention particulière sera accordée à la planification de la riposte aux flambées et au renforcement des capacités.

## **VIH, tuberculose, paludisme et maladies tropicales**

Bien que la Région de la Méditerranée orientale ait la prévalence de VIH la plus basse de toutes les régions OMS, l'incidence de la maladie a connu une augmentation. Le nombre de personnes vivant avec le VIH dans la Région a atteint 360 000 fin 2016, dont 37 000 nouvelles infections par le VIH sur lesquelles on a dénombré 2300 enfants. L'accès au traitement antirétroviral a été amélioré, et le nombre de personnes vivant avec le VIH bénéficiant d'un tel traitement a doublé depuis 2013, atteignant 54 000 en 2016. Malgré ce succès, la couverture globale du traitement antirétroviral dans la Région demeure faible (15 %). L'accès limité au dépistage du VIH reste l'obstacle le plus important à l'accès aux soins et au traitement. En 2015, 89 % des cas de VIH rapportés dans la Région ont été identifiés grâce au dépistage du VIH dans les populations clés. Pour autant, plus de deux tiers (68 %) des tests de dépistage ont été effectués en dehors des services de conseil et dépistage volontaire ou d'établissements de santé, notamment chez les travailleurs migrants et les couples avant le mariage.

La stigmatisation liée au VIH demeure répandue dans la Région, notamment dans le secteur de

la santé. Afin de s'attaquer à ce problème, le Bureau régional a décidé de dédier la campagne de la Journée mondiale du sida 2016 à la lutte contre la stigmatisation et la discrimination, avec le slogan « La dignité avant tout ». Quatorze États Membres se sont engagés dans des activités liées à la campagne et ont mis en route un travail sur les politiques visant à mettre un terme à la stigmatisation et à la discrimination dans les établissements de soins de santé.

Les orientations futures porteront principalement sur la mise en place de lignes directrices mondiales pour le dépistage et le traitement du VIH, la réalisation d'analyses épidémiologiques, d'examen programmatiques, la planification stratégique et la mobilisation des ressources, et la promotion de stratégies visant à combler les lacunes en matière de dépistage du VIH.

L'hépatite virale est une cause de mortalité importante dans la Région. On estime en effet que 21 et 15 millions de personnes ont une infection chronique par le virus de l'hépatite B et C respectivement. Les nouveaux cas d'infection par le virus de l'hépatite B et C sont le plus souvent le résultat d'actes médicaux et d'injections à risque, suivies par la consommation de drogue par voie intraveineuse. Quatre-vingt pour cent des infections par le virus de l'hépatite C ont lieu au Pakistan et en Égypte.

En 2016, le Bureau régional a continué de soutenir les pays dans l'élaboration de leurs plans stratégiques nationaux sur la base du plan d'action régional de lutte contre l'hépatite virale mis au point en 2015. Un soutien a également été fourni à l'Égypte dans l'élaboration d'une stratégie pour le dépistage de l'hépatite C. Le Maroc a bénéficié d'un soutien dans la conduite d'une évaluation de l'impact économique du traitement contre l'hépatite C. Les pays seront soutenus dans l'élaboration de plans d'action nationaux et de directives sur le dépistage et le traitement, ainsi que la mise en place de systèmes de suivi et d'évaluation pour suivre les effets du traitement.

Au total, 527 639 cas de tuberculose (toutes formes confondues) ont été notifiés dans les pays de la Région en 2016. Le taux de dépistage a augmenté, passant à 70 % en 2016, ce qui correspond à un taux largement en deçà de la cible mondiale fixée à 90 %, mais représente une légère augmentation par rapport à 2015 (63 %). Le taux de guérison pour les nouveaux cas et les rechutes enregistrés en 2015 était de 91 %, ce qui est conforme à la cible mondiale. On considère que cinq pays de la Région sont des pays à forte charge de tuberculose (Afghanistan, Maroc, Pakistan, Somalie et Soudan).

La prise en charge des cas de tuberculose multirésistante demeure un défi. La Région

représente environ 6 % de la charge mondiale de tuberculose résistante à la rifampicine et multirésistante. On estime que 4,1 % des nouveaux cas de tuberculose et 17 % des cas préalablement traités ont développé une résistance à la rifampicine ou une multirésistance en 2015 dans la Région, ce qui équivaut à 19 000 cas de tuberculose résistante à la rifampicine et multirésistante parmi les cas de tuberculose pulmonaire notifiés. En 2016, seuls 25 % des cas estimés de tuberculose pharmacorésistante dans la Région (4713 cas de tuberculose résistante à la rifampicine et multirésistante, et 152 cas de tuberculose ultrarésistante) ont été confirmés par des tests de laboratoire, contre 21 % en 2015, dont 4055 ayant bénéficié d'un traitement. La limitation des ressources et les faibles capacités de prise en charge de la tuberculose multirésistante constituent une contrainte majeure pour les pays.

Le problème principal de la lutte antituberculeuse réside toujours dans les faibles taux de dépistage de la tuberculose (tous types de tuberculose et tuberculose multirésistante) avec une légère augmentation de l'incidence estimée dans la Région à la suite de l'introduction de nouveaux outils diagnostiques et d'une collaboration renforcée avec le secteur privé au Pakistan. Les situations d'urgence actuelles de nombreux pays et le manque de ressources continuent d'exposer les programmes nationaux de lutte antituberculeuse à des menaces de plus en plus importantes. En Jordanie et au Liban, les réfugiés syriens requièrent un soutien considérable, ce qui exerce une pression supplémentaires sur des systèmes de santé déjà surchargés. De la même façon, la présence de personnes déplacées à l'intérieur de leur pays en Iraq, en Libye, en République arabe syrienne et au Yémen, ralentit la mise en œuvre efficace et en temps opportun de plans stratégiques nationaux de lutte antituberculeuse. Une nouvelle subvention du Fonds mondial permettra de soutenir la prise en charge de la tuberculose et de la tuberculose multirésistante dans cinq pays de la Région.

Les programmes nationaux de lutte antituberculeuse et la composante multirésistante ont fait l'objet d'un examen dans cinq et huit pays respectivement, et les recommandations des missions d'examen ont ensuite été intégrées aux plans stratégiques nationaux. Quatre pays ont mis à jour leurs plans stratégiques nationaux, conformément à la stratégie Halte à la tuberculose, et trois pays ont commencé à planifier la mise en œuvre de schémas thérapeutiques plus courts pour la tuberculose multirésistante.

La composition du Comité Feu vert régional a été revue et le comité a maintenu son soutien pour assurer la mise en œuvre au niveau national des dernières avancées dans la prise en charge de la pharmacorésistance en recourant au renforcement des capacités, à un appui technique, et au suivi et à des évaluations.

Le Bureau régional soutiendra les pays dans l'application d'un ensemble d'interventions

complètes afin d'atteindre les cas de tuberculose manqués, et de s'attaquer à la tuberculose multirésistante. En outre, le Bureau continuera d'apporter son soutien aux pays en vue d'accélérer la lutte contre la co-infection par la tuberculose et le VIH, de garantir l'acceptation rapide des innovations et la mise en œuvre de l'initiative d'élimination de la tuberculose.

Le paludisme reste endémique dans huit pays de la Région. Deux pays (l'Arabie saoudite et la République islamique d'Iran) mettent actuellement en œuvre des stratégies d'élimination et se rapprochent de la cible. Toutefois, l'Arabie saoudite a enregistré une augmentation du nombre de cas autochtones en 2016, principalement en raison de l'augmentation des mouvements de population et des difficultés à accéder aux régions frontalières du Yémen (Tableau 1). L'OMS estime que l'incidence du paludisme dans la Région a baissé de 70 % entre 2000 et 2015. L'année 2016 a connu de nouveaux progrès, mais aussi l'apparition de flambées dans certains pays, ainsi qu'une augmentation du nombre de cas en Afghanistan, au Pakistan, en Somalie et au Yémen (Tableau 2).

### **Table 1. Parasitologically-confirmed cases in countries with no or sporadic transmission and countries with low malaria endemicity**

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

Pays	2014	2015	2016	
	Nombre total de cas rapportés		Nombre total de cas rapportés	
	Autochtones		Autochtones	
Arabie saoudite	2305	51	2620	
Bahreïn	100	0	87	
Égypte	313	22	291	
Émirats arabes unis	4575	0	3685	

Iraq	2	0	2
République Islamique d'Iraq	1238	376	799
Jordanie	102	0	59
Koweït	268	0	309
Liban	119	0	125
Libye	412	0	324
Maroc	493	0	510
Palestine	0	0	0
Oman	1001	15	822

Qatar	643	0	445
République arabe syrienne	21	0	12
Tunisie	98	0	88

### Table 2. Reported malaria cases in countries with high malaria burden

**Tableau 2. Cas de paludisme rapportés dans les pays ayant une charge élevée de paludisme**

Pays	2014	2015	2016
------	------	------	------

Nombre total de cas rapportés

Nombre total de cas confirmés  
 Nombre total de cas rapportés  
 Nombre total de cas confirmés  
 Nombre total de cas rapportés

Afghanistan	290 079	83 920	350 044
Djibouti	9439	9439	ND
Pakistan	366 6257	270 156	3 776 244

Somalie	26 174	11 001	39 169
Sudan	1 207 771	1 068 506	1 102 186
Yemen	<sup>a</sup>	122 812	86 707

a: Les données ont été collectées dans 20 gouvernorats, ayant un faible niveau pour l'exhaustivité de la notification

Les pays d'endémie palustre ont accès à des médicaments de qualité et le recours aux tests de diagnostic rapide a fortement augmenté ces dernières années. Toutefois, les taux de confirmation par analyse parasitologique des cas suspects de paludisme et de traitement des cas par des médicaments de qualité sont largement en deçà des cibles visées en matière de couverture universelle. Les taux confirmés dans les autres pays ayant une charge de morbidité élevée sont compris entre 5 % au Pakistan et 72 % au Yémen. La couverture par les interventions de lutte antivectorielle a augmenté même si elle reste inégale entre les pays. Le Soudan a déclaré une couverture opérationnelle de 100 % pour les moustiquaires imprégnées d'insecticide à effet rémanent dans la plupart des états.

En 2016, les pays de la Région ont été épaulés dans la mise à jour de leur stratégie nationale en accord avec la Stratégie technique mondiale, ainsi que pour achever la première étape de la cartographie régionale des risques de paludisme à l'échelle des districts. Le Bureau régional a maintenu son soutien aux réseaux régionaux de surveillance et de riposte pour la résistance aux antipaludiques, ainsi qu'à la mise à jour des politiques nationales de traitement, lorsque nécessaire dans certains pays. La première évaluation externe régionale des compétences pour la microscopie du paludisme a été réalisée. Un appui a été fourni aux pays pour renforcer la gestion intégrée des vecteurs, incluant la surveillance entomologique et le suivi de la résistance aux insecticides. Le cadre d'action régional pour une gestion rationnelle des pesticides utilisés en santé publique a été mis à jour.

Les programmes nationaux de lutte contre le paludisme dans les pays fortement touchés souffrent du manque de personnel technique qualifié causé par la pénurie de ressources, l'exode des cerveaux, les réformes structurelles et les changements fréquents au niveau de la direction du programme. Le soutien futur se concentrera sur le plaidoyer et la mobilisation des ressources, visant principalement les donateurs régionaux, ainsi que sur le renforcement des capacités en matière de ressources humaines à tous les niveaux, en particulier au niveau infranational, dans les six pays prioritaires. Le soutien sur le long terme des cibles d'élimination du paludisme et de la lutte contre les autres maladies à transmission vectorielle se concentrera sur la mise en place de la gestion intégrée des vecteurs.

Ces dernières années, la leishmaniose a connu une réémergence dans les zones touchées par des conflits dans toute la Région (par exemple Iraq et République arabe syrienne), ce qui a eu des conséquences pour les pays voisins du fait des mouvements de population. En 2016, des progrès significatifs ont été effectués pour combler les pénuries de médicaments contre la leishmaniose, renforcer la prestation de services de santé aux populations affectées aux niveaux central et périphérique, renforcer les capacités des personnels de santé en matière de surveillance, de lutte, de diagnostic, de gestion et de notification des données, notamment en Afghanistan, en Iraq, au Pakistan et en République arabe syrienne (pour la leishmaniose cutanée), et en Somalie et au Soudan (pour la leishmaniose viscérale).

Eu égard à la schistosomiase, la planification des enquêtes a permis de confirmer l'interruption de la transmission à Djibouti, en Iraq, en Jordanie et à Oman. En 2016, l'Égypte a adopté un plan sur cinq ans pour l'élimination de la schistosomiase et a mobilisé des ressources domestiques pour l'application de ce plan. Le Yémen a continué à mettre en œuvre un traitement de masse contre la schistosomiase, dont l'élimination en tant que problème de santé publique a été réalisée dans plusieurs foyers, et des fonds ont été sécurisés avec succès grâce au soutien de donateurs internationaux afin de maintenir les activités au-delà de 2017. Le traitement a été renforcé au Soudan et la cartographie de la schistosomiase a débuté en Somalie.

L'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique a pratiquement été menée à bien en Égypte et au Yémen. Le Soudan a renforcé son traitement de masse grâce à des dons de médicaments par l'OMS. L'interruption de la transmission de l'onchocercose a été prouvée dans un deuxième foyer au Soudan. Au Yémen, plus de 162 000 personnes ont été traitées à l'ivermectine dans le cadre du premier traitement de masse mis en œuvre dans le pays.

L'OMS a continué de procéder à des dons de médicaments afin de mettre en place le déparasitage pour les géohelminthiases dans la Région. L'Égypte et la République arabe syrienne ont lancé leur première campagne de déparasitage. L'OMS a fourni des médicaments à l'Office de secours et de travaux des Nations Unies pour les réfugiés de Palestine dans le Proche-Orient (UNRWA) afin de traiter les enfants d'âge scolaire dans toutes les zones d'opération en Jordanie, au Liban, en Palestine et en République arabe syrienne. Une enquête épidémiologique nationale a été menée à bien au Pakistan en vue du lancement d'un traitement de masse.

Cinq pays (l'Égypte, le Pakistan, la Somalie, le Soudan et le Yémen) comptent toujours des poches de transmission intense de la lèpre. L'intensification des activités de terrain vise à garantir que tous les nouveaux cas sont dépistés et pris en charge en temps opportun au moyen d'une polychimiothérapie, et que tous les anciens patients bénéficient d'une réadaptation et d'une prise en charge des incapacités. Les experts de la Région ont contribué à l'élaboration et la finalisation de la stratégie mondiale contre la lèpre 2016-2020, de son manuel opérationnel, et de son guide de suivi et d'évaluation.

En 2016, le Maroc a été le deuxième pays dans la Région, et à l'échelle mondiale, après Oman, à avoir réussi à valider l'élimination du trachome en tant que problème de santé publique. La planification et la mise en œuvre de la Stratégie CHANCE de lutte contre le trachome (chirurgie, antibiothérapie, nettoyage du visage et changement de l'environnement) ont progressé dans toute la Région, notamment en Égypte, au Pakistan et au Soudan. La cartographie du trachome a été prévue en Somalie et des ressources ont été mobilisées à cet effet.

Le Soudan est le seul pays de la Région qui doit encore être certifié exempt de dracunculose. Aucun cas n'a été signalé depuis 2014. Des visites sur le terrain visant à évaluer l'état de la surveillance et de la connaissance de la maladie ont été menées en 2016, en préparation du lancement du processus de certification.

En mai 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA69.21 sur la question de la réduction de la charge du mycétome. L'auteur de la résolution était le Gouvernement du Soudan plaidant en faveur de la reconnaissance de cette affection défigurante et invalidante. Le mycétome est connu pour affecter plusieurs autres pays de la Région, notamment la République islamique d'Iran, la Somalie et le Yémen. Des mesures ont été prises en vue de la définition d'une stratégie de l'OMS pour réduire la charge du mycétome.

## **Vaccins et vaccination**

En 2016, la moyenne régionale pour la couverture par la troisième dose du vaccin antidiphthérique-antitétanique-anticoquelucheux (DTC3) était estimée à 80 %, contre 79 % en 2015. Tandis que 14 pays ont maintenu la réalisation de la cible d'une couverture supérieure ou égale à 90 % pour le DTC3 (estimations OMS-UNICEF, 2016), la couverture estimée par le DTC3 a légèrement augmenté en République arabe syrienne, passant de 41 % en 2015 à 42 % en 2016. On estime à 3,7 millions le nombre d'enfants n'ayant pas pu recevoir le DTC3 en 2016, et 92 % d'entre eux se trouvaient dans six pays en situations d'urgence (Afghanistan, Iraq, Pakistan, République arabe syrienne, Somalie, Soudan et Yémen).

Douze pays ont atteint une couverture supérieure ou égale à 95 % pour la première dose du vaccin à valence rougeole (MCV1), contre 10 pays en 2015, et 21 pays ont fourni une deuxième dose systématique du vaccin antirougeoleux (MCV2) à des degrés variables de couverture. La surveillance des cas de rougeole en laboratoire a été mise en place dans tous les pays. Vingt pays disposent d'une surveillance des cas à l'échelle nationale, et deux pays (Djibouti et la Somalie) effectuent une surveillance sentinelle. Quatorze pays ont rapporté une très faible incidence de la rougeole (moins de cinq cas pour un million d'habitants), et quatre d'entre eux ont maintenu une incidence zéro et sont fins prêts pour la vérification de l'élimination.

Eu égard aux nouveaux vaccins, Djibouti et l'Iraq ont introduit avec succès le vaccin antipoliomyélitique inactivé en 2016. L'élimination du tétanos maternel et néonatal a été validée par l'OMS dans la province du Punjab au Pakistan. Djibouti, le Soudan et le Yémen ont mis à jour leurs plans pluriannuels globaux.

En 2016, un soutien technique a été apporté aux pays ayant une faible couverture de façon à intensifier les activités de proximité, de mettre en œuvre des campagnes d'accélération et de maintenir la chaîne du froid, ainsi que les capacités de gestion des vaccins. L'Afghanistan a élaboré un plan pluriannuel global a a planifié des examens programmatiques complets. Le Pakistan s'est concentré sur l'amélioration de la qualité des données, la République arabe syrienne sur la vaccination multi-antigènes supplémentaire, Oman sur l'amélioration de la gestion des vaccins, et le Qatar sur la micro-planification pour une campagne de vaccination par le vaccin antirougeoleux-antiourlien-antirubéoleux (ROR).

Le soutien futur aux États Membres s'est concentré sur l'augmentation de la couverture vaccinale ; sur l'amélioration de la chaîne d'approvisionnement, de la qualité des données et de la surveillance des maladies à prévention vaccinale ; sur la mise en place de campagnes contre la rougeole ; et sur la création de commissions régionales chargées de la vérification de l'élimination de la rougeole/rubéole et de l'hépatite B. Le Groupe consultatif technique régional pour la vaccination systématique sera reconstitué en 2017.

L'évaluation, l'homologation, le contrôle et la surveillance des vaccins et d'autres produits médicaux biologiques constituent des défis majeurs pour les autorités nationales de réglementation dans la Région. L'OMS fournit un appui aux pays dans le renforcement des fonctions de réglementation requises, par exemple au moyen de séminaires-ateliers d'évaluation (cinq pays) et d'opportunités de formation mondiales sur la qualité des vaccins pour les spécialistes de la réglementation dans les pays producteurs de vaccins et les pays soutenus par le Cadre de préparation en cas de grippe pandémique. La procédure d'enregistrement collaborative de l'OMS pour les vaccins présélectionnés par l'OMS a été introduite afin d'accélérer le processus d'enregistrement par les autorités de réglementation nationales. Un soutien a été fourni aux pays en vue d'améliorer la pharmacovigilance et la surveillance des manifestations postvaccinales indésirables.

## **Résistance aux antimicrobiens**

En septembre 2016, tous les chefs d'État de l'Assemblée générale des Nations Unies ont renouvelé leur engagement politique pour la mise en œuvre du Plan d'action mondial pour combattre la résistance aux antimicrobiens. L'OMS a soutenu l'élaboration de plans d'action nationaux sur la résistance aux antimicrobiens et a identifié une liste d'experts dans les domaines pertinents de la santé humaine et animale afin d'assister les pays dans cet exercice. Un appui technique a été fourni à six pays afin de mettre au point un système national de surveillance de la résistance aux antimicrobiens. Des protocoles pour les enquêtes de prévalence des infections associées aux soins ont été testés dans deux pays.

La réponse à la résistance aux antimicrobiens est mise en difficulté par le manque de collaboration intersectorielle efficace, par la fragmentation de la planification et de la mise en œuvre, par la faiblesse des capacités de laboratoire en matière de dépistage au niveau national, par un manque d'informations fiables sur la charge de la résistance aux antimicrobiens et par des ressources financières limitées. L'OMS continuera de soutenir les pays dans l'élaboration et la mise en œuvre de plans d'action nationaux contre la résistance aux antimicrobiens, ainsi que dans la mobilisation de ressources domestiques et internationales. Les pays doivent intégrer le système de surveillance mondial pour la résistance aux antimicrobiens et commencer à soumettre des rapports à la plate-forme mondiale de surveillance de la résistance aux antimicrobiens.

## **Laboratoires de santé publique**

En octobre 2016, la soixante-troisième session du Comité régional a approuvé les cadres stratégiques pour le renforcement des services de laboratoire de santé 2016-2020, et pour la sécurité hématologique et la disponibilité du sang 2016-2025. Ces cadres constituent une base

solide pour le renforcement des systèmes de laboratoire et des services de transfusion sanguine à travers la Région, et permettront de guider les efforts des États Membres dans la fourniture de services de haute qualité, équitables et abordables sur le long terme.

Tous les pays ont été soutenus à travers l'année 2016 de façon à permettre la mise en œuvre des cadres stratégiques, certains pays bénéficiant d'un appui sur la base de leurs besoins spécifiques. Six pays ont reçu un appui renforcé dans le domaine de la sûreté/sécurité biologique et la gestion des risques biologiques ; au moins quatre pays ont bénéficié d'un soutien pour l'élaboration de cadres nationaux de réglementation pour les services de laboratoire, la mise en œuvre de systèmes de gestion de la qualité et la mise en place de mécanismes d'accréditation des laboratoires ; et 11 pays ont reçu divers types de soutien pour renforcer leurs laboratoires pour la surveillance de la résistance aux antimicrobiens. L'OMS continuera de fournir des orientations et un soutien complets pour la mise en œuvre des cadres stratégiques, en mettant l'accent sur le renforcement du leadership et de la gouvernance des services de laboratoire et d'hématologie, la mise en place de réseaux nationaux et régionaux d'orientation-recours pour les laboratoires, le renforcement des systèmes de gestion de la qualité et du risque biologique, l'amélioration de la gestion des donneurs de sang, et la mise en place de systèmes d'hémovigilance.

## **Sécurité transfusionnelle**

Du fait des traumatismes liés à la violence et aux conflits, la demande de sang et de produits sanguins a augmenté dans les pays touchés par des situations d'urgence humanitaire. Dans ces pays, les systèmes de santé ont été affaiblis ou détruits et les agents de santé fournissent des services de santé dans des zones d'insécurité et dans des circonstances difficiles, ce qui rend la fourniture de ces produits salvateurs compliquée. Une évaluation extensive de la situation de la transfusion sanguine durant les urgences humanitaires a été réalisée, suivie par une consultation régionale qui a convenu de recommandations, dont l'intégration des services de transfusion sanguine dans le processus global national de préparation et de riposte aux situations d'urgence, la collecte et la diffusion d'informations mises à jour sur les facteurs qui affectent les services de transfusion sanguine durant les urgences humanitaires, la fourniture d'une aide technique et financière pour soutenir la transfusion sanguine, les mécanismes de renforcement pour la coordination et la collaboration entre les différentes parties, et la mise en place d'un système régional de services de transfusion en situations d'urgence et l'expertise gestionnaire.

Friday 19th of April 2024 08:04:50 PM