Organisation mondiale de la Santé

SOIXANTE-DIXIÈME ASSEMBLÉE MONDIALE DE LA SANTÉ **A70/9**
Point 12.1 de l'ordre du jour provisoire **10 avril 2017**

Situations d'urgence sanitaire

Action de l'OMS dans les situations d'urgence graves et de grande ampleur

Rapport du Directeur général

1. Le présent rapport est soumis pour faire suite à la demande formulée par le Conseil exécutif dans la résolution EBSS3.R1 (2015).[1] Il fournit des informations sur toutes les urgences de santé publique de portée internationale, les situations d'urgence classées de niveau 3 par l'OMS et les situations d'urgence déclarées de niveau 3 par le Comité permanent interorganisations des Nations Unies pour lesquelles l'OMS a pris des mesures entre le 1er janvier et le 1er octobre 2016. Il présente en outre un bilan actualisé de l'action de l'OMS dans les situations d'urgence de niveau 2. Une version précédente du présent rapport a été étudiée par le Conseil exécutif à sa cent quarantième session en janvier 2017.[2]

2. Pendant la période considérée, l'OMS est intervenue dans des situations d'urgence majeures dans 47 pays, zones et territoires, dont 31 situations d'urgence aiguës (voir l'annexe 1) et 19 situations d'urgence prolongées (à la fois aiguës et prolongées pour 4 pays). Cinq situations d'urgence aiguës ont été classées de niveau 3, soit le niveau de gravité le plus élevé selon le Cadre d'action d'urgence de l'OMS et l'approche de gestion des incidents adoptée récemment, ce qui signifie que la riposte requiert une importante mobilisation à l'échelle de l'Organisation : les crises humanitaires complexes en Iraq (classée en août 2014), en République arabe syrienne (y compris la Jordanie, le Liban et la Turquie, classée en janvier 2013), au Soudan du Sud (classement revu en février 2015) et au Yémen (classement revu en juillet 2015) ; et l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest (classée en juillet 2014, désactivée en juin 2016). Pendant la période considérée, l'action visant à répondre à la flambée de maladie à virus Ebola a consisté essentiellement en activités de gestion des risques liées à la persistance du virus chez les survivants ; en conséquence, les informations détaillées ne sont données que brièvement.

3. L'OMS a déclaré une nouvelle situation d'urgence de niveau 3 entre janvier et octobre 2016 : la crise humanitaire qui s'aggrave au Nigéria (classée initialement de niveau 2 en avril 2015 puis au niveau supérieur en août 2016). Il s'agit de la première urgence classée de niveau 3 depuis la mise en

[1] Résolution EBSS3.R1 (2015) sur Ebola : Enrayer la flambée actuelle, renforcer la préparation à l'échelle mondiale et veiller à ce que l'OMS ait les capacités de se préparer et de riposter, dans l'avenir, à des flambées de grande ampleur et à des situations d'urgence ayant des conséquences sanitaires.

[2] Document EB140/7 ; voir aussi les procès-verbaux de la cent quarantième session du Conseil exécutif, deuxième séance, section 3, et troisième séance, section 3 (en anglais seulement).

place du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire. Sur la base des protocoles intérimaires de l'OMS relatifs à l'évaluation des risques, au classement des situations d'urgence et à la gestion des incidents, le système de gestion des incidents de l'Organisation a été activé, ce qui s'est traduit par le déploiement d'un gestionnaire des incidents et de membres du personnel chargés de remplir les 6 fonctions essentielles du système de gestion des incidents dans le pays et de mettre en place les mesures essentielles comme le prévoit le projet de guide pour les situations d'urgence.

4. À l'exception de la situation d'urgence complexe au Nigéria et de la flambée de maladie à virus Ebola, toutes les situations d'urgence de niveau 3 ont aussi été classées par le Comité permanent interorganisations des Nations Unies comme des situations d'urgence de niveau 3 à l'échelle du système. Pour le Soudan du Sud, le classement au niveau 3 par le Comité permanent interorganisations des Nations Unies a été désactivé en mai 2016, bien que l'OMS et plusieurs autres partenaires des Nations Unies aient maintenu leurs propres classements internes au niveau 3, en s'appuyant sur les évaluations de l'étendue, de l'urgence et de la complexité de la situation, ainsi que des capacités et du risque pour la réputation de l'Organisation. Au moment où le présent rapport est rédigé, l'OMS poursuit actuellement son action pour faire face à 5 situations d'urgence de niveau 3 (voir le tableau ci-après).

Tableau. Résumé de l'activation par l'OMS des situations d'urgence de niveau 3 au cours de la période considérée

Pays/Région	Date d'activation du niveau 3	Situation actuelle
Afrique de l'Ouest – Épidémie d'Ebola, Région africaine	26 juillet 2014	Urgence désactivée les 1er et 9 juin 2016
Iraq, Région de la Méditerranée orientale	12 août 2014	Urgence en cours
Nigéria, Région africaine	18 août 2016	Urgence classée au niveau supérieur
République arabe syrienne, Région de la Méditerranée orientale	3 janvier 2013	Urgence en cours
Soudan du Sud, Région africaine	12 février 2014	Urgence en cours
Yémen, Région de la Méditerranée orientale	1er juillet 2015	Urgence en cours

5. Le 1er février 2016, le Directeur général a déclaré que le groupe récent de cas de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques signalés au Brésil, faisant suite à un groupe similaire de cas en Polynésie française en 2014, associés à la flambée de l'infection à virus Zika, constituait une urgence de santé publique de portée internationale, et l'OMS l'a classé situation d'urgence de niveau 2. Par l'intermédiaire du système de gestion des incidents, les experts techniques et les réseaux d'experts de l'OMS ont été intégrés à l'action – une large gamme d'interventions allant de la santé de la mère et de l'enfant, de la santé reproductive et de la lutte antivectorielle à la recherche et développement de produits.

6. L'OMS est également intervenue pour répondre aux besoins de santé des populations touchées dans 16 autres situations d'urgence de niveau inférieur (voir annexe 2) : catastrophes naturelles en Équateur et aux Fidji ; situations d'urgence de santé publique en Angola, au Brésil, en Éthiopie et en République démocratique du Congo ; et conflits et/ou déplacements de population liés à ceux-ci au Cameroun, en Lybie, au Mali, au Niger, au Nigéria, en République centrafricaine, en République-Unie de Tanzanie et en Ukraine.

7. L'OMS fait également face à des crises prolongées dans 19 pays, zones et territoires : Afghanistan, Cisjordanie et Bande de Gaza, pays de la Corne de l'Afrique (Djibouti, Érythrée et Éthiopie), Myanmar, Pakistan, République démocratique du Congo, Sahel (Burkina Faso, Cameroun, Gambie, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, Sénégal et Tchad), Somalie et Soudan.

8. Toutes les nouvelles situations d'urgence ont été gérées par l'intermédiaire du système de gestion des incidents de l'OMS, qui a permis la mise en place rapide des structures de gestion des incidents au niveau du pays, des Régions et du Siège, en fonction des besoins. Ces structures ont été financées par des fonds débloqués en l'espace de 24 heures par le fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence. Au cours des 9 premiers mois de 2016, US $15,8 millions ont été versés par le fonds de réserve pour apporter un soutien accéléré à l'action de l'OMS face à la flambée de maladie à virus Zika ; à la crise humanitaire dans le nord-est du Nigéria ; à la flambée de choléra en République démocratique du Congo ; aux répercussions pour la santé publique du phénomène El Niño en Papouasie-Nouvelle Guinée ; au conflit en Libye ; aux flambées de fièvre jaune en Angola, en Ouganda et en République démocratique du Congo ; à la riposte face à la situation d'urgence de niveau 2 en Éthiopie ; aux conséquences du cyclone tropical Winston aux Fidji ; et à la lutte contre le choléra au Yémen.

ACTION DE L'OMS DANS LES SITUATIONS D'URGENCE DE NIVEAU 3

Iraq

9. Depuis juin 2014, la crise humanitaire en Iraq a touché plus d'un tiers de la population du pays et déplacé environ 4 millions de personnes. Près de 7,8 millions de personnes ont besoin d'une assistance sanitaire. Dans 4 des zones les plus gravement touchées du pays – Al Anbar, Ninewa, Salah Aldin et Diyala –, 14 hôpitaux et plus de 170 centres de santé ont été endommagés ou détruits. Les services de santé, la protection, le logement, l'approvisionnement en produits alimentaires et en eau et l'assainissement sont des besoins prioritaires alors que la violence et les déplacements de population continuent d'exacerber une situation humanitaire extrêmement difficile dans tout le pays.

10. En septembre 2016, l'OMS avait fourni 500 kits sanitaires d'urgence interinstitutions, 118 kits interinstitutions de lutte contre les maladies diarrhéiques, 68 kits de traumatologie et 11 kits de chirurgie, et organisé 902 000 consultations.

11. L'OMS et ses partenaires du Groupe sectoriel pour la santé ont continué à soutenir le Ministère iraquien de la santé et les directions de la santé dans le domaine des services de soins de santé primaires en achetant et livrant des dispensaires et caravanes mobiles, en mettant en place et équipant les dispensaires dans les camps de personnes déplacées et les zones devenues accessibles. Ils ont aussi apporté leur soutien aux services d'orientation-recours, y compris par l'achat d'ambulances et d'unités de soins mobiles secondaires, en reliant les services aux sites de réception, par la formation, et l'analyse spatiale des services d'orientation disponibles.

12. L'OMS a appuyé l'amélioration de la lutte contre les maladies infectieuses, y compris le dépistage et la riposte aux flambées, la vaccination d'urgence, un système solide d'alerte rapide et d'intervention reliant 121 sites de notification en activité, et le renforcement du Programme élargi de vaccination. L'OMS met en place un mécanisme pour signaler les problèmes concernant la protection des agents de santé moyennant la création du système de suivi des événements portant atteinte au fonctionnement et à l'utilisation sans risque des services de santé, qui permet de suivre les agressions et les attaques visant le personnel et les établissements de santé.

13. L'OMS et ses partenaires ont fourni un ensemble essentiel de services de santé aux populations nouvellement déplacées à la suite des opérations militaires de grande envergure dans les gouvernorats d'Al Anbar, de Salah Aldin et de Ninewa.

14. L'OMS et ses partenaires ont également aidé les autorités sanitaires locales dans les domaines suivants : les établissements de soins de santé primaires fixes dans les camps installés ; les dispensaires dans les implantations sauvages et les zones venant d'être libérées ; et les dispensaires mobiles dans les nouvelles zones de déplacement des populations (18 équipes mobiles et une flotte de 47 dispensaires mobiles gérés par des organisations non gouvernementales et des directions de la santé).

15. L'opération humanitaire de Mossoul sera sans doute la plus importante et la plus complexe de 2016. On s'attend à ce que 1,5 million de personnes supplémentaires fuient Mossoul maintenant que les opérations militaires ont été engagées.[1] L'OMS et ses partenaires ont établi un plan d'intervention, et le Bureau de la coordination des affaires humanitaires (Nations Unies) a lancé un appel éclair pour répondre aux besoins. Les interventions sanitaires comprendront notamment des campagnes de vaccination contre la rougeole et la poliomyélite, la fourniture des soins primaires, des soins secondaires et des services de santé reproductive, les soins des blessures/traumatismes et l'orientation-recours des cas difficiles. Des services médicaux seront fournis aux victimes de violence sexuelle.

16. Assurer la continuité des soins dans toutes les situations en Iraq reste un défi majeur du fait des déficits de financement. En 2016, selon le Plan d'aide humanitaire de 2016 pour l'Iraq, un montant de US $83 739 344 était demandé pour les partenaires du Groupe sectoriel pour la santé ; moins de 50 % de ce financement a été obtenu. Au moment où le présent rapport est rédigé, l'OMS a reçu US $24,1 millions (88,2 %) sur les US $27,3 millions demandés par l'intermédiaire du Plan et US $13,4 millions (67 %) sur les US $20 millions demandés par l'intermédiaire de l'appel éclair pour Mossoul.

Nigéria

17. Depuis 2009, la situation dans le nord-est du Nigéria est caractérisée par l'instabilité et l'insécurité, ce qui a conduit au déplacement de 2,2 millions de personnes à l'intérieur du pays. Du fait de la crise, la plupart des établissements et infrastructures de santé ont été endommagés, et de nombreux agents de santé ont été tués ou kidnappés, tandis que d'autres ont fui. En conséquence, selon les estimations, 3,7 millions de personnes dans le nord-est du pays ont un accès limité voire aucun accès aux services de santé primaires de base. Lorsque les opérations militaires ont permis d'améliorer l'accès aux zones auparavant inaccessibles, les évaluations rapides ont révélé des taux de mortalité et des niveaux de malnutrition supérieurs aux seuils d'urgence. Le Gouvernement nigérian a déclaré l'état d'urgence dans 3 États : Borno, Yobe et Adamawa. Le 18 août 2016, l'OMS a déclaré que cette crise constituait une situation d'urgence de niveau 3.

18. À la suite de cette déclaration, un système de gestion des incidents a été mis en place à Maiduguri, dans l'État de Borno. Un centre d'opérations d'urgence a été doté d'une équipe initiale de 20 membres du personnel recrutés sur le plan international et 10 membres du personnel recrutés au niveau national. Le bureau de pays de l'OMS à Abuja a été étoffé et US $2,1 millions ont été débloqués à partir du fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence, tandis que des efforts ont été entrepris pour mobiliser des ressources. Une étroite collaboration avec l'équipe chargée de

[1] Les opérations militaires ont commencé le 17 octobre 2016.

l'éradication de la poliomyélite a permis de mener des campagnes massives de vaccination d'urgence. Toutefois, du fait des contraintes liées à l'insécurité et de l'accès limité, il n'est pas possible de prendre pleinement la mesure des besoins et les chiffres risquent d'augmenter considérablement lorsque davantage de zones deviendront accessibles. La coordination des partenaires du secteur de la santé est présidée par le Ministère de la santé et coprésidée par l'OMS, qui apporte son soutien à 17 partenaires dans le domaine de la santé.

19. L'OMS a pour objectif immédiat de réduire les taux élevés de mortalité et de morbidité évitables. L'Organisation travaille étroitement avec le Gouvernement, en axant ses efforts sur l'État de Borno où 800 000 personnes dans les zones libérées récemment ont un besoin d'aide vital. Les activités consistent à mener des évaluations rapides des établissements de santé existants, à assurer des services de santé essentiels et à former des agents de santé communautaires. L'OMS contribue aux activités de sensibilisation dans les zones les plus difficiles d'accès ; les équipes fournissent des services de santé intégrés y compris la vaccination systématique, la vermifugation, le dépistage et le traitement des maladies, et le dépistage de la malnutrition aiguë sévère.

20. Trois kits sanitaires d'urgence interinstitutions ont été achetés et prépositionnés au Ministère de la santé de l'État de Borno puis distribués à diverses communautés. Dix kits supplémentaires ont été commandés en septembre 2016. Des plans sont élaborés actuellement pour vacciner 1,6 million d'enfants contre la rougeole dans le cadre d'une campagne de masse.

21. L'OMS et le Ministère de la santé de l'État de Borno ont aussi mené une évaluation de la disponibilité des services de santé dans les zones administratives locales qui accueillent la majorité des populations déplacées ; les conclusions ont été utiles pour prendre les décisions sur l'introduction du système d'alerte précoce. L'OMS a également fourni un soutien technique au Ministère de la santé de l'État de Borno pour mettre en place une chaîne d'approvisionnement solide. Pour ce faire, des équipes opérationnelles et logistiques ont été déployées pour renforcer les capacités du centre d'opérations d'urgence dans l'État.

22. Trois cas de paralysie poliomyélitique due au poliovirus sauvage de type 1 ont été détectés dans l'État de Borno, les premiers cas au Nigéria depuis 2014.[1] Une riposte régionale à la flambée dans le nord-est du Nigéria a été lancée moyennant des activités de vaccination supplémentaire de grande envergure. Le Gouvernement du Nigéria a déclaré que la flambée constituait une urgence de santé publique de portée nationale, et les Gouvernements du Cameroun, du Niger, de la République centrafricaine et du Tchad ont déclaré que la situation constituait une urgence de santé publique de portée régionale pour les pays de la sous-région du lac Tchad.

23. De janvier à juin 2016, l'OMS, le Ministère nigérian de la santé et leurs partenaires dans le domaine de la santé ont soutenu la prestation de services de santé vitaux à 1,44 million de personnes ; à la fin d'août 2016, près de 2,7 millions de personnes avaient bénéficié de soins. Plus de 83 000 enfants âgés de 9 à 59 mois ont été vaccinés contre la rougeole et 1,7 million d'enfants contre la poliomyélite. La surveillance des flambées de maladie a été renforcée : le nombre des sites de notification est passé de 18 à 56 en août 2016. Plus de 200 centres de santé reçoivent des médicaments et du matériel essentiels, et les équipes médicales mobiles ont pu atteindre 500 000 personnes. Les besoins dépassent actuellement les capacités ; certains partenaires sont prêts à mobiliser davantage de membres de leur personnel, mais les procédures d'enregistrement et les contraintes budgétaires sont un obstacle. Les lacunes en matière de financement et d'accès représentent une difficulté majeure.

[1] Voir le document EB140/13, paragraphes 3 et 12.

24. En septembre 2016, l'OMS avait reçu US $350 000 (7 %) des US $5 031 200 demandés, et le Groupe sectoriel pour la santé US $6,6 millions (27 %) sur les US $24 748 290 requis. L'OMS demande environ US $13 millions pour les 16 prochains mois. La crise et ses conséquences touchent aussi les pays frontaliers – le Cameroun, le Niger et le Tchad – et une approche sous-régionale s'impose.

Soudan du Sud

25. Au Soudan du sud, les besoins ont rapidement augmenté du fait de menaces multiples, au nombre desquelles les conflits armés et la violence intercommunautaire, l'effondrement économique, les maladies et les dérèglements climatiques. La résurgence de la violence en juillet 2016 s'est traduite par un afflux de populations sur les sites de protection des civils, en particulier à Juba et Wau. Depuis décembre 2013, près de 2,3 millions de personnes ont été forcées de fuir leur foyer, 197 000 ont trouvé un abri sur les sites de protection des civils, et sur les 10 anciens États, 8 sont confrontés à l'insécurité et aux difficultés d'accès. Plus de 300 000 réfugiés qui ont fui au Soudan du Sud du fait de conflits dans les pays voisins ont aussi besoin de services de santé.

26. L'insécurité qui règne largement dans les États qui n'étaient auparavant pas touchés par les conflits a aussi rendu nécessaire une action d'urgence. Les États du Bahr el Ghazal du Nord et du Bahr el Ghazal occidental sont dans une situation d'urgence en matière d'insécurité alimentaire (phase 4 du cadre intégré de classification de la sécurité alimentaire) et sont confrontés à un risque croissant de malnutrition aiguë et de taux de mortalité élevés.

27. De janvier à octobre 2016, les flambées de maladies à tendance épidémique, dont le choléra, le paludisme, la rougeole et la leishmaniose viscérale, ont été multiples, ainsi que les cas présumés de fièvre hémorragique virale. Les flambées surviennent alors même que la présence et les capacités des partenaires du Groupe sectoriel pour la santé n'ont jamais été aussi faibles : au 29 septembre, les partenaires n'étaient plus que 29, contre 67 en 2015, la différence résultant des évacuations dues à l'augmentation de l'insécurité plus tôt au cours de l'année.

28. Deux cent trente membres du personnel de l'OMS travaillent au Soudan du Sud. L'Organisation dispose de points focaux dans l'ensemble des 10 États, l'accent étant mis sur les sites de protection des civils. L'OMS dirige le Groupe sectoriel pour la santé et a déployé du personnel de renfort pour soutenir les fonctions du Groupe. Toutefois, le déploiement des renforts s'est ralenti du fait de l'insécurité, tandis que les demandes de services de santé sont en hausse. Lorsque la sécurité et l'accès se seront améliorés, il faudra augmenter le nombre des coordonnateurs du Groupe sectoriel pour la santé au niveau infranational.

29. Les unités techniques d'urgence de l'OMS ont apporté un soutien au Ministère de la santé aux niveaux national et infranational pour renforcer les capacités des services de santé à assurer des interventions efficaces, sûres et de qualité. Cette collaboration a consisté notamment en un renforcement des capacités par les partenaires du Groupe sectoriel pour la santé et leurs homologues au sein du Gouvernement pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte, un soutien continu au système d'alerte et de riposte rapide, et des orientations politiques sur la préparation et la riposte aux situations d'urgence.

30. De janvier à octobre 2016, l'OMS et ses partenaires ont livré des fournitures et médicaments permettant de sauver des vies à plus d'un million de personnes, y compris des fournitures et du matériel chirurgicaux dans 10 établissements de prise en charge des traumatismes et 73 000 doses de vaccin anticholérique oral aux groupes vulnérables. En septembre 2016, les progrès accomplis en ce qui concerne les 12 indicateurs du plan d'aide humanitaire interinstitutions représentaient une

couverture moyenne de 68 % par indicateur ; la couverture de la vaccination d'urgence contre la rougeole des enfants âgés de 6 à 59 mois atteignait 78 %, la cible étant de 80 %.

31. La composante relative au secteur de la santé du Plan d'aide humanitaire a été révisée en milieu d'année pour passer de US $110 millions à US $144 millions. L'OMS a reçu US $4 476 131 (17 %) des US $17,6 millions demandés, et le Groupe sectoriel pour la santé, US $43,3 millions (33 %) sur les US $144 millions dont il a besoin. Une amélioration du financement pour les activités humanitaires essentielles est requise de toute urgence.

République arabe syrienne

32. En République arabe syrienne, en septembre 2016, le nombre de personnes ayant besoin d'une aide humanitaire s'élevait à 13,5 millions, dont 6,6 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays ; 4,8 millions de personnes supplémentaires ont fui vers les pays voisins. Plus de 5,5 millions de personnes se trouvent dans des zones difficiles à atteindre et plus de 800 000 dans des zones assiégées. Les partenaires du Groupe sectoriel pour la santé s'efforcent de répondre aux besoins de 11,5 millions de personnes.

33. Plus de la moitié des établissements de santé du pays sont fermés ou ne fonctionnent que partiellement. Les approvisionnements en eau ont été divisés par trois depuis le début de la crise. Les pénuries d'eau ont atteint des niveaux d'urgence dans certaines zones où le nombre des personnes déplacées est considérable, ce qui a engendré des flambées d'hépatite A. Les programmes de vaccination des enfants sont quasiment à l'arrêt. Près de 3,2 millions d'enfants âgés de moins de 5 ans sont exposés au risque de malnutrition, et quelque 86 000 enfants de moins de 5 ans souffrent de malnutrition aiguë.

34. Près de 1,2 million de personnes ont été blessées depuis le début du conflit. Les obstacles à la prestation des soins sont notamment le nombre élevé de personnes blessées chaque mois (environ 25 000), la destruction des salles d'opération, l'accès limité aux fournitures chirurgicales et aux anesthésiques, l'accès réduit à des produits sanguins sûrs et une grave pénurie de spécialistes des soins de traumatologie.

35. La réadaptation à long terme des patients gravement blessés reste un défi à relever. Il faut de toute urgence améliorer l'accès aux médicaments essentiels pour les personnes atteintes de maladies chroniques. Les services psychosociaux et de santé mentale font grandement défaut ; près de 3 % à 4 % des personnes souffriront certainement de troubles mentaux graves et 20 % de troubles mentaux légers à modérés. En outre, 20 % à 40 % de la population souffre de troubles psychologiques mineurs. Un seul des 3 établissements psychiatriques du pays fonctionne encore et les médicaments psychotropes font défaut.

36. Dans le pays, l'OMS dispose d'un bureau principal à Damas, doté de 90 membres du personnel, et de bureaux subsidiaires à Alep, Hassaké, Homs et Lattaquié ; à cela s'ajoute un réseau de 59 points focaux médicaux dans tout le pays, y compris dans les zones difficiles d'accès. Les opérations transfrontières sont gérées à partir des bases opérationnelles à Gaziantep au sud de la Turquie et à Amman en Jordanie. L'action dans l'ensemble de la Syrie est coordonnée pour le secteur de la santé par une équipe basée à Amman.

37. De janvier à septembre 2016, l'OMS a distribué plus de 8 millions de traitements médicaux dans tout le pays. En octobre 2016, l'OMS et ses partenaires avaient livré des médicaments et des fournitures médicales depuis l'intérieur du pays aux 18 zones assiégées. L'OMS a participé à 53 convois interinstitutions jusqu'aux zones assiégées et difficiles d'accès, livrant ainsi 208 tonnes de

fournitures médicales et sanitaires, soit des quantités suffisantes pour assurer 2 millions de traitements médicaux. Toutefois, des agents des services de sécurité nationale ont confisqué un total de 58 tonnes de médicaments essentiels et de fournitures médicales sur 38 de ces convois.

38. L'OMS a apporté son soutien à deux tournées d'une campagne de vaccination nationale avec de multiples antigènes dans les zones difficiles à atteindre et assiégées. La campagne a été menée malgré une escalade de la violence, en particulier à Alep et dans les zones rurales autour de Damas, et de longues tractations pour obtenir l'approbation des autorités contrôlant ces zones. L'OMS a également soutenu la vaccination de 2,4 millions d'enfants contre la poliomyélite.

39. L'OMS a distribué des médicaments, des fournitures médicales et des kits de traumatologie dans 8 gouvernorats. Elle a établi un plan d'une année pour étendre les services aux personnes handicapées ; assuré le dépistage de la malnutrition chez plus de 293 000 enfants âgés de moins de 5 ans ; formé près de 12 000 agents de santé à des interventions diverses dans le domaine de la santé, de la nutrition et de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène ; et élargi la couverture du système d'alerte précoce et d'intervention à plus de 1100 sites sentinelles. L'OMS a fourni du matériel médical essentiel à Alep, Damas, Hama, Homs, Idlib, Lattaquié, dans les zones rurales autour de Damas et à Tartous. Pour la première fois, des services de santé mentale sont assurés dans plus de 130 centres de santé primaires et secondaires dans 11 gouvernorats.

40. En coopération avec les institutions des Nations Unies, en particulier le HCR, les bureaux de l'OMS dans les pays voisins ont suivi les populations à l'extérieur de la République arabe syrienne. Le bureau subsidiaire de l'OMS à Gaziantep a organisé et mis en œuvre le soutien à partir des zones accessibles uniquement depuis la Turquie. Toutes les fournitures achetées par le bureau de l'OMS à Gaziantep ont été prépositionnées dans le nord de la Syrie et livrées à Alep pour soutenir les services de santé dans 8 hôpitaux.

41. L'OMS et ses partenaires ont multiplié leurs condamnations des attaques visant les agents de santé, des retards dans les évacuations médicales et de la confiscation des médicaments et autres fournitures médicales transportés par les convois. L'OMS donne régulièrement des informations actualisées sur les besoins sanitaires et humanitaires aux membres du Groupe international de soutien pour la Syrie pour contribuer aux négociations politiques et aux négociations de paix. À Gaziantep, le Groupe sectoriel pour la santé a mis sur pied un mécanisme pour signaler systématiquement les attaques visant des agents et des établissements de santé en République arabe syrienne.

42. Au 30 septembre, l'OMS avait reçu 24,6 % des US $155 millions demandés pour les opérations en République arabe syrienne.

Yémen

43. Au Yémen, le conflit qui a éclaté en mars 2015 a eu d'importantes conséquences sur la majeure partie de la population : plus de 21 millions de personnes ont besoin d'aide humanitaire et 10,6 millions sont visées par les interventions sanitaires, dont 3,1 millions de personnes déplacées à l'intérieur du pays. Après que les pourparlers de paix menés en août 2016 ont échoué à mettre un terme au conflit, le nombre des victimes par mois a dramatiquement augmenté, doublant au cours du seul mois d'août. Les infrastructures ont été fortement endommagées ou détruites. Les restrictions imposées aux échanges commerciaux ont entraîné de graves pénuries de carburant, d'aliments et de médicaments.

44. Plus de la moitié des établissements de santé situés dans des gouvernorats où la sécurité n'est pas assurée soit ont cessé de fonctionner, soit ne fonctionnent qu'en partie. Près de 600 des 3507 établissements de santé des 16 gouvernorats ne fonctionnent plus. La plupart des professionnels

de la santé qualifiés ont fui le pays du fait du conflit, créant des lacunes dans la prestation des soins de santé primaires et des soins traumatologiques, chirurgicaux et obstétricaux. En août 2016, le Ministère de la santé publique et de la population a informé l'OMS qu'il n'était plus en mesure de payer les salaires des agents de santé que dans les principaux hôpitaux et établissements de santé, ajoutant ainsi à la désorganisation des services de santé.

45. L'OMS dispose de 62 membres du personnel recrutés sur le plan national et 13 recrutés sur le plan international au Yémen. Outre son bureau principal à Sanaa et un bureau subsidiaire à Aden, l'OMS a renforcé sa présence en installant des bureaux subsidiaires dans les gouvernorats d'Hodeida, d'Hadramout, d'Amran et de Saada, ainsi qu'un autre bureau couvrant les gouvernorats d'Ibb et de Taïz. Le bureau de l'OMS au Yémen a également un bureau de liaison à Amman (Jordanie) et une base logistique dans la ville de Djibouti (Djibouti).

46. L'OMS codirige le Groupe sectoriel pour la santé qui comprend 32 partenaires avec le Ministère de la santé publique et de la population. Malgré la détérioration de la situation sécuritaire, les restrictions d'accès pour l'aide humanitaire et la disponibilité limitée de financement extérieur, l'OMS et ses partenaires ont fait face aux besoins sanitaires accrus de la population en faisant en sorte que les établissements de soins de santé primaires, secondaires et tertiaires continuent de fonctionner, en réouvrant des établissements de santé fermés et en maintenant la chaîne d'approvisionnement en médicaments et la chaîne du froid pour les vaccins.

47. En septembre 2016, l'OMS avait apporté son soutien au Ministère de la santé publique et de la population en achetant et en livrant plus de 475 tonnes de médicaments, de fournitures médicales et de vaccins, en formant et en déployant 22 équipes médicales mobiles (11 avec le Ministère et 11 avec des partenaires) et en soutenant 29 établissements de santé dans 16 gouvernorats. L'OMS a également fourni environ un million de litres de carburant pour maintenir en service 88 hôpitaux. L'OMS et ses partenaires de la santé ont financé le traitement de plus de 2 millions de patients, dont des milliers nécessitant des soins de traumatologie et de chirurgie.

48. En outre, l'OMS a fourni près de 19 millions de litres d'eau potable destinés aux établissements de santé et aux personnes déplacées, et a distribué des fournitures d'hygiène à ces dernières dans tous les gouvernorats touchés. Au total, 4,8 millions des 5,1 millions d'enfants de moins de 5 ans visés (92 %) ont été vaccinés contre la poliomyélite et 92 % de la population visée a été vaccinée contre la rougeole et la rubéole dans les zones à haut risque. Depuis janvier 2016, 12 500 alertes ont été lancées et ont fait l'objet d'enquêtes dans le cadre du système de surveillance des maladies, et un appui a été fourni au Ministère de la santé publique et de la population pour la préparation et la riposte, notamment en mettant en place des plans de lutte contre le choléra et la dengue.

49. En 2016, le Groupe sectoriel pour la santé a demandé US $184 millions, dont US $124 millions pour l'OMS, pour répondre aux besoins de santé de 10,6 millions de bénéficiaires, dont 3,1 millions de personnes déplacées dans le pays. Le déficit de financement de l'OMS au 31 août 2016 était de 65 %. La crise financière actuelle met gravement en péril le fonctionnement des établissements de santé.

FLAMBÉE DE MALADIE À VIRUS ZIKA (URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE)

50. Compte tenu de la poursuite de la propagation du virus Zika et du lien étroit entre l'infection par le virus Zika et une augmentation dans le nombre de cas détectés de malformations congénitales et de complications neurologiques, le Directeur général a déclaré le 1er février 2016 que le groupe de cas de microcéphalie et d'autres troubles neurologiques signalés au Brésil, faisant suite à un groupe similaire

de cas en Polynésie française en 2014, constituait une urgence de santé publique de portée internationale. Au moment où le présent rapport est rédigé, 75 pays, zones et territoires au total ont signalé des flambées de la transmission locale du virus Zika. Le Secrétariat s'attend à ce que le virus Zika continue à se propager, et la transmission est possible dans tous les pays, zones et territoires où les moustiques du genre *Aedes*, qui sont les vecteurs du virus, sont présents.

51. Les experts du Secrétariat ainsi que d'autres experts internationaux ont conclu que l'infection à virus Zika au cours de la grossesse est la cause d'anomalies cérébrales congénitales, dont la microcéphalie. L'infection à virus Zika peut aussi déclencher un syndrome de Guillain-Barré. De plus en plus d'éléments attestent que la transmission sexuelle du virus Zika est possible et plus fréquente qu'on ne le supposait auparavant.

52. Le 1er septembre 2016, le Directeur général a convoqué la quatrième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la microcéphalie, d'autres troubles neurologiques et le virus Zika. Sur la base de l'avis rendu par le Comité, le Directeur général a déclaré que l'urgence de santé publique de portée internationale était maintenue.[1] Le Comité a recommandé au Directeur général d'envisager d'élaborer un plan approprié sur les infrastructures et la riposte au sein de l'OMS afin d'assurer la coordination et la responsabilisation à long terme.

53. Le Secrétariat encourage les États Membres à continuer à signaler les cas d'infection à virus Zika, de syndrome congénital de l'infection à virus Zika et de syndrome de Guillain-Barré pour contribuer à une meilleure compréhension au niveau mondial de la circulation du virus Zika, y compris des lignées et des souches du virus, et du lien de cause à effet. Le Secrétariat continue d'élaborer et d'actualiser les orientations sur tous les aspects de la préparation et de la gestion de l'action face à l'infection à virus Zika.

54. L'OMS et ses partenaires ont lancé un plan révisé de riposte stratégique au virus Zika, couvrant la période de juillet 2016 à décembre 2017, pour guider l'action internationale. Le plan révisé met davantage l'accent sur la prévention et la prise en charge des complications médicales dues à l'infection à virus Zika et l'expansion des capacités des systèmes de santé.

55. Le Bureau régional des Amériques requiert US $39,6 millions pour mettre en œuvre le cadre de riposte stratégique pour la période de juillet 2016 à décembre 2017. Bien que le financement ait été limité pendant les 5 premiers mois de la riposte, au 29 septembre le Bureau régional des Amériques avait mobilisé US $21,5 millions auprès de 12 donateurs pour la riposte mondiale à la maladie à virus Zika, le déficit de financement s'établissant à 46 %. Les sommes obtenues ont permis d'assurer la continuité des activités essentielles et de soutenir la structure du système de gestion des incidents au Siège et dans toutes les Régions. Ces fonds ont en outre permis le remboursement de US $1 million au fonds de réserve OMS pour les situations d'urgence qui avait déboursé US $3,8 millions pour la riposte à la maladie à virus Zika en février 2016. La riposte passant d'une situation d'urgence aiguë à un programme à plus long terme, le financement doit aussi évoluer pour soutenir des programmes d'assistance technique et de développement à plus long terme aux niveaux national et international.

[1] Après la rédaction du présent rapport, le Comité d'urgence a de nouveau examiné les éléments probants lors de sa cinquième réunion, tenue le 18 novembre 2016. Sur la base de l'avis du Comité, le Directeur général a déclaré la fin de l'urgence de santé publique de portée internationale, mais a de nouveau publié les recommandations temporaires.

FLAMBÉE DE MALADIE À VIRUS EBOLA (URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTÉE INTERNATIONALE)

56. Le Directeur général a déclaré terminée l'urgence de santé publique de portée internationale liée à la flambée de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest, conformément au Règlement sanitaire international (2005), le 29 mars 2016. Au total, 28 616 cas confirmés, probables et présumés avaient été signalés en Guinée, au Libéria et en Sierra Leone, le nombre de décès s'élevant à 11 310. Le dernier cas résultant des formes usuelles de transmission interhumaine est survenu en Guinée en octobre 2015 ; le dernier cas attesté associé à la persistance du virus chez les survivants est survenu au Libéria en avril 2016. Le 9 juin 2016, l'OMS a déclaré que la flambée la plus récente de maladie à virus Ebola au Libéria était terminée. L'OMS et ses partenaires continuent à travailler sur les besoins des survivants et sur le renforcement des capacités des 3 pays les plus touchés pour détecter et répondre aux éventuelles flambées futures de maladie à virus Ebola, entre autres.

MESURES À PRENDRE PAR L'ASSEMBLÉE DE LA SANTÉ

57. L'Assemblée de la Santé est invitée à prendre note du présent rapport.

ANNEXE 1

LISTE DES SITUATIONS D'URGENCE AIGUËS/CLASSÉES AU COURS DE LA PÉRIODE CONSIDÉRÉE (1er JANVIER-1er OCTOBRE 2016)

Pays, territoire ou zone/urgence	Type de crise	Date du classement initial	Date de révision du classement	Niveau
Afghanistan	Tremblement de terre	28/10/2015		1
Angola	Flambée de fièvre jaune	12/02/2016		2
Bangladesh	Cyclone tropical Roanu	21/05/2016		1
Cameroun	Conflit/troubles civils	01/04/2015	18/08/2016	2
Cisjordanie et Bande de Gaza	Conflit/troubles civils	13/07/2014 (niveau 2)	10/11/2015	1
Équateur	Tremblement de terre	17/04/2016		2
Éthiopie	Conséquences du phénomène El Niño	18/11/2015		2
Fidji	Cyclone tropical Winston	24/02/2016		1
Guinée	Épidémie d'Ebola	24/03/2014	01/06/2016 (fin du classement)	désactivée
Indonésie	Éruption du Mont Sinabung	22/05/2016		1
Iraq	Conflit/troubles civils	12/08/2014		3
Kenya	Flambée d'affections respiratoires aiguës graves	20/04/2016		1
Libéria	Épidémie d'Ebola	26/07/2014	09/06/2016 (fin du classement)	désactivée
Libye	Conflit/troubles civils	28/08/2014 (niveau 1)	10/12/2015	2
Mali	Conflit/troubles civils	04/02/2013 (niveau 2)	16/10/2015	1
Myanmar	Inondations	12/08/2015		2
Niger	Conflit/troubles civils	01/04/2015	18/08/2016	2
	Flambée de fièvre de la Vallée du Rift	26/09/2016		2
Nigéria	Urgence complexe	01/04/2015 (niveau 2)	18/08/2016	3
Pakistan	Tremblement de terre	28/10/2015		1
	Déplacement de populations	20/06/2014		1

Pays, territoire ou zone/urgence	Type de crise	Date du classement initial	Date de révision du classement	Niveau
Papouasie-Nouvelle-Guinée	Sécheresse liée à El Niño/ insécurité alimentaire	01/09/2015	31/05/2016	1
Philippines	Conflit (Mindanao)	24/10/2013		2
	Typhon Koppu	25/10/2015		1
République arabe syrienne	Conflit/troubles civils	03/01/2013	26/08/2015	3
République centrafricaine	Conflit/troubles civils	13/12/2013 (niveau 3)	03/06/2015	2
République démocratique du Congo	Flambée de choléra	23/06/2016		2
	Flambée de fièvre jaune	27/04/2016		2
	Urgence complexe	20/07/2013		2
République démocratique populaire de Corée	Inondations	12/09/2016		1
République-Unie de Tanzanie	Déplacement de réfugiés	18/05/2015 (niveau 1)	15/12/2015	2
	Flambée de choléra	15/12/2015		2
Sierra Leone	Épidémie d'Ebola	26/07/2014	09/06/2016 (fin du classement)	désactivée
Soudan du Sud	Conflit/troubles civils	12/02/2014	12/02/2015	3
Sri Lanka	Inondations/Glissements de terrain	15/05/2016		1
Thaïlande	Conflit/troubles civils	19/10/2013		1
Ukraine	Conflit/troubles civils	20/02/2013 (niveau 1)	12/02/2015	2
Yémen	Urgence complexe	04/04/2015 (niveau 2)	01/07/2015	3
Flambée de maladie à virus Zika – dans le monde (75 pays)	Urgence de santé publique de portée internationale	20/01/2016		2

ANNEXE 2

ACTION DE L'OMS DANS LES SITUATIONS D'URGENCE DE NIVEAU 2

Le choléra dans la Région africaine

1. Au cours de la période considérée, 13 pays, zones et territoires ont notifié un total cumulé de près de 99 000 cas de choléra et 2000 décès liés au choléra. Trois pays totalisent 87 % de tous les cas de choléra : la République démocratique du Congo (43 %, taux de létalité de 2,5 %), la République-Unie de Tanzanie (27 %, taux de létalité de 1,5 %) et le Kenya (17 %, taux de létalité de 1,3 %). L'augmentation des flambées de choléra en 2016 est sans doute due aux fortes pluies et aux effets d'El Niño dans l'est et le sud de l'Afrique, ainsi qu'aux crises humanitaires au Burundi, en République centrafricaine et au Soudan du Sud, qui entraînent le déplacement de milliers de personnes.

Tableau. Le choléra dans la Région africaine, de juin 2015 à juin 2016

Pays	Début de la flambée	Désactivation/classement à un niveau inférieur de la flambée
Bénin	17 février 2016	Flambée en cours
Burundi	1er août 2016	Flambée en cours
Éthiopie	7 novembre 2015	Flambée en cours
Kenya	1er juin 2015	Flambée maîtrisée
Malawi	18 décembre 2015	Flambée maîtrisée
Mozambique	1er août 2015	Flambée maîtrisée
Nigéria	7 septembre 2016	Flambée en cours
Ouganda	1er octobre 2015	Flambée en cours
République centrafricaine	1er août 2016	Flambée en cours
République démocratique du Congo	20 septembre 2015	Flambée en cours
République-Unie de Tanzanie	21 août 2015	Flambée en cours
Soudan du Sud	1er juin 2015	Flambée en cours
Zambie	4 février 2015	Flambée en cours

2. En réponse aux multiples flambées de choléra, l'OMS et ses partenaires apportent un soutien aux ministères de la santé des différents pays dans les domaines de la coordination, de la surveillance, des capacités de laboratoire, de la gestion des cas, des interventions en matière d'eau, d'assainissement et d'hygiène, de la mobilisation sociale, de la logistique et des fournitures. Des campagnes de vaccination anticholérique par voie orale pour contrer la flambée ont été menées au Cameroun, au Malawi, en République-Unie de Tanzanie et au Soudan du Sud. Une tendance globale à la baisse dans le nombre de cas a été observée dans certains pays, dont le Malawi, le Mozambique, la République-Unie de Tanzanie et la Zambie. L'OMS apporte son appui aux pays pour élaborer des plans pluriannuels multisectoriels et multidisciplinaires pour la préparation et la riposte face au choléra.

3. Il reste difficile de prévenir et de maîtriser le choléra du fait de la faiblesse des systèmes de santé et des capacités inappropriées de préparation et de riposte dans les pays. La mobilisation multisectorielle et interinstitutions qui permettrait de s'attaquer efficacement aux causes profondes du choléra comme d'autres maladies véhiculées par l'eau reste faible. Une collaboration transfrontières est nécessaire pour renforcer la prévention du contrôle et la maîtrise des flambées, en particulier au niveau infrarégional.

République centrafricaine

4. Au cours des 3 dernières années, la République centrafricaine a été le théâtre d'une crise politique majeure, la quasi-totalité de la population étant touchée par un conflit violent. Près de 2,3 millions de personnes, soit plus de la moitié de la population, ont besoin d'aide. Les interventions sanitaires visent 1,1 million de personnes, dont 385 750 personnes déplacées à l'intérieur du pays. Les affrontements armés fréquents font qu'il est extrêmement difficile et risqué d'apporter une aide vitale. L'OMS et ses partenaires soutiennent le Ministère de la santé pour satisfaire les besoins sanitaires des personnes touchées et renforcer les systèmes d'alerte rapide en cas de maladie, de riposte et de lutte contre les flambées et le système de santé.

5. Le Gouvernement a déclaré une épidémie de choléra le 10 août 2016. Entre le 27 juillet et le 30 septembre, 265 cas présumés de choléra, dont 20 décès, ont été signalés dans 6 districts sanitaires limitrophes du fleuve Oubangui. Depuis la semaine 34 (22-28 août), une baisse dans le nombre de cas de choléra a été observée. Les partenaires dans les domaines de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène soutiennent le Ministère de la santé pour renforcer la riposte face à la flambée en intervenant dans les domaines suivants : surveillance des cas et analyses en laboratoire ; prise en charge des cas ; mobilisation sociale ; interventions en matière d'eau, d'hygiène et d'assainissement ; logistique ; et sécurité.

6. En outre, l'OMS et ses partenaires soutiennent la riposte à une flambée d'orthopoxvirose simienne dans le sous-district de Mingala, dans la préfecture de Basse Kotto, où 20 cas, dont 2 décès, ont été signalés entre le 17 août et le 1er octobre.

Équateur

7. Le 16 avril 2016, un séisme de magnitude 7,8 a frappé les zones côtières du nord-ouest de l'Équateur, l'épicentre étant situé à environ 170 km au nord-ouest de la capitale Quito. Six provinces ont subi de graves dommages : Manabí et Esmeraldas en particulier, mais aussi Santa Elena, Guayas, Santo Domingo de los Tsáchilas et Los Ríos. Le Gouvernement équatorien a déclaré l'état d'urgence peu après le tremblement de terre.

8. Le Bureau régional des Amériques/l'OPS a apporté son expertise technique (par exemple en évaluant les hôpitaux au moyen de l'indice OMS de sécurité des hôpitaux et en mettant en place le système de surveillance épidémiologique) et un soutien opérationnel (par exemple pour la coordination et la logistique) dans le cadre de la riposte nationale au séisme, et il/elle aide le Gouvernement équatorien dans sa stratégie de relèvement.

Éthiopie

9. En Éthiopie, plus de 200 000 personnes sont toujours déplacées du fait des inondations et 458 000 personnes sont gravement malnutries à la suite de la sécheresse associée au phénomène El Niño. Dans la seule région d'Oromia, 1635 cas de malnutrition aiguë sévère ont été pris en charge dans les centres de traitement. La région a signalé un total cumulé de 64 143 personnes atteintes de malnutrition aiguë sévère qui ont bénéficié d'un traitement ambulatoire et 7901 patients bénéficiant d'un traitement dans des centres de stabilisation, avec le soutien de l'OMS. Les cas de malnutrition aiguë sévère dans la région d'Oromia représentent 48 % des chiffres nationaux.

10. L'OMS et ses partenaires ont également soutenu l'action face aux flambées de maladies infectieuses dans les régions Amhara et Somali, la prise en charge des cas et les campagnes de vaccination de riposte étant menées par les autorités sanitaires locales. L'OMS soutient le Gouvernement en dirigeant le Groupe sectoriel pour la santé afin d'assurer la coordination de l'action aux niveaux national et infranational.

Libye

11. Au cours des 5 dernières années, la violence, les conflits et l'instabilité se sont répandus sur la quasi-totalité du territoire libyen, plus de 3 millions de personnes – soit environ la moitié de la population du pays – étant touchées ; 435 000 personnes ont fui leur foyer, et 175 000 personnes déplacées à l'intérieur du pays sont confrontées à l'insécurité alimentaire. Le Plan d'aide humanitaire lancé en décembre 2015 a identifié la santé comme la première priorité sur le plan humanitaire. Près de 1,9 million de personnes ont besoin de services de santé ; le Groupe sectoriel pour la santé vise à atteindre 1,2 million de personnes. Selon les informations disponibles, la situation à Syrte s'est aggravée après les récentes opérations militaires qui ont entraîné le déplacement d'environ 90 500 personnes. Les partenaires ont lancé un appel éclair pour les interventions.

12. L'OMS dirige les groupes de travail du secteur de la santé qui sont confrontés à de graves difficultés du fait de la défaillance du système de santé, de l'incapacité de fonctionner de nombreux hôpitaux, de l'absence de ressources financières et du nombre limité des personnels de santé. L'accès aux zones de conflit représente un défi considérable. Néanmoins, l'OMS et ses partenaires ont renforcé la chaîne d'approvisionnement en médicaments et fournitures essentiels et ont été en mesure d'acheter et de fournir des fournitures et des médicaments d'urgence.

13. Outre l'amélioration de l'accès aux médicaments vitaux, l'OMS a mis en place un système d'alerte rapide en cas de maladie s'appuyant sur des tablettes électroniques dans 24 sites sentinelles afin d'atténuer le risque de flambées. Avec l'UNICEF, l'OMS a mené la première campagne de vaccination contre la poliomyélite, qui a permis de vacciner 1,3 million d'enfants de moins de 6 ans, y compris les personnes déplacées dans le pays et les migrants. L'OMS a formé des psychiatres et des psychologues pour assurer la prestation de services de santé mentale à ceux qui en ont besoin.

14. Les membres du personnel national mènent les interventions dans le pays. Les opérations sont gérées à distance depuis la Tunisie du fait des niveaux élevés d'insécurité qui restreignent le déploiement par l'OMS et ses partenaires du personnel international à l'intérieur de la Libye. Sur les US $50,3 millions demandés par l'OMS pour son travail en Libye, US $6,5 millions ont été reçus.

Niger

15. Entre le 2 août et le 22 septembre 2016, 60 cas de fièvre de la vallée du Rift, dont 23 décès, ont été signalés dans le département de Tchintabaraden, dans la région de Tahoua (Niger), soit la première flambée de ce type dans le pays. Le 21 septembre 2016, les autorités sanitaires nigériennes ont déclaré qu'il s'agissait d'une épidémie. Le 26 septembre, l'OMS a classé l'événement au niveau 2. L'OMS a mis en place un système de gestion des incidents et renforce activement l'action face à la flambée, en particulier moyennant des capacités de laboratoire pour le diagnostic de la fièvre de la vallée du Rift. Étant donné que le virus de la fièvre de la vallée du Rift est essentiellement transmis aux humains par les contacts avec le bétail, l'OMS collabore étroitement avec la FAO et l'OIE. Le Bureau régional de l'Afrique a fourni des orientations aux pays voisins, dont le Bénin, le Burkina Faso, le Mali, le Nigéria et le Tchad, afin de renforcer la surveillance et de réduire au minimum le risque de propagation de la maladie.

Ukraine

16. Depuis 2014, le conflit en Ukraine a divisé le pays, touchant 3,1 millions de personnes et en déplaçant près de 3 millions, avec 10 000 décès à ce jour directement liés au conflit. L'OMS a organisé une action de grande envergure en livrant des fournitures médicales pour soutenir les établissements de santé qui ont traité près de 2 millions de personnes, en prenant notamment en charge le traitement spécialisé des affections respiratoires aiguës, le diabète, les maladies diarrhéiques et l'infection à VIH, et les services de chirurgie complexe, d'obstétrique et d'analyses en laboratoire. L'OMS soutient les activités de surveillance des maladies et de riposte ainsi qu'un réseau complet d'unités médicales mobiles pour fournir des services de santé aux personnes déplacées à l'intérieur du pays. L'OMS et ses partenaires travaillent à la mise en œuvre d'une nouvelle stratégie de riposte face à la crise avec une orientation géographique plus forte visant à une évolution des interventions sanitaires humanitaires vers une action dans le cadre d'une crise prolongée, et des contacts sont pris avec les donateurs pour obtenir leur soutien.

La flambée de fièvre jaune en Angola et en République démocratique du Congo

17. Une flambée de fièvre jaune a été signalée pour la première fois en Angola en décembre 2015 et confirmée en janvier 2016. Le nombre de cas a rapidement augmenté et l'OMS a déclaré que l'événement constituait une urgence de santé publique de niveau 2 le 12 février 2016. Au 23 septembre 2016, 16 des 18 provinces d'Angola avaient signalé des cas confirmés avec, au niveau national, un total de 4100 cas présumés, 884 cas confirmés et 121 décès. Des cas importés d'Angola ont ensuite été confirmés en République démocratique du Congo (57 cas), en Chine (11 cas) et au Kenya (2 cas).

18. La République démocratique du Congo a déclaré une flambée de fièvre jaune le 23 avril 2016. Au 23 septembre, le pays avait signalé 2707 cas présumés, 76 cas confirmés et 16 décès. Parmi les cas confirmés, 57 étaient importés d'Angola, 13 étaient des cas autochtones signalés dans 3 provinces (Kinshasa, Kongo central et Kwango), et 6 des cas selvatiques non liés à la flambée.

19. En Ouganda, 51 cas présumés et 7 cas confirmés en laboratoire ont été signalés dans 3 districts : Masaka, Rukungiri et Kalangala. La flambée n'était pas liée à celle qui sévissait en Angola et a été déclarée terminée le 6 septembre. D'autres flambées de fièvre jaune ont été signalées ailleurs : au Pérou avec 59 cas selvatiques confirmés dans les zones d'endémie connues, au Brésil avec un cas selvatique confirmé et en Colombie avec 17 cas selvatiques. Aucune de ces flambées n'a de lien épidémiologique avec la flambée en Angola.

20. Un système de gestion des incidents a été mis en place au Siège de l'OMS et aux niveaux régional et national pour la riposte en Angola et en République démocratique du Congo, et a permis d'élaborer des plans stratégiques et opérationnels conjoints. Les Gouvernements d'Angola et de République démocratique du Congo ont organisé des campagnes de vaccination de masse dans les jours qui ont suivi la déclaration de la flambée. Du fait du nombre limité de doses de vaccin contre la fièvre jaune disponibles, la priorité a été donnée aux districts où le virus circule et/ou il existe un risque élevé d'exportation vers les zones voisines. L'OMS a conseillé à tous les pays frontaliers de l'Angola ou liés au pays de suivre et mettre en œuvre la stratégie selon laquelle une dose de vaccin contre la fièvre jaune confère une immunité à vie pour les voyageurs à destination ou en provenance d'Angola ou des autres pays où la fièvre jaune est endémique. Les pays touchés mettent en œuvre une solide surveillance aux points d'entrée, incluant le suivi du statut des voyageurs au regard de la vaccination et l'offre de vaccination aux voyageurs, le cas échéant.

21. Au 21 septembre 2016, 16 200 820 personnes de 73 districts en Angola avaient été vaccinées, la couverture vaccinale étant de 95 %. La prochaine phase des campagnes de vaccination s'efforcera d'atteindre 2 136 225 personnes dans les 12 districts à haut risque restants. La République démocratique du Congo a organisé des campagnes dans 11 districts dans les provinces du Kongo central et de Kinshasa, où 3 107 488 personnes ont été vaccinées. Les campagnes à Kinshasa et le long de la frontière angolaise visaient 10 474 988 personnes, pour atteindre une couverture vaccinale de 90 % ou plus dans tous les districts. Compte tenu de la pénurie de doses de vaccin contre la fièvre jaune, les personnes qui pouvaient bénéficier de la vaccination à Kinshasa ont reçu une dose fractionnée (0,1 ml), qui confère une immunité pendant au moins une année. Les enfants de moins de 2 ans et les femmes enceintes ont reçu une dose complète. Les personnes qui ont été vaccinées le long de la frontière angolaise ont également reçu une dose complète.

22. La deuxième réunion du Comité d'urgence du Règlement sanitaire international (2005) concernant la fièvre jaune a été convoquée (par téléconférence) le 31 août 2016. Comme lors de la première réunion en mai, le Comité a décidé que les flambées ne constituaient pas une urgence de santé publique de portée internationale, mais il a conclu qu'elles restaient un événement de santé publique grave qui justifiait le maintien des mesures au niveau national et du soutien international. Le Comité a conseillé d'intensifier la surveillance en Angola et en République démocratique du Congo, et d'organiser des campagnes de vaccination préventive en République démocratique du Congo.

23. Les efforts actuels visent à interrompre la circulation du virus et à prévenir la poursuite de la transmission. Les Gouvernements d'Angola et de la République démocratique du Congo planifient actuellement les dernières campagnes de vaccination préventive et en réaction aux flambées dans les districts à haut risque. Les discussions avec les donateurs se poursuivent pour couvrir le coût des vaccins et les coûts opérationnels. Les Gouvernements prévoient d'administrer une dose complète du vaccin à toutes les personnes qui en ont besoin dans l'ensemble des districts.

= = =