

# REUNION DU GROUPE DE TRAVAIL SPECIAL SUR LA SURVEILLANCE INTEGREE DES MALADIES ET RIPOSTE (SIMR), ENTEBBE, OUGANDA

RAPPORT DE REUNION

19 - 22 SEPTEMBRE 2017



Organisation  
mondiale de la Santé  
BUREAU RÉGIONAL DE L'**Afrique**

© Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique

Ce n’est pas une publication officielle de l’Organisation mondiale de la santé. La correspondance sur ces rapports peut être adressée à:

Programme des urgences sanitaires  
Bureau Régional de l’OMS pour l’Afrique  
Boîte postale. 06 Cité du Djoué, Brazzaville, Congo  
Email: afrooutbreak@who.int

Les demandes d’autorisation de reproduire ou de traduire cette publication - que ce soit pour la vente ou pour une distribution non commerciale - doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées et la présentation du matériel dans cette publication n’impliquent aucune expression de quelque nature que ce soit de la part de l’Organisation mondiale de la Santé concernant le statut juridique d’un pays, d’un territoire, d’une ville ou d’une région, ou concernant la délimitation de ses frontières ou limites. Les lignes pointillées sur les cartes représentent des limites approximatives pour lesquelles il n’y a pas encore d’accord complet.

L’Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans cette publication. Cependant, le matériel publié est distribué sans garantie d’aucune sorte, expresse ou implicite. La responsabilité de l’interprétation et de l’utilisation du matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l’Organisation mondiale de la Santé ou son Bureau régional pour l’Afrique ne sera responsable des dommages résultant de son utilisation.



# ABREVIATIONS

|                |  |
|----------------|--|
| AFENET         | Réseau africain d'épidémiologie de terrain                           |
| AFRO           | Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique                              |
| ASC            | Agent de santé communautaire   |
| CDC            | Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique |
| CEDEAO         | Communauté économique des États de l'Afrique de l'Ouest              |
| ECSA-HC        | Communauté sanitaire de l'Afrique orientale, centrale et australe    |
| EEC            | Évaluation externe conjointe   |
| ESP            | Évènement de santé publique  |
| E-Surveillance | Surveillance électronique  |
| FAO            | Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture  |
| FMC            | Formation médicale continue  |
| GHSA           | Programme d'action pour la sécurité sanitaire mondiale               |
| GRC            | Gestion des risques de catastrophe                                   |
| JICA           | Agence japonaise de coopération internationale                       |
| MdS            | Ministère de la Santé  |
| MVE            | Maladie à virus Ébola  |
| OIE            | Organisation mondiale de la santé animale                            |
| OMS            | Organisation mondiale de la Santé                                    |
| OOAS           | Organisation ouest-africaine de la santé                             |
| PANSS          | Plan d'action national pour la sécurité sanitaire                    |
| PHE            | Public Health England  |
| RAA            | Revue après action   |
| RAM            | Résistance aux antimicrobiens  |
| RAPR           | Réseau d'alerte précoce et de riposte                                |
| RISLET         | Réseau intégré régional de surveillance et de laboratoire            |
| RSI            | Règlement sanitaire international (2005)                             |
| SAAPR          | Système d'avertissement, d'alerte précoce et de riposte              |
| SC             | surveillance communautaire   |
| SE             | Surveillance des événements  |
| SIMEX          | Exercice de simulation   |
| SIMR           | Surveillance intégrée de la maladie et riposte                       |
| SMSRAM         | Système mondial de surveillance de la résistance aux antimicrobiens  |
| POS            | Procédures opérationnelles normalisées                               |
| UNICEF         | Fonds des Nations Unies pour l'enfance                               |
| USAID          | Agence des États-Unis pour le développement international            |
| USO            | Urgences sanitaires de l'OMS   |
| VSC            | Volontaire de surveillance communautaire                             |
| WARDS          | Système de Surveillance des Maladies en Afrique de l'Ouest           |

# TABLE DES MATIERES

|  |    |
|--|----|
| INTRODUCTION.....  | 7  |
| 1.1 Contexte.....  | 7  |
| 1.2 Objectifs et résultats escomptés.....  | 7  |
| 1.2.1 Objectif général.....  | 7  |
| 1.2.2 Objectifs spécifiques.....   | 7  |
| 1.2.3 Résultats escomptés .....  | 7  |
| 1.3 Méthodologie de la réunion.....  | 7  |
| CEREMONIE D'OUVERTURE.....   | 8  |
| SEANCES TECHNIQUES.....  | 9  |
| 2.1 Objectif 1: Passer en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de SIMR au cours de la dernière décennie et formuler des recommandations en matière d'interventions prioritaires..... | 9  |
| 2.1.1 Aperçu des stratégies actuelles et nouvelles et cadre pour le renforcement de la préparation dans la Région africaine de l'OMS.....  | 9  |
| 2.1.2 Mise en œuvre du Programme de sécurité sanitaire mondiale dans la Région africaine de l'OMS : principales réalisations, enjeux, défis et perspectives.....   | 9  |
| 2.1.3 Activités de préparation et de riposte dans le contexte de l'approche « Une seule santé ».....   | 10 |
| 2.1.4 : Mise en œuvre de la SIMR : enseignements tirés et prochaines étapes.....   | 11 |
| 2.1.5 surveillance à base communautaire : enseignements tirés et bonnes pratiques.....   | 11 |
| 2.1.6 Surveillance basée sur les événements : enseignements tirés et bonnes pratiques.....   | 12 |
| 2.1.7 Élargissement de la SIMR : enseignements tirés et bonnes pratiques.....  | 13 |
| 2.1.8 Surveillance de la résistance aux antimicrobiens : enseignements tirés et bonnes pratiques.....  | 14 |
| 2.1.9 Investigation épidémies et leur riposte : enseignements tirés et bonnes pratiques.....   | 14 |
| 2.2 Objectif 2: Recommander des mesures pour renforcer les mécanismes de coordination de la SIMR.....  | 15 |
| 2.2.1 Partenariat pour la mise en œuvre de la SIMR.....  | 15 |
| 2.2.2 Partenariats pour le renforcement de la préparation et de la riposte.....  | 15 |
| 2.2.3 Activités de l'OOAS liées à la mise en œuvre de la SIMR et perspectives d'avenir.....  | 16 |

|  |    |
|--|----|
| 2.2.4 Lancement officiel du cours de formation en ligne sur la SIMR.....   | 16 |
| 2.3 Sessions thématiques.....  | 17 |
| 2.4 Objectif 3: Recommander des mesures pour promouvoir l'échange d'informations sur la SIMR entre les institutions et les États Membres participants..... | 21 |
| 2.4.1 Produits d'information et documentation.....   | 21 |
| 2.4.2 Mise en œuvre de la surveillance électronique : enseignements tirés et bonnes pratiques.....   | 23 |
| 2.5 Sessions thématiques.....  | 26 |
| 2.6 Réunion avec les partenaires.....  | 29 |
| 2.6.1 Allocutions d'ouverture.....   | 29 |
| 2.6.2 Déclarations et réactions des partenaires.....   | 32 |
| 2.6.2.1 L'UNICEF.....  | 32 |
| 2.6.2.2 CDC des Etats Unis d'Amérique.....   | 32 |
| 2.6.2.3 USAID.....   | 32 |
| 2.6.2.4 CDC pour l'Afrique.....  | 32 |
| 2.6.2.5 OOAS.....  | 33 |
| 2.6.2.6 FAO.....   | 33 |
| 2.6.2.7 ECSA.....  | 33 |
| 2.6.3 Résumé des recommandations de la réunion des partenaires et perspectives d'avenir.....   | 34 |
| Recommandations aux États Membres :.....   | 34 |
| L'OMS et les partenaires.....  | 35 |
| CEREMONIE DE CLOTURE.....  | 36 |
| REMERCIEMENTS.....   | 38 |
| ANNEXES.....   | 41 |
| Annexe 1 Termes de référence .....   | 42 |
| Annexe 2 Ordre du jour de la réunion.....  | 45 |
| Annexe 3 Liste des participants.....   | 48 |

# RESUME D'ORIENTATION

En 1998, la 48<sup>ème</sup> session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté (par la résolution AFR/RC48/R2), une stratégie en vue de l'élaboration et de la mise en œuvre globale et intégrée de systèmes nationaux de surveillance et de riposte en santé publique.

En octobre 2000, le Directeur régional a mis sur pied un Groupe de travail spécial chargé de formuler des politiques et des conseils stratégiques pour la mise en œuvre de la Surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) dans les États Membres. Le Groupe de travail spécial (Task Force) sur la SIMR est constitué de représentants des États Membres, de l'OMS et des partenaires intervenant dans le domaine de la surveillance des maladies et de la riposte. Entre 2000 et 2005, le secrétariat a organisé les réunions annuelles du Groupe de travail spécial sur la SIMR dont les termes de référence sont :

- Examiner les progrès accomplis chaque année dans la mise en œuvre de la SIMR ;
- Approuver le plan d'action pour la SIMR ainsi que le budget y-afférent sur la base des recommandations du Groupe de travail spécial ;
- Contribuer à la recherche et à la mobilisation de ressources (humaines, matérielles et financières) pour la mise en œuvre de la SIMR dans la Région africaine ;
- Promouvoir l'échange de renseignements sur la SIMR entre les partenaires en temps opportun ;
- Proposer des recommandations au Directeur régional sur les voies et moyens d'améliorer la mise en œuvre de la stratégie de SIMR ;
- Plaider en faveur d'une mise en œuvre accrue de la SIMR.
- 

Le secrétariat a organisé la 6<sup>ème</sup> réunion du Groupe de travail spécial sur la SIMR à Entebbe, Ouganda, du 19 au 22 septembre 2017, mettant ainsi un terme à une période de 15 ans d'inactivité. Cette réunion a pour objectif global de fournir des orientations stratégiques pour l'élargissement de la SIMR dans la Région africaine de l'OMS tandis que ses objectifs spécifiques sont:

- Passer en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie SIMR au cours de la dernière décennie et formuler des recommandations en matière d'interventions prioritaires ;
- Discuter de la mobilisation de ressources techniques et financières nécessaires aux niveaux régional et national, et proposer des stratégies afin de mieux coordonner l'utilisation des ressources de la SIMR ;
- Recommander des mesures pour renforcer les mécanismes de coordination de la SIMR ;
- Promouvoir des mesures visant à favoriser l'échange d'informations sur la SIMR entre les institutions et les États Membres participants.

Cette rencontre avait réuni 65 participants dont : les points focaux SIMR des ministères de la Santé de 41 États Membres ; neuf partenaires (le CDC des États-Unis, l'USAID, la FAO, le CDC Afrique, l'UNICEF, l'AFENET, l'OOAS, ECSA-HC et Public Health England) et 15 experts provenant des trois niveaux de l'OMS (national, régional, et du siège).

Pendant l'ouverture, Madame la ministre de la Santé, a remercié l'OMS pour l'organisation de cette rencontre du Groupe de travail spécial et exprimé sa satisfaction pour la tenue de cette deuxième réunion se tiennent en Ouganda, après celle de 2005. Elle a rappelé l'importance de s'attaquer aux défis qui entravent la mise en œuvre de la SIMR dans la Région africaine. Elle a également souligné que cette réunion offre l'occasion aux différents experts de se pencher sur : i) les mécanismes de coordination ; ii) la collaboration entre les secteurs concernés et les partenaires ; iii) la surveillance transfrontalière ; iv) l'échange d'informations et les bonnes pratiques ; et v) la pérennisation de la mise en œuvre de la SIMR.

Le lancement officiel du cyber-outil didactique que constitue le module de formation en ligne sur la SIMR, a lieu au cours de cette rencontre. Cet outil est accessible via le lien suivant :

Via la Plate-forme de formation sur la sécurité sanitaire de l'OMS

- Étape 1 : Créer un compte à l'aide du lien ci-dessous :
- <https://extranet.who.int/ads/adswebinterface/create.aspx>
- (Retenir son nom d'utilisateur et son mot de passe de façon à pouvoir les retrouver facilement. Vous en aurez besoin pour vous connecter à la plate-forme de formation).



- Étape 2 : Cliquer sur le lien suivant pour accéder au cours en ligne :
- <https://extranet.who.int/hslp/training/course/view.php?id=119>

Via la plate-forme CDC-US

<https://idsr.mlearning.com/cs/onboarding/>

Présentation des rapports pays sur les progrès de la mise en œuvre de la SIMR au cours de la dernière décennie

Les pays suivants ont présenté des exposés sur les bonnes pratiques : Ouganda, Ghana, Madagascar, Libéria, République Démocratique du Congo (RDC), Sierra Leone, Soudan du Sud et Afrique du Sud. Les principaux enseignements tirés sont :

- La mise en œuvre de la SIMR nécessite une approche multisectorielle et une forte collaboration entre tous les intervenants ;
- Un suivi et une supervision permanents sont nécessaires afin d'apporter des mesures correctives rapides et de maintenir la motivation des agents de santé ;
- Le renforcement des capacités est l'épine dorsale de la surveillance intégrée des maladies ;
- L'engagement des pouvoirs publics est essentiel pour parvenir à des résultats durables et efficaces ;
- La participation communautaire à la surveillance de la maladie est essentielle pour une détection précoce des problèmes de santé publique ;
- Une préparation efficace et stratégique est cruciale pour infléchir les taux de morbidité et de mortalité dus aux maladies ;
- Il est nécessaire de renforcer le programme de formation en épidémiologie de terrain (PFET) ;
- Il est important de renforcer les laboratoires et de décentraliser les services de laboratoire grâce au renforcement des ressources humaines à différents niveaux de système de santé ;
- Il convient de mettre en œuvre une surveillance basée sur les événements pour compléter la surveillance basée sur des indicateurs ;
- Une robuste surveillance à base communautaire est nécessaire ;
- Des exercices de simulation sont indispensables afin de tester le fonctionnement des systèmes ;
- La surveillance de la résistance aux antimicrobiens exige la désignation d'un point focal dans ce domaine, la création de structures de confirmation pour les agents pathogènes prioritaires et l'élaboration de normes et de politiques en la matière ;
- Il convient de partager les données relatives à la résistance aux antimicrobiens avec les parties prenantes et les partenaires ;
- Il est nécessaire de diffuser les produits d'information sur la surveillance et la riposte.

#### Exposés des représentants de l'OMS et des partenaires

L'OMS/AFRO a présenté une vue d'ensemble des éléments ci-après :

- Les stratégies et cadres déjà en place pour le renforcement de la préparation dans la Région africaine de l'OMS ;
- Partenariat pour la mise en œuvre de la SIMR : Leçons tirées de l'Évaluation Externe Conjointe (EEC) du RSI.

Le CDC pour l'Afrique a présenté sa vision et son mandat qui consistent à :

- Contribuer aux objectifs de paix, de sécurité et d'intégration socio-économique et politique en Afrique ;
- Promouvoir et défendre les intérêts de l'Afrique ainsi que des institutions démocratiques, la bonne gouvernance et le respect des droits de l'homme.

L'OOAS quant à elle, a présentée ses initiatives en matière de mise en œuvre de la SIMR :

- Activités SIMR axées sur le Projet régional de renforcement des systèmes de surveillance des maladies (West Africa Regional Disease Surveillance, WARDS en anglais) en Afrique de l'Ouest ;
- Renforcement des capacités par la formation et l'élaboration de plans nationaux de la santé en étroite collaboration avec les partenaires concernés ;
- Réunions transfrontalières pour renforcer la surveillance au niveau des frontières ;



- Nécessité d'un fonds de solidarité régional qui soit rapidement et facilement accessible ;
- Nécessité de mettre sur pied des équipes nationales et régionales capables de réagir sur le champ.

Les recommandations suivantes ont été formulées à l'issue des travaux :

Recommandations à l'endroit des États Membres :

#### Renforcement du système de santé et de la SIMR

- Élaborer un Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS), appliquant une approche multirisques/Une seule santé ;
- Renforcer la mise en œuvre du système de surveillance des événements et de surveillance à base communautaire pour compléter la surveillance basée sur les indicateurs en vue d'une notification rapide et d'une détection précoce des problèmes de santé publique ;
- Investir des ressources nationales dans la mise en œuvre de la SIMR grâce à une allocation de fonds ou une ligne budgétaire à cet effet, ce qui permet d'en garantir la pérennité ;
- Appliquer des méthodes novatrices pour mobiliser les ressources nécessaires à l'élargissement de la SIMR.
- Initiatives transfrontalières, collaboration et coordination intersectorielle
- Mettre en œuvre des cadres et outils pour renforcer la collaboration et la coordination transfrontalières ;
- Mener des activités transfrontalières conjointes en matière de planification, mise en œuvre, suivi et évaluation ;
- Simulations transfrontalières conjointes pour améliorer la surveillance et les capacités de riposte.

#### Renforcement des capacités pour la SIMR

- Introduire la SIMR révisée dans les programmes de formation des institutions de formation sanitaire afin de disposer d'un corpus de ressources humaines formées dans ce domaine ;
- Soutenir la mise en œuvre du programme de cours sur la SIMR et le RSI dans les institutions de formation en santé publique d'ici 2019.

#### Mise en œuvre et pérennité de la surveillance électronique (e-surveillance)

- Élaborer un cadre juridique pour promouvoir l'e-surveillance ;
- Élaborer un cadre de suivi et d'évaluation et les outils de notification pour l'e-surveillance.

#### Élaboration et diffusion des produits d'information

- Établir des politiques relatives aux produits d'information.

#### Indicateurs de performance clé pour la SIMR et le RSI

- Mettre en œuvre une surveillance basée sur les événements à l'aide de la SIMR révisée ;
- Renforcer la coordination ainsi que le suivi et évaluation du RSI.

#### L'OMS et les partenaires

- Achever et diffuser la 3ème édition du Guide et des outils de la SIMR d'ici fin 2018 ;
- Élaborer et diffuser des procédures opérationnelles standard (POS) pour servir de repère aux mécanismes de coordination de la SIMR en tenant compte des approches «tous risques et Une seule santé », d'ici fin 2018.
- Élaborer et promouvoir la mise en œuvre d'un cadre et des outils pour renforcer la collaboration et la coordination transfrontalières, notamment un outil électronique interopérable dans le cadre de l'approche Une seule santé d'ici 2019 ;
- Organiser tous les deux ans une réunion du Groupe de travail spécial sur la SIMR ;
- Diffuser les produits d'information nécessaires pour faciliter l'échange d'informations rapide entre les États Membres et les parties prenantes concernées ;
- Aider les États Membres à élaborer, suivre et évaluer la mise en œuvre des plans d'action nationaux ;
- Établir un mécanisme de coordination des partenariats au niveau régional et sous-régional ;
- Disposer au niveau régional d'un personnel de santé apte à riposter rapidement à des épidémies et des urgences sanitaires.

# INTRODUCTION

## 1.1 Contexte

La stratégie de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR) a été entérinée par les États Membres en septembre 1998 afin de parer aux fréquentes épidémies de maladies évitables dans la Région africaine. La SIMR vise à améliorer la disponibilité et l'utilisation de données pertinentes pour l'action de santé publique à tous les niveaux des systèmes nationaux.

Au cours de ces 20 dernières années, la SIMR a constitué un cadre pour améliorer la surveillance des maladies et les capacités de riposte dans la Région africaine de l'OMS. Dans l'optique de faciliter sa mise en œuvre dans les pays, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique et ses partenaires ont produit un certain nombre de lignes directrices et d'outils offrant aux pays les éléments techniques nécessaires au renforcement de la SIMR à tous les niveaux. Il s'agit notamment du Guide technique pour la SIMR 2010 ; des modules de formation sur la SIMR, du manuel d'analyses des données de district, des indicateurs prioritaires de suivi et d'évaluation, de la surveillance à base communautaire et du manuel de formation de la surveillance à base communautaire.

À ce jour, 44 des 47 États Membres ont adapté le Guide technique pour la SIMR 2010 et 38 d'entre eux ont bouclé tous les processus de mise en œuvre de la SIMR (depuis l'adaptation jusqu'à la formation au niveau du district). Jusqu'ici, 37 pays créent régulièrement des produits d'information épidémiologique. En outre, depuis 2010, plus de 23 567 agents de santé publique ont été formés sur la SIMR. En 2016, 3 720 districts sur plus de 5 579 répartis dans 47 pays ont procédé à des notifications hebdomadaires de données sur les maladies à déclaration obligatoire.

En dépit des progrès réalisés dans le renforcement des systèmes nationaux de surveillance et de riposte de la santé publique, très peu de pays ont mis en place les mécanismes et les ressources nécessaires pour une surveillance intégrée et une riposte rapide aux événements de santé publique. En outre, l'épidémie sans précédent de virus à Ébola en Afrique de l'Ouest et l'épidémie de fièvre jaune de 2016 en Angola et en République Démocratique du Congo ont mis à jour la faiblesse du système de surveillance dans les pays touchés et le manque de préparation aux menaces touchant la santé publique.

Un Groupe de travail spécial sur la SIMR est créé en 2000 afin d'apporter des orientations sur la généralisation de la SIMR. Depuis 2002, l'OMS organise régulièrement des réunions de ce Groupe de travail spécial afin que les partenaires puissent prodiguer des conseils sur la mise en œuvre et les orientations stratégiques de la SIMR. Le Groupe de travail spécial sur la SIMR réunit des représentants des pouvoirs publics ainsi que des institutions et organisations professionnelles qui partagent la vision, les buts et les objectifs de l'OMS en matière de stratégie pour la SIMR. Les réunions du Groupe de travail spécial constituent une occasion pour les partenaires de nouer un dialogue constructif sur les questions liées à la SIMR et de fournir à l'OMS/AFRO conseils, recommandations et

suggestions pour l'orientation de ce programme et sa pérennité. Après la révision du Guide et des outils de la SIMR, le programme d'urgences sanitaires de l'OMS prévoit de réactiver le Groupe de travail spécial sur la SIMR. C'est dans cette optique qu'une réunion du Groupe de travail spécial ainsi qu'une rencontre des partenaires se sont tenues du 19 au 21 septembre 2017 à Entebbe, Ouganda. Cette réunion fut aussi l'occasion de procéder au lancement officiel de la plateforme de formation en ligne (e-learning) sur la SIMR.

## 1.2 Objectifs et résultats escomptés

### 1.2.1 Objectif général

L'objectif global de la réunion était de fournir des orientations stratégiques en vue de la généralisation du Guide et des outils de la SIMR dans la Région africaine de l'OMS.

### 1.2.2 Objectifs spécifiques:

Les objectifs spécifiques sont :

- Passer en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de SIMR au cours de la dernière décennie et formuler des recommandations en matière d'interventions prioritaires ;
- Discuter de la mobilisation de ressources techniques et financières nécessaires aux niveaux régional et national, et proposer des stratégies afin de mieux coordonner l'utilisation des ressources de la SIMR ;
- Recommander des mesures pour renforcer les mécanismes de coordination de la SIMR ;
- Promouvoir des mesures visant à favoriser l'échange d'informations sur la SIMR entre les institutions et les États Membres participants.

### 1.2.3 Résultats escomptés:

Les résultats attendus de la réunion sont :

- Des parties prenantes bien informées sur le Guide technique pour la SIMR et les raisons de sa révision ;
- Un échange sur les enseignements tirés et les bonnes pratiques en matière de mise en œuvre de la SIMR au cours de la dernière décennie ;
- La formulation par les États Membres d'un ensemble de recommandations pour la mise en place de mécanismes efficaces de coordination et des orientations stratégiques pour la mise en œuvre de la SIMR ;
- Une synthèse des recommandations visant à élargir les partenariats et à mobiliser des ressources pour soutenir la mise en œuvre de la SIMR.

## 1.3. Méthodologie de la réunion

La réunion comporte deux volets, une réunion technique de trois jours et une réunion de deux heures réunissant les partenaires. Le partage d'information s'effectue sous forme d'exposés en séances plénières suivis de discussions de groupe.



# CEREMONIE D'OUVERTURE

*Le Dr Anne Nakinsige*, Médecin chef responsable de la surveillance au ministère de la Santé, a présidé la cérémonie d'ouverture, marquée par deux discours, l'un du Dr Jane Ruth Aceng, ministre de la Santé, et l'autre du Dr Mariam Nanyunja, fonctionnaire responsable de l'OMS en Ouganda.

Dans son allocution d'ouverture, *le Dr Jane Ruth Aceng*, a souhaité la bienvenue aux participants et remercié l'OMS d'avoir organisé cette réunion. Elle a exprimé sa satisfaction de constater que, après celle de 2005, cette deuxième réunion du Groupe de travail spécial se tient en Ouganda afin de relever les véritables défis entravant la mise en œuvre de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la Région africaine. En effet, depuis son adoption en 1998, la mise en œuvre de la SIMR se heurte à un certain nombre de défis, en dépit des progrès réalisés. Elle a poursuivi en indiquant que cette réunion offre l'occasion aux différents experts de mieux se pencher sur les mécanismes de coordination, la collaboration entre les secteurs concernés et les partenaires, la surveillance transfrontalière, l'échange d'informations et les bonnes pratiques, et la pérennisation de la mise en œuvre de la SIMR.

*Le Dr Miriam Nanyunja*, fonctionnaire responsable de l'OMS en Ouganda, après avoir souhaité la bienvenue aux participants et a souligné l'importance des objectifs de la réunion, qui s'inscrivent en droite ligne dans la stratégie régionale de sécurité et d'urgences sanitaires. Elle a aussi insisté sur la nécessité de poursuivre les efforts pour permettre aux pays de parvenir à l'indicateur de performance clé, qui vise à s'assurer que plus de 90 % des États Membres mettent en œuvre la SIMR, y compris des

systèmes de surveillance basés sur les événements avec un taux de couverture d'au moins 90 % des pays en 2019. Elle insiste également sur l'importance des recommandations issues de la réunion.

*Le Dr Yoti Zabulon*, au nom du Directeur régional du Programme des urgences sanitaires au Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a débuté les travaux en présentant aux participants les principes et objectifs de la réunion. Il a rappelé l'importance de cette rencontre du Groupe de travail spécial sur la SIMR, resté inactif pendant 15 ans après une dernière réunion en 2005. Il a souligné que le succès de la SIMR passe par un leadership ferme et l'appropriation de la stratégie par les pays. Le Dr Yoti a informé les délégués que l'objectif général de cette réunion du Groupe de travail spécial est de fournir des orientations stratégiques en vue de la généralisation de l'application du Guide et des outils de la SIMR dans la Région africaine de l'OMS. Il a ensuite expliqué également que le nouveau Guide technique pour la SIMR met l'accent sur les approches « multirisques » et « Une seule santé ».

Pour résumer, tous les représentants des organisations internationales qui prenaient la parole lors de la cérémonie d'ouverture ont évoqué le bien fondé et le caractère opportun de cette rencontre. Ils ont ainsi exprimé leur satisfaction quant à la tenue de cette importante réunion et soulignent la pertinence de la mise en œuvre effective et adéquate de la SIMR pour relever les défis actuels liés à la sécurité sanitaire au plan mondial et régional.



# SEANCES TECHNIQUES

Conformément aux objectifs fixés, la première séance technique a permis d'examiner les progrès des pays dans la mise en œuvre de la stratégie de SIMR au cours de la dernière décennie. Les échanges d'expériences ont débouché sur des recommandations pertinentes concernant le renforcement de la coordination de la SIMR au niveau national et l'échange d'informations sur la SIMR entre États Membres et institutions.

Le débat a été précédé par les présentations suivantes : i) aperçu des stratégies actuelles et nouvelles et de la préparation dans la Région africaine de l'OMS ; ii) mise en œuvre de la sécurité sanitaire mondiale dans la Région africaine de l'OMS ; iii) activités de préparation et de riposte dans le contexte de l'approche « Une seule santé » ; iv) partenariat pour la mise en œuvre de la SIMR ; v) partenariat avec le CDC pour l'Afrique pour le renforcement de la préparation et de la riposte ; v) activités de l'OOAS liées à la mise en œuvre de la SIMR et perspectives d'avenir ; vi) mise en œuvre de la SIMR : enseignements tirés, bonnes pratiques et perspectives d'avenir d'après les expériences du Cameroun, de la République démocratique du Congo (RDC), du Ghana, du Libéria, de Madagascar, de la Sierra Leone, de l'Afrique du Sud et du Soudan du Sud.

## 2.1 Objectif 1: Passer en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de SIMR au cours de la dernière décennie et formuler des recommandations en matière d'interventions prioritaires

### 2.1.1 Aperçu des stratégies actuelles et nouvelles et cadre pour le renforcement de la préparation dans la Région africaine de l'OMS

*Le Dr Ali Ahmed Yahaya*, Directeur par intérim du Programme de préparation des pays et du RSI au sein du Programme des urgences sanitaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté un aperçu des stratégies actuelles et nouvelles et de la préparation dans la Région africaine. Il a débuté son exposé en expliquant que la Région enregistre plus de 100 événements de santé publique chaque année. Par conséquent, la mission du

programme des urgences sanitaires de l'OMS consiste à protéger la santé et à sauver des vies lors des épidémies et des urgences sanitaires grâce à l'établissement d'une même structure organisationnelle, au niveau du siège, des bureaux régionaux et des bureaux de pays. En outre, il a souligné que plusieurs stratégies et cadres sont en place au niveau mondial et régional offrant la possibilité de se préparer et de riposter de façon holistique à ces nouveaux événements de santé publique et de mettre en œuvre ces stratégies afin d'améliorer la sécurité sanitaire et la prise en charge des urgences sanitaires dans la Région. Il a souligné également la nécessité cruciale d'adopter les approches suivantes :

- Mise en œuvre de la SIMR, du RSI et de la gestion des risques de catastrophes (DRM) ;
- Mise en œuvre de l'approche « multirisques » et de l'approche « Une seule santé » ;
- Appropriation et leadership par les pays
- Renforcement des partenariats ;
- Promotion de la collaboration intersectorielle.

Le nouveau cadre de suivi et évaluation du RSI fournit un aperçu des stratégies permettant d'évaluer la mise en œuvre des capacités essentielles nationales en matière de santé publique. Le cadre comprend quatre volets : i) rapports annuels à l'Assemblée mondiale de la Santé ; ii) analyse après action ; iii) exercices de simulation (SIMEX) ; et iv) évaluation externe conjointe, qui servira de référence à la formulation du Plan d'action national multisectoriel pour la sécurité sanitaire publique (PANSSP).

Les activités de préparation et de riposte menées dans le contexte de l'approche « Une seule santé » nécessitent une collaboration entre l'OMS, la FAO et l'OIE et cette alliance tripartite met en exergue la nécessité de déterminer les déterminants des zoonoses et autres maladies et d'investir dans le développement de capacités pérennes en matière d'alerte précoce, de notification et de riposte liés aux maladies, affections et événements.

### 2.1.2 Mise en œuvre du Programme de sécurité sanitaire mondiale dans la Région africaine de l'OMS : principales réalisations, enjeux, défis et perspectives

*Le Dr Olga L Henao*, de la Division de la protection de la santé mondiale, des Centers for Disease Control

and Prevention, a souligné que l'accroissement de la connectivité et de la mobilité s'accompagne d'une augmentation du risque de propagation des maladies infectieuses. Elle a indiqué également que les risques pour la santé augmentent avec l'apparition de nouveaux organismes, la résistance aux médicaments, et les événements intentionnels. Le CDC œuvre en étroite collaboration avec les pays pour mettre en œuvre le Programme de sécurité sanitaire mondiale (GSHA).

### 2.1.3 Activités de préparation et de riposte dans le cadre de l'approche « Une seule santé »

*Le Dr Charles Bebay*, coordonnateur sous-régional « Une seule santé » pour les activités de préparation et de riposte en Afrique occidentale et centrale dans le cadre de l'approche « Une seule santé », présente un rapport sur la collaboration entre l'OMS, la FAO et l'OIE. Cette



Figure 1: Volontaires de la surveillance à base communautaire au Ghana

La mise en œuvre de ce Programme, en soutenant l'EEC, offre l'occasion de renforcer la SIMR ainsi que la préparation et la riposte des laboratoires en raison de ses points communs avec le renforcement concret des capacités essentielles du RSI. Le GSHA intervient dans trois domaines principaux, qui sont la prévention, la détection et la riposte. Les fonctions de base de la SIMR contribuent de manière concrète au GSHA et sont essentielles à sa mise en œuvre, dans la mesure où la SIMR et le GSHA se juxtaposent et ont permis à plusieurs pays d'entreprendre leur évaluation externe conjointe. Le CDC a collaboré avec OMS/AFRO à l'élaboration du cadre de la SIMR et plusieurs activités intègrent désormais les stratégies de la SIMR dans leurs initiatives d'assistance technique.

alliance tripartite souligne la nécessité de déterminer les déterminants des zoonoses et autres maladies non-zoonotiques et d'investir dans le développement de capacités durables en matière d'alerte précoce, de notification et de riposte liées aux événements de maladies. Les activités de préparation et de riposte, menées selon une approche « Une seule santé » de la sécurité sanitaire mondiale, exigent une plus large collaboration et coordination entre secteurs. Il présente ensuite le Système mondial d'alerte précoce (en anglais Global Early Warning System- GLEWS) concernant les maladies animales majeures, zoonoses comprises, qui est l'outil conjoint FAO, OIE et OMS permettant d'échanger rapidement des informations et d'évaluer les événements sanitaires à potentielle portée internationale. Ce dernier s'appuie sur les systèmes de surveillance et de notification en place dans les pays. En outre, le Centre de gestion de crise pour la santé



animale offre une assistance technique et opérationnelle et promeut l'application d'un Cycle adéquat de gestion des situations d'urgence, ce qui comprend la préparation, la prévention, la détection, la riposte et le relèvement. Enfin, il présente les précédentes missions et gestions conjointes d'événements et de maladies principalement menées par le biais des services de santé animale de la FAO basés au Nigéria, au Cameroun et au Togo. Parmi les exemples de maladies gérées citons: la grippe aviaire H5N1, la grippe aviaire H7N9, le virus Ebola-Reston et la pandémie de grippe H1N1, y compris la fièvre de la vallée du Rift, pour lequel des exercices de simulation ont été organisés. Il rappelle également la nécessité de renforcer les capacités aux niveaux national et local et de partager les connaissances aussi bien entre les secteurs qu'entre les pays.

## 2.1.4 Mise en œuvre de la SIMR : enseignements tirés et prochaines étapes

*Le Docteur Ben Masiira*, épidémiologiste au Réseau africain d'épidémiologie de terrain (AFENET), a présenté un aperçu historique de la surveillance des maladies avant l'adoption et la mise en œuvre de la SIMR en 2000. Il explique le rôle de l'AFENET dans la surveillance des maladies, et sa collaboration avec différents partenaires, y compris l'OMS, le CDC et le ministère de la santé. Il a fait également part des leçons tirées de la mise en œuvre de la SIMR qui nécessite :

- une approche multisectorielle ;
- une forte collaboration entre tous les intervenants ;
- une supervision continue ;
- un renforcement des capacités ;
- un engagement des partenaires et des pouvoirs publics ;
- une participation communautaire qui est essentielle pour la surveillance des maladies.

Il a ensuite décrit les défis rencontrés à savoir le taux élevé de mobilité du personnel de santé qualifié, manque de formation ou de mentorat de nombreux membres du personnel, insuffisance de financement des activités de SIMR au niveau du district et au niveau des établissements de santé, supervision irrégulière des établissements de santé et manque de moyens logistiques essentiels tels que les motocyclettes et les équipements

de protection individuelle complets. Pour améliorer la surveillance et riposte, il a préconisé :

Le suivi et la supervision continus de la mise en œuvre de la SIMR ; la dispensation régulière de modules pratiques nécessaires à la mise en œuvre de la SIMR tels que des chapitres sur la SIMR dans le programmes de formation de tous les agents de santé ; l'utilisation du Programme de formation en épidémiologie de terrain (FETP) afin de renforcer la compétence et la performance en matière de SIMR à tous les niveaux ; un retour d'information régulier effectué par le niveau national au niveau district ; un appui à tous les niveaux pour une analyse de données et l'introduction d'une ligne budgétaire spéciale destinée aux activités de SIMR à tous les niveaux.

## 2.1.5 Surveillance à base communautaire: enseignements tirés et bonnes pratiques

*Le Dr Franklin Asiedu-Bekoe*, Chef de service de la surveillance des maladies, a commencé par présenter la toile de fond de la surveillance à base communautaire au Ghana, qui a débuté en 1988 dans le cadre des stratégies menées pour éliminer le ver de Guinée ; ces dernières ont ensuite servi de base à la mise en place de la surveillance d'autres maladies prioritaires. Ces stratégies comprennent la formation et le recyclage des volontaires ; la tenue de réunions trimestrielles des volontaires de la communauté ; la sensibilisation et l'information ; le suivi et la supervision des volontaires ; la coordination nationale ; la supervision, le suivi et la mise à disposition d'appuis logistiques tel qu'un Registre de surveillance à base communautaire, de moyens de locomotion (vélos, motos, véhicules) ainsi que de mesures de motivation.

Ces initiatives ont contribué à l'élimination du ver de Guinée en 2015 et permis d'enregistrer le dernier cas de poliomyélite en 2008. *Le Dr Franklin Asiedu-Bekoe* indique toutefois qu'il existe encore des défis à relever au premier rang desquels figure celui de la pérennité, car être volontaire de la surveillance à base communautaire ne constitue pas un emploi, ainsi que celui de l'absence de structures bien définies pour la surveillance à base communautaire. Parmi les autres défis citons : le manque de supervision, le manque de financement pour les activités de surveillance à base communautaire, l'insuffisance des données et les faibles taux d'achèvement, le taux élevé d'attrition des volontaires



et le manque de formation des volontaires, le manque de clarté dans le concept des signaux, l'absence d'application d'une approche « Une seule santé » surtout pour la santé humaine et les données fondées sur les événements ou la maladie. En guise de prochaines étapes, il formule les propositions suivantes pour renforcer la surveillance à base communautaire :

- Auditer et mettre à jour le fichier des volontaires de la surveillance à base communautaire ;
- Tenir une réunion pour faire le bilan du programme des volontaires de la surveillance à base communautaire ;
- Dresser une liste de maladies prioritaires pour la surveillance à base communautaire dans le cadre de la SIMR ;
- Déterminer quelles sont les motivations des agents de santé communautaires non liées aux mesures incitatives et trouver les moyens de les intégrer dans les systèmes existants ;
- Finaliser la liste des signaux pour les maladies prioritaires.

## 2.1.6 Surveillance basée sur les événements: enseignements tirés et bonnes pratiques

*Le Dr Mireille Randria*, Chef de la Surveillance épidémiologique à Madagascar, a présenté le contexte de son pays, marqué par un certain nombre de défis en ce qui concerne la surveillance épidémiologique, ce qui a entraîné de faibles indicateurs de performance; il s'agit de :

- Manque de leadership et de gouvernance affirmés en raison de fréquents changements dans l'organigramme du ministère de la Santé, ce qui rend difficile pour les entités chargées de la surveillance épidémiologique d'asseoir leur leadership ;
- Faible intégration des services, avec plusieurs directions et programmes spécifiques opérant dans le secteur de la surveillance ;
- Manque de ressources humaines, en particulier de personnel qualifié ;
- Isolement géographique lié à l'absence de moyens de communication, etc.

Elle a mentionné que les deux approches de la SIMR sont en place à Madagascar : la surveillance basée sur les indicateurs, qui est principalement appliquée aux maladies transmissibles en raison d'une forte charge de

morbidité et de mortalité, et la surveillance basée sur les événements, qui est effectuée de manière informelle, sans aucune structure bien définie. Elle souligne que cette approche est encore nouvelle dans le pays. La mise en œuvre de la surveillance basée sur les événements à Madagascar est caractérisée par un environnement changeant, marqué par l'explosion démographique et l'urbanisation galopante, les déplacements de population, la situation insulaire de Madagascar, ainsi que l'existence d'anthropozoonoses endémiques telles que la peste, la grippe et la rage. Cependant, le réseau efficace d'agents relais communautaires dans le pays, a facilité l'expérimentation de la surveillance basée sur les événements. Les différentes méthodes de surveillance basée sur les événements sont : i) le rapport de surveillance hebdomadaire habituel reçu sur copie papier ; ii) la surveillance à base communautaire dont la rubrique « événement d'importance pour la santé publique » ; et iii) les informations reçues via le renseignement : les médias, les rumeurs.

À la suite des recommandations de l'OMS/AFRO et compte tenu de toutes les contraintes en matière de surveillance à Madagascar, la surveillance électronique (e-Surveillance) constitue un bon outil pour optimiser la collecte des données en vue d'une intervention immédiate. À l'aide de la tablette électronique Android, la surveillance en temps réel a permis de capter 28 événements/maladies sous surveillance et a généré une alerte automatique (1 cas ou selon des seuils précalculés). En ce qui concerne la couverture par e-Surveillance, tous les établissements de santé publics des 27 districts sanitaires que comptent les 12 Régions de Madagascar sont couverts, et affichent un taux de complétude de 84 % en 2017.

Elle a décrit les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de la surveillance basée sur les événements, notamment :

Le faible niveau de complétude ;

- La faible maîtrise de la surveillance basée sur les événements par les acteurs au niveau périphérique voire même central ;
- Les piètres compétences du personnel en matière de gestion et d'exploitation des données : plusieurs événements restent inexplorés ;
- Le manque de supervision ;
- Les difficultés liées à la couverture du réseau téléphonique dans certains secteurs, ce qui a entraîné des retards voire même l'absence de transmission des données.



- Le retard dans l'investigation des 28 événements captés en raison d'une reprogrammation électronique.

## 2.1.7 Élargissement de la SIMR : enseignements tirés et bonnes pratiques

**M. Thomas K. Nagbe**, Directeur de l'épidémiologie et des maladies infectieuses, fait part de l'expérience du Libéria en matière de SIMR et de système de santé. Neuf piliers ont été retenus pour la préparation et la riposte aux épidémies et situations d'urgence, dont trois sont liés à l'expérience de l'épidémie de la maladie à virus Ebola (MVE). L'épidémie de MVE a déclenché tout un plan d'investissement dans la santé pour bâtir un système de santé résilient, ce qui a profité au pays. Parmi les enseignements tirés et bonnes pratiques retenons les éléments suivants :

- L'existence d'un guide opérationnel de la SIMR dans tous les établissements de santé ;
- La production et la diffusion régulière de produits d'information sur la SIMR par différents canaux, tels que le système d'alerte précoce et le bulletin hebdomadaire de la SIMR, les analyses de diagnostic

et de laboratoire hebdomadaires, les rapports mensuels de performance et de suivi de la supervision de la SIMR, et le bulletin semestriel de la SIMR ;

- La conduite d'exercices de simulation dans tous les districts frontaliers ;
- L'amélioration de la riposte aux épidémies et urgences sanitaires (90 % des épidémies ont fait l'objet d'un rapport d'investigation en 2017 contre 53 % en 2016) ;
- Le suivi systématique des Indicateurs de performance de la SIMR.

Les enjeux et défis à relever sont les suivants :

- Le renforcement de la surveillance syndromique (CEBS) grâce à l'implication des populations ;
- La gestion et l'harmonisation des données ;
- La connexion au réseau dans certaines zones pour le déploiement de l'e-surveillance ;
- Les résultats de laboratoire en temps réel pour la détection des épidémies ;
- Le renforcement de la plate-forme « Une seule santé » pour une approche holistique de la lutte contre les zoonoses prioritaires, entre autres.

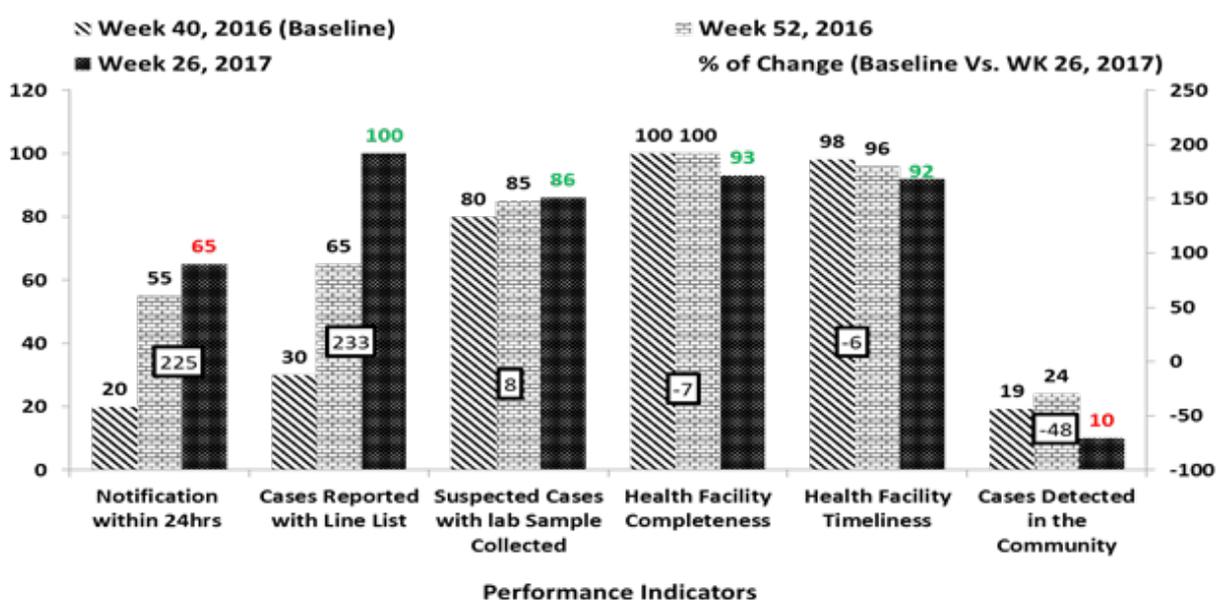


Figure 2: Comparaison des indicateurs de performance de la SIMR entre la Semaine 40 de référence en 2016 et la semaine 26 en 2017



## 2.1.8 Surveillance de la résistance aux antimicrobiens: enseignements tirés et bonnes pratiques

**Mme Tsakari Furumele**, du Département national de la santé, de la République de l'Afrique du Sud, rappelle le grave problème que constitue la pharmaco-résistance en citant Alex Flemming : La personne irréfléchie qui joue avec un traitement à base de pénicilline est moralement responsable de la mort de l'homme qui succombe à une infection par l'organisme résistant à la pénicilline ». Elle fait remarquer que la résistance aux antimicrobiens ne respecte aucune frontière, qu'elle soit phylogénétique, géographique ou écologique. Par conséquent, les initiatives de surveillance de la résistance aux antimicrobiens doivent être mondiales et multisectorielles. Elle a ensuite présenté la structure de l'organisation de la résistance aux antimicrobiens, la situation épidémiologique ainsi que les limitations de ce programme en Afrique du Sud.

Elle a évoqué deux principales méthodes de surveillance : la « LARS » ou surveillance des antimicrobiens en laboratoire, qui a débuté en 2010, et la « e-surveillance », qui est menée grâce aux sites sentinelles (hôpitaux), et qui a débuté en 2013.

Elle a présenté le programme de surveillance GERMS et les quatre différents groupes d'agents pathogènes qui sont surveillés :

- Les infections à potentiel épidémique, par exemple le choléra, la typhoïde, le méningocoque ;
- Les infections opportunistes liées au VIH ;
- Les infections évitables par la vaccination, par exemple les rotavirus, la grippe H ;
- Les maladies nosocomiales.

Enfin, elle a indiqué que l'Afrique du Sud applique aussi le modèle de Système de surveillance de la résistance aux antimicrobiens (GLASS) recommandé par l'OMS. Ce modèle combine les données de surveillance du patient, épidémiologique et de laboratoire pour mieux cerner l'ampleur et l'impact de la résistance aux antimicrobiens sur les populations. Elle a recommandé aux pays de songer à la mise en œuvre progressive des normes de surveillance proposées dans ce manuel, en fonction de leurs priorités et de leurs ressources.

## 2.1.9 Investigation des épidémies et riposte: enseignements tirés et bonnes pratiques

**Le Dr Gaston Tshapenda**, Chef de la Division des maladies non transmissibles en République Démocratique du Congo (RDC) a présenté d'abord le contexte du pays. On note que la RDC a adopté la stratégie de surveillance intégrée en septembre 1998 qui est mise en œuvre depuis 2000. L'adaptation du Guide de la SIMR est effectuée en 2002 puis en 2010. Depuis 2015, 17 maladies et événements prioritaires sont notifiés chaque semaine. Il a expliqué les bonnes pratiques en matière de SIMR qui sont appliquées dans tout le pays pour la surveillance d'Ébola, de la poliomyélite et dans les sites sentinelles pour la surveillance de la fièvre jaune.

Les stratégies adoptées par la division de la surveillance du ministère de la Santé pour obtenir de bons résultats sont les suivantes :

- Surveillance menée grâce aux sites sentinelles situés à Kinshasa ;
- La mise en place d'un Système de surveillance provincial (Inspections médicales provinciales, districts sanitaires, zones sanitaires) ;
- Une étroite collaboration avec tous les partenaires : Organisation des Nations Unies, organisations internationales et organisations non gouvernementales nationales (ONG) ;
- Système d'alerte précoce pour la notification immédiate et en temps opportun des épidémies par les ONG, les églises, la coordination du PEV, le suivi des rumeurs.

Les stratégies mises en œuvre ont contribué à réduire les délais de notification des épidémies de 5 mois à moins de 15 jours pour la dernière épidémie de maladies à virus Ebola.

Le ministère de la Santé a mis en place un comité national de coordination, qui a coordonné la riposte à tous les événements et épidémies majeurs.

Le Dr Tshapenda a décrit les enseignements tirés des récentes épidémies d'Ebola et de fièvre jaune, à savoir :

- La surveillance à base communautaire est une composante clé du programme intégré de surveillance ;
- Le laboratoire mobile est un élément essentiel pour la confirmation et la lutte contre la maladie pendant les épidémies et permet des actions appropriées sur le terrain ;



- Une masse critique de personnel qualifié est nécessaire pour soutenir les activités de surveillance.

Il a déclaré toutefois que le principal défi est le manque de ressources et de fonds d'urgence pour mener des investigations et réagir rapidement lorsque des événements se produisent.

En concluant, Il a recommandé aux pays d'intensifier les activités de préparation pour assurer une meilleure gestion des épidémies et des événements sanitaires (formation du personnel, surveillance, kits d'intervention, lutte contre les infections et exercices de simulation) et de renforcer la surveillance à base communautaire.

## 2.2 Objectif 2: Recommander des mesures pour renforcer les mécanismes de coordination de la SIMR

### 2.2.1 Partenariat pour la mise en œuvre de la SIMR

*Le Dr Ambrose Talisuna*, Conseiller régional en sécurité sanitaire au Programme d'urgences sanitaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté un tour d'horizon des situations d'urgence qui se sont produites au cours des dernières années. Il a souligné que 78 % des situations d'urgence se produisent en Afrique et que la plupart d'entre elles concernent des maladies infectieuses. En présentant une analyse de la situation des flambées épidémiques en Afrique, il a montré que les infections émergentes et récurrentes sont particulièrement préoccupantes, car le nombre de victimes ne cesse d'augmenter au fil des ans. Il a énuméré les sources de données de la surveillance basée sur les indicateurs (les médias, le personnel de santé, les gardes forestiers, les agriculteurs) qui peuvent servir d'indicateurs précoces d'une flambée. En expliquant ensuite les cadres et lignes directrices actuels (RSI, SIMR, GRC), intégrant l'approche Une seule santé, il a souligné que le rôle du RSI est de permettre à la communauté internationale de détecter, évaluer, prévenir, signaler et répondre aux urgences de santé publique de portée internationale, ce qui inclut les agents pathogènes infectieux, la sécurité sanitaire des aliments, les zoonoses, les dangers radionucléaires et chimiques. La clé pour sauver des vies lors d'une épidémie est la détection précoce, ce qui exige une vaste préparation dans chaque pays de sorte qu'en cas d'apparition d'une épidémie les structures concernées sont

prêtes à agir ou ont la capacité de détecter tôt les menaces et de sauver des vies.

L'EEC offre la possibilité d'évaluer les capacités et la préparation du pays à gérer les épidémies. À ce jour, 22 pays ont mené une EEC tandis que d'autres ont sollicité une assistance pour ce faire. Huit pays doivent encore envisager d'effectuer une EEC, et trois pays ont déjà élaboré des PANSS.

Il conclut en soulignant la nécessité de renforcer les systèmes de santé, la SIMR et de renforcer les capacités essentielles du RSI, à l'aide d'approches horizontales pour assurer la viabilité et la résilience des systèmes de santé. En plus de formuler des stratégies pour le renforcement de la SIMR et du RSI, il y a lieu de développer les capacités essentielles à l'aide de stratégies visant à atteindre la couverture sanitaire universelle (CSU) et les objectifs de développement durable à l'horizon 2030 (ODD 3) tout en renforçant les partenariats à tous les niveaux, tant au plan international, national que sectoriel, en collaboration avec toutes les parties prenantes.

### 2.2.2 Partenariats pour le renforcement de la préparation et de la riposte

*Le Dr Ahmed Zaghoul*, Médecin épidémiologiste au CDC pour l'Afrique dans son exposé, a présenté la vision et le mandat de son institution qui sont de réaliser la paix et la sécurité en Afrique, l'intégration politique et socio-économique, de promouvoir et de défendre les intérêts africains ainsi que des institutions démocratiques, la bonne gouvernance et les droits de l'homme. Le mandat du CDC couvre 55 pays africains. Le Dr Zaghoul a également expliqué le modèle opérationnel du CDC Afrique, qui fonctionne avec un Réseau régional intégré de surveillance et de laboratoire (RISLET) et plusieurs centres régionaux collaborateurs de lutte contre les maladies, qui sont situés au Kenya, au Nigeria, en Zambie, au Gabon et en Égypte.

Il présente les cinq piliers stratégiques ainsi que les activités prioritaires de l'organisation sur une période de deux ans, à savoir :

- Surveillance et renseignement sur les maladies ;
- Préparation et riposte ;
- Systèmes et réseaux de laboratoire ;
- Systèmes d'information ;
- Institut et recherche en santé publique dans tous les pays.



### 2.2.3 Activités de l'OOAS liées à la mise en œuvre de la SIMR et perspectives d'avenir

**Le Dr Félicité Chokki-Laleye** Point focal pour les épidémies et urgences sanitaires à l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS), a débuté son exposé en présentant l'OOAS qui est l'institution de la Communauté économique des États d'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) en charge de la santé. Elle décrit la mission, l'organigramme et les différents départements de cette organisation. L'OOAS réunit 15 pays membres de la Région ouest-africaine.

Un certain nombre d'activités relatives à la SIMR ont été mises en œuvre grâce au financement du projet WARDS à savoir : la révision du Guide technique pour la SIMR en Gambie ; le renforcement des capacités par la formation; l'élaboration de plans nationaux de santé; le soutien à la mise en œuvre du RSI au Mali, au Sénégal et au Cap Vert; ainsi que l'organisation de réunions transfrontalières afin de renforcer la surveillance au niveau des frontières. Elle fait également part de l'intention de cette institution de créer d'une biobanque régionale.

En dépit de toutes ces bonnes initiatives et des leçons tirées de la gestion de l'épidémie d'Ebola, il n'en reste pas moins que Région Afrique de l'Ouest demeure prône aux épidémies. Les systèmes sont encore déficients en termes de surveillance, de préparation et de confirmation en laboratoire, comme en témoigne la récente épidémie de fièvre de Lassa.

Elle a souligné la nécessité de mobiliser des fonds pour agir rapidement et renforcer le fonds de solidarité régional en Afrique de l'Ouest, qui n'est pas toujours facilement accessible.

Concernant les perspectives d'avenir, il s'agira de mettre en place des équipes nationales et régionales aptes à réagir rapidement aux épidémies, en accroissant les financements régionaux.

### 2.2.4 Lancement officiel du cours de formation en ligne sur la SIMR

**Le Dr Boukare Bonkougou**, fonctionnaire chargé de la formation et du renforcement des capacités au Programme d'urgences sanitaires du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, a présenté le contexte et une vue d'ensemble du cours de formation en ligne sur la SIMR. Il a procédé ensuite à une brève démonstration de l'accès à cette plateforme de formation en ligne conjointement élaborée par l'OMS/AFRO, le CDC US et l'USAID grâce à une fructueuse collaboration tripartite qui a débuté en 2011. Ce cours en ligne permet de surmonter les difficultés et les contraintes liées à la tenue d'une formation présentielle.

En effet grâce au progrès technologique qui a démocratisé l'accès aux ordinateurs et à internet, la version papier de ce cours peut désormais exister sous format électronique. La formation en ligne sur la SIMR a été conçue et élaborée en s'inspirant des enseignements tirés et des bonnes pratiques contenus dans d'autres cours similaires. Avant sa mise au point définitive, des experts et des personnes-ressources de l'OMS, du CDC et de l'USAID ont effectué une étude technique et un contrôle approfondis de la qualité, tandis que des essais virtuels et sur site ont été menés avant sa mise en œuvre. Les avantages du cours en ligne sur la SIMR c'est qu'il est à la fois complet et dématérialisé. En fait, on constate une hausse de la couverture depuis que les agents de santé situés dans les régions reculées ne sont plus exclus et peuvent télécharger et exploiter de nombreux documents de formation. Le Président de séance a procédé au lancement officiel de la plateforme de formation en ligne sur la SIMR et invité tous les participants à la diffuser et à la faire connaître auprès des collègues et du personnel de santé en général.



Les instructions d'accès à la formation en ligne sont présentées ci-dessous :

- Via la plate-forme du CDC-US  
<https://idsr.mlearning.com/cs/onboarding/>
- Via la plate-forme HSLP de l'OMS

**Étape 1 :** Créer un compte à l'aide du lien ci-dessous :  
<https://extranet.who.int/ads/adswebinterface/create.aspx>  
*(Retenir son nom d'utilisateur et son mot de passe de façon à pouvoir les retrouver facilement. Vous en aurez besoin pour vous connecter à la plate-forme de formation).*

**Étape 2 :** Cliquer sur le lien suivant pour accéder au cours en ligne :  
<https://extranet.who.int/hslp/training/course/view.php?id=119>  
 (NB : Si vous ne parvenez pas à vous connecter à votre compte, cliquer sur le bouton « Login », puis entrer votre identifiant et mot de passe)

**Étape 3 :** Indiquer la clé d'inscription suivante (pour le pays 1 - ABC) comme demandé :

**Pays 1-ABC**

Lorsque vous êtes connecté avec votre compte utilisateur, vous pouvez également accéder à :

- La version portugaise : <https://extranet.who.int/hslp/training/course/view.php?id=118>
- La version anglaise (pas encore de SCORM, aucune photo sur la page d'accueil) : <https://extranet.who.int/hslp/training/course/view.php?id=120>



Figure 3: Différentes rubriques du cours en ligne sur la SIMR

### 2.3 Sessions thématiques

Les participants ont été répartis en groupes pour présenter 6 thèmes couvrant les domaines suivants, et en discuter pendant plusieurs jours :

1. La surveillance intégrée des maladies et la riposte, et le renforcement du système de santé ;
2. La collaboration transfrontalière pour les activités de préparation et de riposte, et la collaboration et coordination intersectorielle avant et pendant l'événement de santé publique (PHE) ;
3. Le renforcement des capacités pour la SIMR, y compris la surveillance basée sur les événements ;
4. Mise en œuvre et pérennité de la surveillance électronique (e-surveillance) ;
5. Élaboration et diffusion des produits d'information ;
6. Indicateurs de performance clé pour la SIMR et le RSI.

Chacun des thèmes est accompagné d'éléments d'orientation tels que : i) Aperçu de la séance thématique de groupe ; ii) objectifs du groupe ; iii) résultats attendus et iv) questions à aborder lors de la session plénière.

Chaque groupe est invité à désigner un modérateur et un rapporteur pour diriger la discussion de groupe et présenter les résultats à la session plénière. En appliquant une approche participative et en se fondant sur les exemples des pays, les participants discutent des enjeux, des défis, des menaces, des points forts et des opportunités dans la Région et débouchent sur un consensus concernant les solutions, les options et des alternatives concrètes. Chaque groupe dispose d'au moins 40 minutes pour la discussion. Les 20 dernières minutes de la séance en groupes sont consacrées à la préparation de l'exposé du groupe.



La synthèse des discussions de chacun des groupes est présentée ci-après :



Figure 4: Groupe de discussion sur « la SIMR et le renforcement du système de santé »



## La SIMR et le renforcement du système de santé

| Défis  | Atouts et opportunités  | Solutions   | Recommandations   |
|--|---|---|---|
| <b>Gouvernance : Carence de leadership au sein des ministères</b><br><br><b>Insuffisance des ressources humaines en particulier dans les zones périphériques</b> | Volonté politique existe, ainsi qu'un guide que beaucoup ont adapté<br><br>Il existe des outils d'EEC qui permettent de mettre le doigt sur les failles des systèmes de santé | Mettre en place une coordination appropriée de la SIMR<br><br>Institutionnaliser la surveillance à base communautaire : besoin de motivation, former le personnel | Mettre en place la plate-forme de communication sur l'information sanitaire du district<br>Encourager une cartographie des ressources existantes au niveau national pour faciliter la mobilisation des ressources |
| <b>Peu d'intégration, et verticale, aucun lien entre les différents systèmes</b>   | Système en place DHIS2  |   | Diffuser les revues techniques, par exemple la riposte du Nigeria à la méningite  |
| <b>Insuffisance d'équipement d'infrastructures, ruptures de stock de médicaments et difficultés d'accès aux ressources</b>                                       | Il existe une plate-forme communautaire   | Mettre en place des mécanismes pour mobiliser rapidement les médicaments, par exemple les vaccins<br><br>Fonds de partenaires, budgets réservés pour les urgences | Renforcer le réseau de laboratoires en particulier au niveau périphérique.  |
| <b>Facteurs de coordination peu clairs, par exemple celui de la coordination de l'approche Une seule santé</b>   |   |   |   |
| <b>Collaboration transfrontalière et activités de riposte, et collaboration et coordination intersectorielle avant et pendant l'événement de santé publique</b>  |   |   |   |
| <b>Pièdre coordination interne entre les différents secteurs en particulier sur le terrain</b>   | Postes frontaliers désignés pour la SIMR  | Coordination nationale entre les différents secteurs  | Travail en équipe   |
|  |   | Protocoles signés par les différents pays   | Renforcement/établissement d'autorités portuaires et de structures sanitaires le long des frontières  |
| <b>Manque de partage d'information à tous les niveaux, en particulier aux frontières</b>   | Mise en œuvre de l'approche Une seule santé   | Établissement de mécanismes de S&E  | Renforcement des capacités ou formation du personnel aux frontières   |
|  | Il existe de nombreux partenaires   | Formation aux postes frontières entre les pays  |   |



|   |   |   |  |
|---|---|---|--|
|   |   | collaborateurs  |  |
|   | Existence de postes frontières uniques                                  | Mécanismes de partage de l'information                                      |  |
|   |   | Participation des communautés   |  |
|   | Mêmes populations de part et d'autre de la frontière                    | Promouvoir les activités de d'éducation à la santé transfrontières          |  |
|   |   | Renforcement des capacités, à commencer par les postes les plus subalternes |  |
|   |   | Exercices de simulation conjoints   |  |
| <b>Pas de politique commune</b>   |   |   |  |
| <b>Instabilité/différences des politiques</b>   |   | Cadre juridique pour le partage des données                                 |  |
| <b>Manque de transparence/ingérence politique</b>   |   | Approche multisectorielle   |  |
| <b>Renforcement des capacités pour la SIMR y compris la surveillance basée sur les évènements</b> |   |   |  |
| <b>Manque de participation du secteur privé</b>   | Le module de formation E-Surveillance est disponible                    | Rendre obligatoire la formation sur la SIMR pour les agents de la santé     | Intégration dans le programme d'études de médecine |
| <b>Taux élevé de départ des agents de la santé</b>  | Existence d'agents de santé formés pour déployer la SIMR                |   |  |
| <b>Insuffisance de fonds à tous les niveaux</b>   | Existence de partenariats par exemple, GHSA, OOAS, IGAD, projet REDISSE |   |  |
| <b>Faible participation des cliniciens dans les grands hôpitaux ; davantage axés sur les cas</b>  |   |   |  |
| <b>Inclusion/minimale de la SIMR, les formateurs ne sont pas informés</b>                         |   |   |  |



## 2.4 Objectif 3: Recommander des mesures pour promouvoir l'échange d'informations sur la SIMR entre les institutions et les États Membres participants

### 2.4.1 Produits d'information et documentation

*Le Dr Pinyi Nyimol*, Directeur général des Services de santé préventive du Soudan du Sud a fait part des expériences, bonnes pratiques et défis liés à la documentation et à la diffusion des produits d'information sur la SIMR. Il présente un aperçu des données démographiques du Soudan du Sud.

Il a relaté l'historique de la SIMR, qui est déployée dans les dix états et les 80 comtés du Soudan du Sud. Toutefois, à la suite de l'instabilité politique en 2013 qui a entraîné des déplacements de population, le système n'est fonctionnel que dans 30 % des états.

Le réseau d'alerte précoce et de riposte (EWARN) a donc été mis en place afin de répondre aux besoins de surveillance des maladies pour les populations déplacées dans sept états touchés par les conflits et 37 établissements de santé financés par les partenaires. Il décrit les objectifs du Système d'avertissement, d'alerte précoce et de riposte (EWARS), à savoir la surveillance, la gestion des alertes et la riposte en cas d'épidémie. Le système EWARS a permis d'effectuer une surveillance basée sur les événements et les indicateurs en temps réel, y compris la liste descriptive des cas lors d'une épidémie.

Il a expliqué ensuite quel est le cheminement de l'information pour la surveillance depuis le niveau local (hôpitaux et centres de santé), puis la confirmation au niveau intermédiaire, et l'envoi de l'information à l'échelon national où elle est évaluée pour la notification et la riposte de santé publique et où les événements sont notifiés aux partenaires, par exemple à l'OMS et à d'autres partenaires de la santé et du cluster WASH.

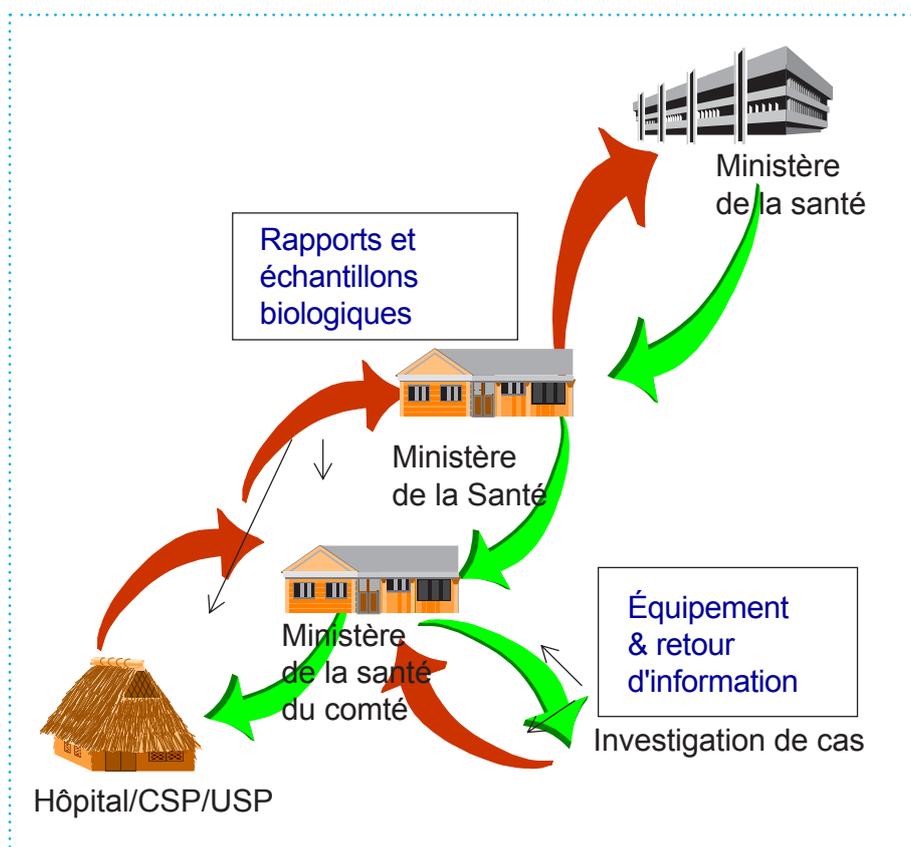


Figure 5: Cheminement de l'information sur la SIMR au Soudan du Sud



Les principales réalisations sont : Le système EWARS est mis en œuvre depuis 2015 et dans 32 camps de personnes déplacées avec un accès accru à des zones où les populations sont en situation de crise humanitaire. En 2017, grâce au système EWARS les délais et la complétude des notifications de la SIMR ont progressé de 73,4 % et 75,5 % respectivement.

Les défis de la mise en œuvre sont : l'insécurité et l'accès restreint; le nombre très réduit de structures de santé fonctionnelles; le taux sous-optimal de pénétration des infrastructures de télécommunications et l'environnement de coordination complexe.

Les leçons tirées de la mise en œuvre du système EWARS au Soudan du Sud sont: la capacité à mettre en œuvre une analyse et notification en temps réel des données épidémiologiques ; des données complètes, y compris la gestion des alertes de maladie et une liste descriptive des cas en temps réel lors d'une épidémie ; des produits d'information automatisés y compris les bulletins épidémiologiques et paquets de données hebdomadaires; et l'intégration d'autres types de données au niveau de centre de santé. Il conclut en soulignant que l'investissement dans le système de notification électronique est essentiel pour renforcer les progrès vers la réalisation de la SIMR et des capacités essentielles du RSI.



Figure 6: Équipement électronique nécessaire à la mise en œuvre du système EWARS dans le cadre de la SIMR



## 2.4.2 Mise en œuvre de la surveillance électronique : enseignements tirés et bonnes pratiques

Le Dr Foday Dfae de la Direction de la Prévention et de la lutte contre les maladies de la Sierra Leone a décrit les enseignements tirés et les bonnes pratiques relatives au déploiement de la e-Surveillance en Sierra Leone. Dans un premier temps le pays utilisait des formulaires papier pour les notifications au niveau national et des districts. Toutefois, ceci comportait plusieurs défis dont : un système qui exigeait beaucoup de main-d'œuvre; la lenteur des notifications, les longs délais de notification, les faibles taux de déclaration des établissements de santé, un système plus sujet à erreurs; absence de lien avec la base de données nationale; nécessité de disposer d'un espace énorme pour le stockage, difficulté à effectuer un S&E et une évaluation de la qualité des données. Pour surmonter ces défis, sous la direction du ministère de la Santé et avec l'appui de l'OMS, du CDC des États-Unis et de l'initiative e-health Africa, il a été décidé de moderniser le système en adoptant la SIMR électronique et le logiciel basé sur DHIS2.

La mise en œuvre sur toute l'étendue du territoire s'est effectuée progressivement, en deux phases : la

première a consisté en un déploiement pilote dans 3 districts élargi ensuite à 14 districts. La seconde phase déployée du niveau le plus bas au niveau le plus élevé des soins de santé fut achevée en novembre 2016 et 140 agents de santé ont été formés. L'orateur a ensuite exprimé sa gratitude aux différents partenaires qui ont fourni un appui technique et financier qui ont permis d'atteindre ces résultats.

Il a fait part des expériences en matière de SIMR électronique, et présente les différents appareils de saisie allant des téléphones portables, aux ordinateurs et tablettes. Il a expliqué aussi qu'il est possible d'effectuer des notifications hors connexion par SMS. Il souligne que la formation est essentielle et qu'il convient aussi de parvenir à un consensus avec toutes les parties prenantes, par exemple les sociétés de téléphonie mobile. L'application et les données de la SIMR électronique déployées à l'échelle nationale au niveau de tous les établissements sont accessibles partout via le web.

Il a ainsi souligné la nécessité d'assurer l'interopérabilité avec d'autres programmes et applications du ministère de la Santé et d'associer tous les partenaires afin de pouvoir analyser l'impact et partager les informations.

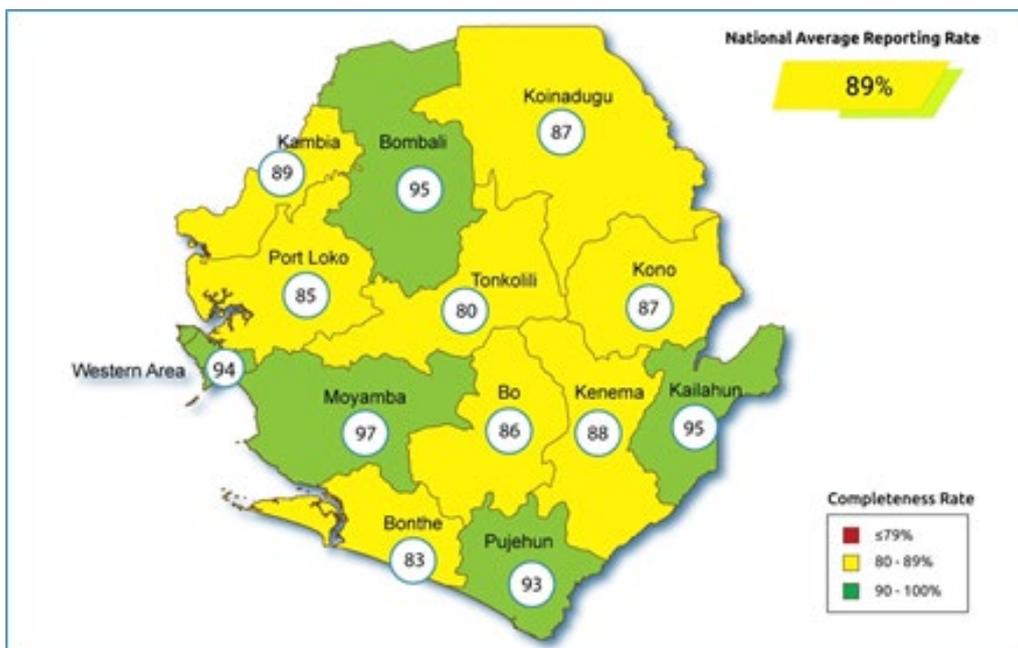


Figure 7: Taux de notification des établissements de santé au niveau district avant le déploiement de la e-SIMR en Sierra Leone, semaine 1 à 33, 2016

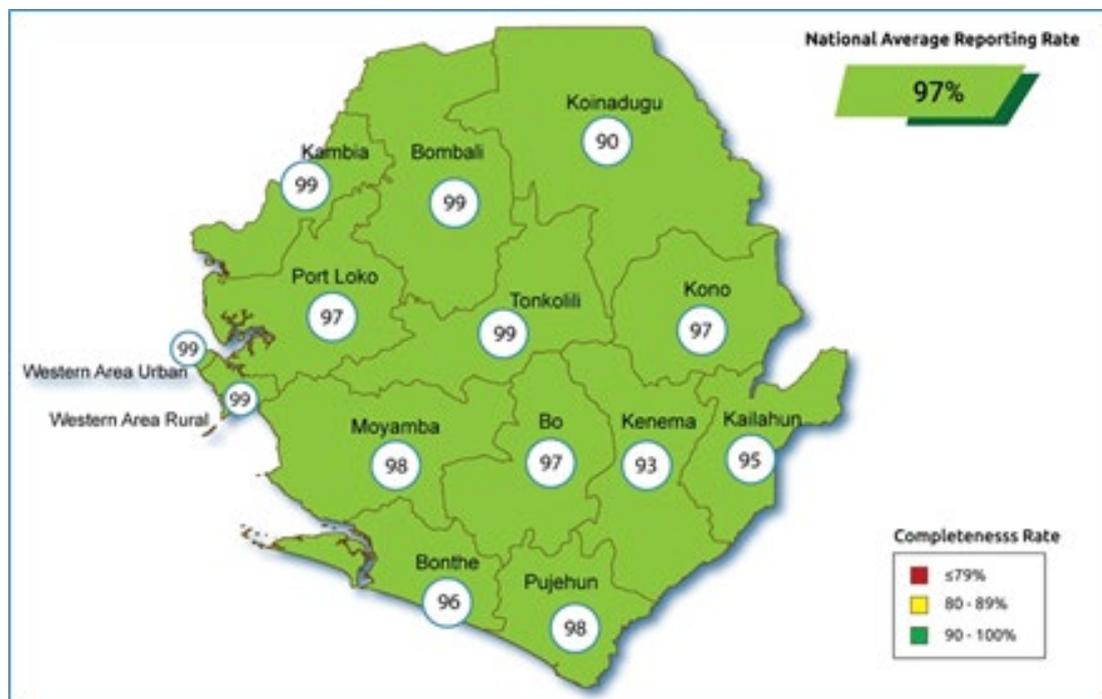


Figure 8: Taux de notification des établissements de santé au niveau district depuis le déploiement de la e-SIMR en Sierra Leone, semaine 1 à 33, 2017

**Au cours débat suivant les communications du Soudan du Sud et de la Sierra Leone, les participants :**

Expriment la nécessité de disposer de lignes directrices normalisées sur les outils de mise en œuvre de la e-SIMR, car les pays utilisent différentes plateformes. Ceci est également nécessaire à des fins d’harmonisation ;

Estiment que la collecte de données doit tenir compte de l’approche Une seule santé, de sorte que

les données sur d’autres volets tels que l’agriculture et la santé animale puissent être prises en compte. Étant donné que cela est actuellement en cours d’expérimentation à l’Université Sokoine de Tanzanie, il y aura probablement beaucoup à apprendre de leur expérience.

Il est important pour les pays de faire le lien entre la surveillance et la riposte et non pas uniquement se contenter de pouvoir indiquer que tous les indicateurs sont atteints.



Figure 9: Discussion du Groupe de travail la technique anglophone sur la collaboration transfrontalière et les activités de riposte, ainsi que la collaboration et coordination intersectorielles avant et pendant l'événement de santé publique





## 2.5 Sessions thématiques

### Mise en œuvre et pérennité de la surveillance électronique (e-surveillance):

| Principaux enjeux et défis  | Principales exigences pour le renforcement d'une surveillance électronique durable             | Solutions recommandées - niveau régional   | Solutions recommandées - niveau national  |
|---|--|--|---|
| <b>Absence d'outil interopérable pour soutenir la surveillance électronique dans le contexte de l'approche Une seule santé</b>  | Adhésion des dirigeants au niveau national (volonté politique) et partenariats solides (PPP)   | Mettre au point un outil interopérable pour soutenir la surveillance électronique dans le contexte de l'approche Une seule santé 2018  | Élaborer un cadre juridique qui promeut la surveillance électronique et confère des obligations aux partenaires dans le contexte de l'approche Une seule santé 2019 |
| <b>Absence de stratégie fondée sur des données probantes et de cadre de politique pour soutenir la mise en œuvre de la surveillance électronique dans le contexte de l'approche Une seule santé</b> | Voies et outils de notification clairement définis   | Élaborer un cadre stratégique pour guider les pays dans la mise en œuvre de l'e-Surveillance : Stratégie, outils, et normes d'ici 2018 | Ligne budgétaire spéciale consacrée à la e-Surveillance d'ici 2018  |
| <b>Pas d'outil et ni de logiciel générique standard</b>   | Existence d'un guide technique, de stratégies et de suivi                                      | Mettre au point un logiciel générique testé/éprouvé d'ici 2018   | Encourager et renforcer les PPP pour la e-Surveillance d'ici 2018   |
| <b>Peu ou pas de capacités techniques locales (développement et gestion)</b>  | Formation des ressources humaines et infrastructures de connectivité TIC-Internet exploitables | Élaborer un cadre générique de S&E et établir des mécanismes pour suivre les progrès d'ici 2018  | Renforcer les capacités des ressources humaines (Développement et gestion) et les infrastructures des TIC dans le contexte de l'approche Une seule santé d'ici 2020 |
| <b>Infrastructures TIC limitées et manque de financement durable</b>  | Financement public durable pour soutenir l'élargissement après la phase pilote                 | Plaider pour la mobilisation de ressources d'ici 2017  | Mettre au point des outils pertinents de notification intégrés et un cadre de suivi d'ici 2018  |
| <b>Accessibilité des zones reculées</b>   | Solutions alternatives pour trouver d'autres   |  | Plaidoyer pour une couverture internet dans   |



|                             |                       |  |   |
|-----------------------------|-----------------------|--|---|
| <b>Manque d'électricité</b> | sources d'électricité |  | tout le pays  |
| <b>Budget insuffisant</b>   |                       |  | Plaidoyer auprès du ministère de la Santé en faveur d'une ligne budgétaire pour la e-SIMR |

**Documentation et produits d'information**

|   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Faiblesse du système de santé (cybersanté, qualité des données, ressources humaines, finances)</b> | Existence d'un Guide de la SIMR/modules de formation/DHIS2 | Établir/appliquer la politique en matière de cybersanté, de surveillance électronique et d'informatique | Politiques visant à harmoniser la surveillance électronique dans les pays |
|---|--|---|---|

|  |  |   |  |
|--|--|---|--|
| <b>La plate-forme SIMR actuelle penche en faveur d'une surveillance basée sur les indicateurs (faible surveillance basée sur les évènements, et absence de retour d'information)</b> | Bon partenariat avec les partenaires/secteur privé, p. ex. les entreprises de télécommunications | Améliorer le système de santé (mobilisation, formation des ressources humaines, électricité, infrastructures) | Élaborer des lignes directrices et des indicateurs pour la mise en œuvre de la surveillance électronique |
|--|--|---|--|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Absence de mécanisme pour le partage de données entre les différents secteurs</b> | Existence d'un système de surveillance dans tous les pays et Régions | Harmoniser/standardiser les plates-formes de surveillance électronique afin de soutenir l'approche Une seule santé et les fonctions essentielles de la SIMR/RSI (à l'échelle nationale et régionale) | Harmoniser/standardiser les plates-formes de surveillance électronique afin d'intégrer l'approche Une seule santé et de soutenir les fonctions essentielles de la SIMR/RSI |
|--|--|--|--|

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <b>Pas de modèles existants pour le partage des données, et secteurs à différents stades de développement du système de santé (défis liés aux politiques et à la législation)</b> | Progrès technologique au niveau régional y compris le développement des compétences | Élaborer et diffuser des lignes directrices pour la surveillance électronique | Améliorer le système de santé (Ressources, ressources humaines et capacité de diagnostic) |
|---|---|---|---|



**Plates-formes différentes d'un pays à l'autre et absence de normalisation de la surveillance électronique**

Existence d'autres stratégies telles que GHSA, RSI, Une seule santé

Établir des indicateurs de suivi de la surveillance électronique

Élaborer et appliquer un système global de surveillance Une seule santé

Formation de l'ensemble du système de santé (public, privé)

**Indicateurs de performance clé pour la SIMR et le RSI**

**Retards des États Membres pour adapter le nouveau guide de la SIMR**

L'appui technique et financier est disponible auprès de l'OMS et les partenaires pour la mise en œuvre du RSI/EEC

Plaider en faveur de l'appui et de l'engagement des pouvoirs publics pour la mise en œuvre du RSI et de la SIMR

Les pays doivent recourir à des méthodes novatrices pour mobiliser les ressources, y compris l'intégration d'une ligne budgétaire pour la SIMR & le RSI dans le budget national

**Insuffisance des ressources nécessaires pour l'adaptation et la mise en œuvre de la SIMR**

Existence d'outils et du Guide de la SIMR

Mobilisation des ressources auprès de l'État et des partenaires

L'OMS doit orienter les points focaux nationaux sur les capacités essentielles du RSI, le S&E et le processus EEC

**Manque de plaidoyer et d'engagement suffisant de l'État envers la mise en œuvre du RSI et de la SIMR**

Il existe des partenariats pour accompagner la mise en œuvre du RSI/SIMR - p. ex. le GHSA, l'OOAS, l'IGAD, le projet REDISSE, le DFID, le CDC

Élaborer un cadre commun pour la mise en œuvre de la surveillance basée sur les événements

Renforcer la coordination du RSI et le suivi et évaluation

**Absence de cadre commun pour la mise en œuvre de la surveillance basée sur les événements**

Existence d'une plate-forme de formation en ligne sur la SIMR/RSI

Orientation des points focaux nationaux sur RSI et l'EEC

L'OMS doit élaborer des outils génériques et les fournir aux pays pour la surveillance basée sur les événements, par exemple des lignes directrices de la surveillance à base communautaire, etc.



**Le RSI n'est pas bien maîtrisé, y compris par les points focaux nationaux, (par exemple quelles sont les capacités minimales, l'EEC)**

**L'OMS doit aligner l'EEC sur le cadre de S&E**

## 2.6 Réunion avec les partenaires

### 2.6.1 Allocutions d'ouverture

*Le Dr Yoti Zabulon*, président de séance, a ouvert la réunion en souhaitant la bienvenue à tous les partenaires et en soulignant que les partenariats sont essentiels pour réaliser la couverture sanitaire universelle. Il a décrit la feuille de route de la SIMR qui couvrira 9 domaines prioritaires au cours des deux prochaines années. Il a insisté sur la nécessité d'intensifier la coordination afin d'améliorer les partenariats et invité les membres à indiquer quelles sont

les domaines qu'il convient d'aligner et qui viendront soutenir ces axes prioritaires. Il a informé les membres que la 3<sup>ème</sup> édition du Guide technique pour la SIMR qui est en cours de finalisation, mis l'accent sur les approches Une seule santé et multirisques de la surveillance et de la riposte; sur la surveillance transfrontalière et sur la surveillance basée sur les indicateurs. La révision a été effectuée après consultations techniques et le guide sera mis à l'essai dans certains pays, avant d'y apporter des améliorations et d'élaborer une version définitive. Ci-dessous figurent les 9 domaines prioritaires de la feuille de route :



## Domaines prioritaires

## Chronogramme

**1. Finaliser la 3<sup>ème</sup> édition du Guide technique pour la SIMR, couvrant : La surveillance basée sur les indicateurs, la surveillance basée sur les évènements, la surveillance à base communautaire, la surveillance transfrontalière, et l'élargissement de la surveillance électronique soutenue par des plateformes de système d'information géographique (SIG)**

- Réunion consultative sur la SIMR afin d'examiner le projet de Guide technique pour la SIMR

Novembre 2017.

- Finaliser le Guide technique pour la SIMR

Premier trimestre 2018

- Lancement pilote du Guide technique pour la SIMR dans 6 pays

Premier trimestre 2018

- Diffusion du Guide technique pour la SIMR

Deuxième trimestre 2018

**2. Finaliser les modules de formation sur la SIMR**

Deuxième trimestre 2018

**3. Finaliser les POS de la SIMR pour les mécanismes de coordination, en tenant compte des cadres existants (RSI et approche Une seule santé**

Deuxième trimestre 2018

**4. Finaliser les lignes directrices et modules de l'équipe de riposte rapide, T2 2018**

Deuxième trimestre 2018

**5. Finaliser les POS de la SIMR pour la collaboration et la coordination transfrontalière**

Premier trimestre 2018

**6. Soutenir l'inclusion de la version révisée de la SIMR dans le précédent programme de formation d'au moins 10 institutions de formation**

Troisième trimestre 2018



- 7. Soutenir un certain nombre de pays pour l'élargissement à grande échelle de la SIMR avec au moins 90 % de couverture du système de santé** Premier trimestre 2018
- 8. Documenter la mise en œuvre de la SIMR, T2 2019** Deuxième trimestre 2018
- 9. Réunion du Groupe de travail spécial sur la SIMR, T3 2019** Troisième trimestre 2018



## 2.6.2 Déclarations et réactions des partenaires

### 2.6.2.1 L'UNICEF

*Mme Susie Villeneuve*, représentante de l'UNICEF, a remercié tous les partenaires pour leur rôle et leur contribution à la gestion des situations d'urgence et ajoute que l'une des principales responsabilités de l'organisation est de fournir des vaccins et autres services d'appui pour lutter contre les épidémies, ce qui inclut les services liés à l'éducation et à l'assainissement, tout en garantissant l'équité et la sécurité aux femmes et aux enfants. Elle a indiqué que l'UNICEF a préparé un document soumis à adoption qui décrit clairement les différents domaines de collaboration avec les autres partenaires. Selon elle, cette réunion est un bon point de départ. Parmi les domaines de partenariat potentiel figurent la planification conjointe ainsi que la tenue de réunions et de conférences ad hoc et sur la santé.

L'UNICEF est dotée d'une expertise dans les situations d'urgence sanitaire et d'une équipe solide en matière de cybersanté, aussi est-elle en mesure d'apporter un soutien à la e-SIMR, de contribuer à la surveillance à base communautaire en temps réel, aux activités transfrontalières et au renforcement du système de santé. Des fonds ont été consacrés à certaines des activités déjà mises en œuvre par l'UNICEF dans certains pays et peuvent être élargis à un plus grand nombre de pays. Ces domaines seraient donc pris en charge dans le cadre de la feuille de route.

**Commentaire :** L'OMS dispose actuellement de pôles fonctionnels dotés d'experts dans certaines régions données ; les systèmes peuvent être renforcés en œuvrant en partenariat avec l'UNICEF.

### 2.6.2.2 CDC C-US

*Le Dr Olga Heno*, représentante du CDC, s'est engagée à continuer à fournir un appui technique par l'intermédiaire des bureaux nationaux et de la structure du hub. Elle est consciente du besoin de

renforcer les capacités à plusieurs niveaux, à savoir national, régional, local et du district. En Sierra Leone par exemple, le personnel du CDC s'occupe directement de la formation. La proposition d'un forum où tous les partenaires peuvent se retrouver et d'une réunion du Groupe de travail spécial sont autant de bonnes initiatives que l'on peut compléter par des appels téléphoniques réguliers (tous les mois ou trimestres) afin de discuter des progrès de la mise en œuvre.

### 2.6.2.3 USAID

*Le Dr Andrea Long Wagar*, représentante de l'USAID, a demandé si les points focaux nationaux sont associés au volet d'expertise technique pour la formulation du nouveau Guide de la SIMR. Elle a fait remarquer que cela permettrait d'améliorer et de faciliter l'adoption du Guide car ces derniers connaissent mieux les réalités du pays. À des fins de pérennité et compte tenu de la diminution des ressources, il est essentiel de se tourner d'abord vers les pays avant de faire appel à des partenaires.

Elle préconise de renforcer la coordination dans l'optique de parvenir à une compréhension commune de l'approche Une seule santé et de mieux se concentrer sur les institutions nationales, ainsi les pays seront mieux préparés à riposter aux situations d'urgences.

**Commentaire :** Le nouveau Guide sera d'abord mis au banc d'essai dans 6 pays (en fonction de critères prédéterminés) avant finalisation et diffusion aux autres pays. Il convient de rappeler aux membres que le Guide offre une certaine souplesse pour permettre l'adaptation au contexte de chaque pays.

### 2.6.2.4 CDC pour l'Afrique

*Le Dr Ahmed Zaghoul*, représentant du CDC pour l'Afrique a reconnu qu'il s'agit d'un projet ambitieux. Il suggère l'élaboration d'un mécanisme novateur pour l'intégration de la SIMR dans les différentes activités des partenaires afin d'éviter les doubles emplois. Il a souligné que les rapports de l'EEC révèlent que les pays ont des points faibles et que le CDC pour l'Afrique s'emploie à les accompagner



pour remédier à ces faiblesses. Il a décrit les domaines prioritaires du CDC pour l'Afrique, notamment le renforcement des centres d'appui aux situations d'urgence. Pour les prochaines étapes, il s'agira de veiller à l'harmonisation de la surveillance électronique, indépendamment de la plate-forme utilisée. Il suggère de créer une plate-forme en ligne qui permettra à un plus grand nombre de spécialistes de fournir régulièrement des commentaires et des informations à jour qui pourront être évalués par des experts techniques de l'OMS, ce qui constitue aussi un moyen de faire participer un plus grand nombre de pays à la révision du nouveau Guide de la SIMR.

**Commentaires :** Il est rappelé qu'il existe déjà une forme de collaboration que l'on peut développer bien que le retour d'information se soit avéré assez lent dans le passé. La surveillance sur support papier ne disparaît pas, puisque que les versions électroniques seront complémentaires. On rappelle la nécessité de continuer à s'appuyer sur des structures existantes, telles que des POS publiées par exemple, en attendant la révision du guide.

### 2.6.2.5 OOAS

La feuille de route de l'OOAS 2016/2017 est alignée sur celle qui a été élaborée. Plusieurs activités seront mises en œuvre en partenariat mais il a été préconisé d'octroyer plus de temps pour certaines activités notamment : la mise en œuvre de la formation en ligne et l'intensification de la surveillance transfrontalière ; la formation du personnel aux frontières ; et l'élaboration de modules didactiques tenant compte de l'approche Une seule santé pour la formation du personnel.

**Commentaires :** L'OMS œuvre en étroite collaboration avec l'OOAS pour mettre en œuvre la SIMR dans tous les pays. Il est indubitable que le travail accompli au sein de la CEDEAO a fait progresser l'harmonisation et la mise en œuvre rapide de la SIMR dans 17 pays et a permis de renforcer d'approche Une seule santé en Afrique de l'Ouest.

### 2.6.2.6 FAO

TM. Charles Eric Bebay, représentant de la FAO, a indiqué que son organisation s'engage à soutenir l'approche Une seule santé et les principales activités de coordination y relatives. Il a fait observer qu'une mobilisation technique est possible lors de l'élaboration des POS et le soutien de la FAO doit favoriser l'harmonisation et dissiper toute confusion au sein des pays, comme c'est souvent le cas si chaque partenaire cherche à réaliser ses propres activités. Il propose d'élaborer un cadre de suivi de l'approche Une seule santé et de faire rapport aux pays et à toutes les parties prenantes. Le système de santé animal est fragile, il est nécessaire de renforcer les capacités par la formation d'épidémiologistes par exemple et de partager systématiquement les informations. Il est également important d'associer les services vétérinaires et d'assurer leur présence au niveau communautaire. L'objectif visé avec le soutien de l'USAID est de déployer des points focaux experts en santé animale qui apporteront une assistance dans les pays.

**Commentaires :** Définir les domaines de collaboration dans le domaine de la santé animale ; il existe de nombreux systèmes de préparation précoce pour de nouvelles maladies qui n'ont pas encore été adoptés en Afrique, malgré les avertissements des météorologues concernant la tendance aux événements climatiques extrêmes. En effet, dans les situations de sécheresse par exemple, ce ne sont pas uniquement les animaux qui meurent. L'ensemble des 47 pays se sont déclarés disposés à se doter de NAPL à la suite de l'EEC. Le plus important est à présent est la mise en œuvre. Un participant indique que toutes les activités relatives à la l'EEC ont été effectuées en collaboration avec la FAO et l'OIE et un manuel a été publié sur la mise en œuvre et le suivi de l'EEC; ces derniers peuvent servir à évaluer l'état d'avancement de l'approche Une seule santé.

### 2.6.2.7 ECSA

L'ECSA coordonne les activités de la Région Afrique australe et veille à l'harmonisation des activités.



Parmi les activités les plus récentes figurent l'amélioration de la surveillance aux frontières internationales. Citons également, un système de surveillance électronique mis au point pour le partage d'informations sur les différentes maladies prioritaires; le renforcement des capacités, en particulier au sein des services de laboratoire; et la formation. Le Dr Willy, représentant de l'ECISA, exprime le souhait de voir effectuer des exercices de simulation sur la surveillance, car cela offre la possibilité d'évaluer le fonctionnement des systèmes. Il a demandé aux membres d'aider à la préparation de lignes directrices pour éradiquer le choléra, qui prend une ampleur croissante dans la région Afrique orientale et australe.

**Commentaires :** Il existe une volonté politique de contrôler les deux maladies prioritaires que sont le choléra et la fièvre jaune, d'ailleurs, les ministres de la Santé de la Région se sont fermement prononcés en faveur de la formulation d'une stratégie régionale de lutte contre le choléra et l'élimination de la fièvre jaune en Afrique.

### 2.6.3 Résumé des recommandations de la réunion des partenaires et perspectives d'avenir

- Promouvoir la normalisation de la cybersanté et mettre en œuvre l'approche Une seule santé ;
- Le système de santé animal est fragile, il est nécessaire de renforcer les capacités, par la formation d'épidémiologistes par exemple, et le partage d'information ;
- Mettre l'accent sur la surveillance à base communautaire; le registre des rumeurs doit être maintenu et faire ensuite l'objet d'une investigation ;
- Il y a lieu de concevoir un cadre de suivi de la mise en œuvre de l'approche Une seule santé, et de la collaboration et de s'en servir comme mécanisme de compte rendu aux pays et à toutes les parties prenantes ;
- Renforcer les mécanismes de coordination pour éviter la duplication des activités des différents partenaires ;

- o Cartographier les activités menées par plusieurs partenaires afin d'optimiser les ressources et éviter les chevauchements d'activités. S'engager dans des activités déjà en place car bon nombre d'entre elles sont souvent très ingénieuses et ont juste besoin d'être améliorées sans devoir en réinventer de nouvelles ;
- o L'une des clés de la réussite de la mise en œuvre consiste à faire appel aux ressources nationales (les points focaux nationaux par exemple) lors de la préparation des documents techniques comportant des recommandations ; ceci permet en effet de favoriser l'appropriation de ces documents et d'en assurer la pérennité.

### Perspectives d'avenir

- Pour les neuf points énumérés, chaque partenaire a désigné les domaines dans lesquels il travaille :
  - Assurer un échange d'information trimestriel entre les partenaires afin de rester à jour; échanger les enseignements tirés et maintenir le contact afin de contrôler les niveaux de mise en œuvre ;
  - Organiser une réunion du Groupe de travail spécial tous les deux ans afin de faire le bilan des activités précédentes.

### Recommandations

Les participants ont formulé les recommandations suivantes à la fin de la réunion.

### Recommandations aux États Membres :

- Renforcement du système de santé et de la SIMR
  - Élaborer un Plan d'action national pour la sécurité sanitaire (PANSS), appliquant une approche multirisques/Une seule santé d'ici 2019 ;
  - Renforcer la mise en œuvre du système de surveillance des événements et de surveillance à base communautaire pour compléter la surveillance basée sur les indicateurs en



vue d'une notification rapide et d'une détection précoce des événements de santé publique;

- Investir des ressources nationales dans la mise en œuvre de la SIMR grâce à une allocation de fonds ou une ligne budgétaire à cet effet, permettant d'en garantir la pérennité;
- Les pays doivent avoir recours à des méthodes novatrices pour mobiliser les ressources nécessaires à l'élargissement de la SIMR..

#### ➤ Initiatives transfrontalières, collaboration et coordination intersectorielles

- Mettre en œuvre des cadres et outils pour renforcer la collaboration et la coordination transfrontalières;
- Mener des activités transfrontalières conjointes en matière de planification, mise en œuvre, suivi et évaluation..

#### ➤ Renforcement des capacités pour la SIMR

- Introduire la SIMR révisée dans les programmes de formation des institutions de formation sanitaire afin de disposer d'un corpus de ressources humaines formées;
- Soutenir la mise en œuvre du programme de cours sur la SIMR et le RSI dans les institutions de formation en santé publique d'ici 2019.

#### ➤ Mise en œuvre et pérennité de la surveillance électronique (e-surveillance)

- Élaborer un cadre juridique pour promouvoir la surveillance électronique;
- Élaborer un cadre de suivi et d'évaluation et les outils de notification pour l'e-surveillance.

#### ➤ Élaboration et diffusion des produits d'information

- Établir des politiques pour les produits d'information.

#### ➤ Indicateurs de performance clé pour la SIMR et le RSI

- Mettre en œuvre une surveillance basée sur les événements à l'aide de la SIMR révisée;
- Renforcer la coordination et le suivi et l'évaluation du RSI.

#### ➤ À l'OMS et aux partenaires

- Achever et diffuser la 3ème édition du Guide et outils de la SIMR ;
- Élaborer et diffuser des POS pour servir de repère aux mécanismes de coordination de la SIMR en tenant compte des approches « multirisques et Une seule santé », d'ici fin 2018;
- Élaborer et promouvoir la mise en œuvre d'un cadre et des outils pour renforcer la collaboration et la coordination transfrontalières, notamment un outil électronique interopérable dans le cadre de l'approche Une seule santé d'ici 2019;
- Tenir/organiser tous les deux ans une réunion du Groupe de travail spécial sur la SIMR;
- Diffuser les produits d'information nécessaires pour faciliter l'échange d'informations rapide entre les États Membres et les parties prenantes concernées;
- Aider les États Membres à élaborer des plans d'action qui sont régulièrement suivis et évalués ;
- Établir un mécanisme de coordination des partenariats au niveau régional et sous-régional;
- Disposer au niveau régional d'un personnel de santé apte à riposter rapidement à des épidémies et urgences sanitaires.

# CEREMONIE DE CLOTURE



**Le Dr Mireille N. Randria**, Chef de l'unité de surveillance épidémiologique à Madagascar, s'adressant à tous les partenaires, au nom des États Membres, a salué la qualité des présentations et s'est félicitée des échanges sur les expériences et les défis de mise en œuvre de la SIMR. Elle a évoqué les progrès accomplis au vu des avancées réalisées dans les pays à savoir l'existence de cadres et stratégies visant à améliorer la SIMR/RSI. Elle a remercié l'OMS et ses partenaires pour leur soutien à la réalisation de la SIMR et de la réunion du Groupe de travail spécial et demandé aux pays de mettre en œuvre les recommandations de la réunion afin de faire passer la SIMR à la vitesse supérieure. Elle a exhorté à la tenue de réunions régulières de ce type afin d'échanger les expériences en vue de la mise en œuvre de la SIMR.

**Le Dr Andrea Long Wagar**, conseiller principal pour les maladies infectieuses, représentant le Bureau Afrique et les partenaires de l'USAID, a remercié les organisateurs et les participants et indiqué que la réunion est une étape positive vers la consolidation des partenariats en vue de renforcer la sécurité sanitaire publique au niveau national et international. Elle a aussi noté que la prochaine revue du Guide technique pour la SIMR sera largement

renseignée par les discussions et recommandations de la réunion.

La journée s'est terminée par la cérémonie de clôture présidée par **le Dr Yoti Zabulon**, au nom du Directeur régional du Programme d'urgences sanitaires de l'OMS pour l'Afrique. Il a saisi cette opportunité pour remercier le Gouvernement ougandais ainsi que les participants, qui furent très actifs au cours de la réunion de trois jours et n'ont pas ménagé leurs efforts pour atteindre les objectifs de la réunion. Il a souligné combien il importe de déployer des efforts concertés pour atteindre l'objectif général de la réunion, à savoir la nécessité de mieux coordonner; d'intensifier les efforts sur la ligne de front et de promouvoir une plus grande collaboration transfrontalière; d'élaborer un meilleur cadre intégrant les approches multirisques et Une seule santé et d'exploiter les solutions électroniques. Il a également rappelé que le cours de formation en ligne sur la SIMR permettra d'accroître le nombre d'agents qualifiés. Il a souligné

la nécessité de consacrer davantage de temps, de ressources et de fonds au renforcement de la surveillance basée sur les événements, ce qui inclut la surveillance à base communautaire et la résistance aux antimicrobiens dans la Région africaine. Il a rappelé que la SIMR est l'une des pierres angulaires du GHSA et que pour l'Afrique, la SIMR est un outil de notification rapide, de détection précoce et de riposte en temps opportun. Il souhaite aux participants un bon retour dans leurs pays respectifs et déclare close la réunion du Groupe de travail spécial sur la SIMR.





# REMERCIEMENTS

Le président de séance exprime sa gratitude à tous les participants qui ont pris le temps sur leur agenda chargé de participer à cette réunion et de travailler d'arrache-pied pour atteindre les objectifs fixés. Ses remerciements s'adressent également au gouvernement ougandais pour avoir accepté d'abriter cette rencontre et au bureau de pays de l'OMS pour l'organisation pratique de la réunion sur le terrain.

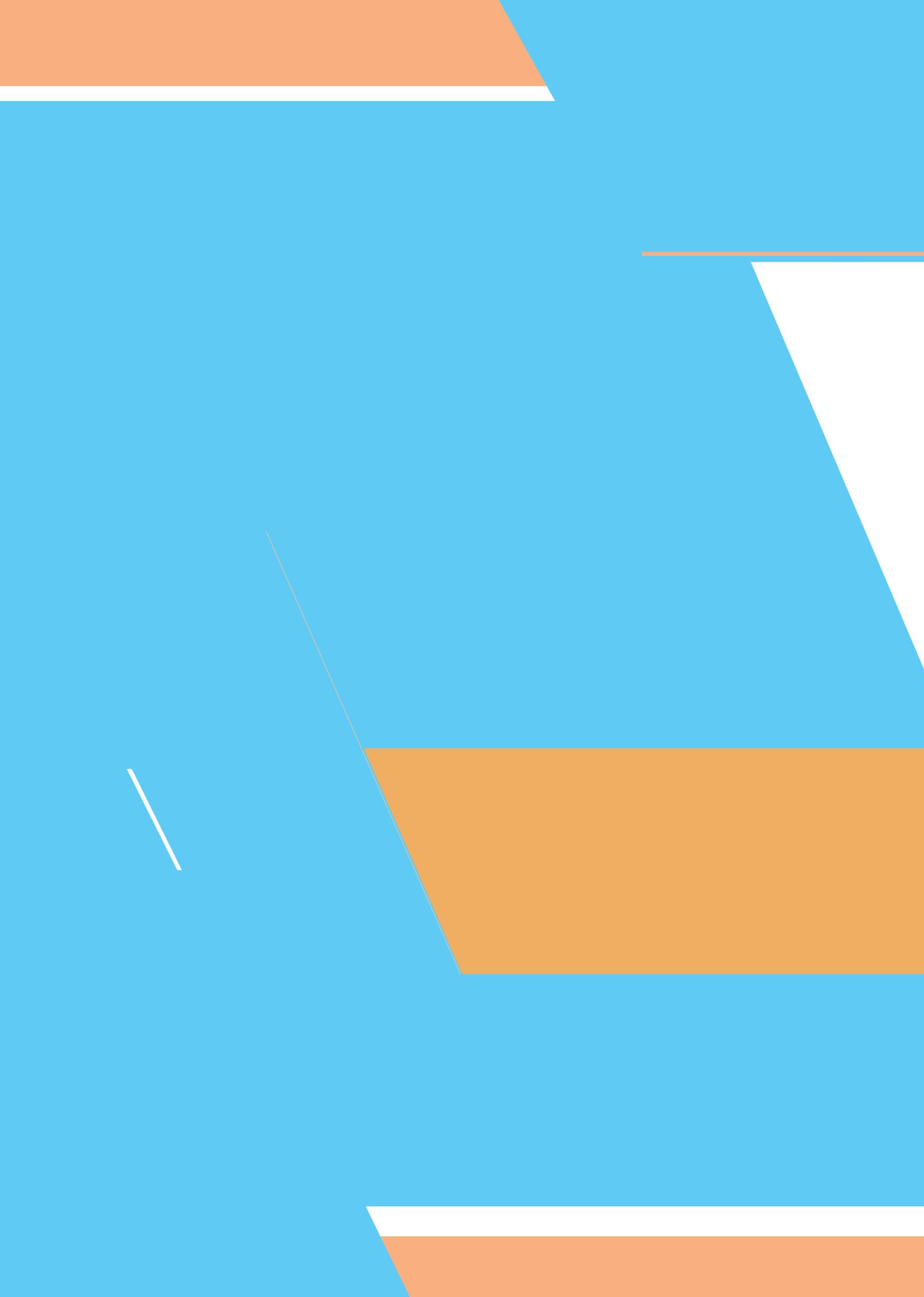
Il remercie les rapporteurs pour leur dévouement et pour avoir tenu les membres informés de la teneur des travaux grâce à leurs récapitulatifs et à leurs synthèses quotidiennes des séances.

Il remercie également les équipes d'appui, ce qui comprend le personnel technique, le personnel de l'hôtel, les interprètes et les chauffeurs pour leur dévouement au cours de la réunion.

Il exprime sa gratitude aux équipes de l'OMS/AFRO et du siège, qui ont fourni l'expertise technique, préparé la rencontre et assuré le secrétariat.

Enfin, il exprime sa reconnaissance aux différents partenaires : le CDC des États-Unis, l'USAID, la FAO, l'UNICEF, l'AFENET, le CDC pour l'Afrique, l'OOAS, ECSA-HC et Public Health England qui ont octroyé un appui multiforme afin de garantir le succès de cette réunion.





# ANNEXES



# ANNEXE 1 TERMES DE REFERENCE

## I. Introduction

Le Comité régional du Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique (OMS/AFRO) a adopté en septembre 1998, la résolution AFR/RC48/R2 invitant les États Membres à mettre en œuvre la stratégie de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR). La SIMR est une stratégie fondée sur des bases factuelles en vue de renforcer les systèmes nationaux de surveillance de la santé publique et la riposte dans les pays africains.

En 2000, le Groupe de travail spécial sur la SIMR a été établi afin de conseiller le Directeur régional sur les questions liées à la mise en œuvre de la SIMR. Sa première réunion a eu lieu à Harare, Zimbabwe, en 2000, et fut suivie de réunions annuelles jusqu’en 2005.

En mai 2005, l’Assemblée mondiale de la Santé adopte par la résolution WHA58.3 la version révisée du Règlement Sanitaire International (RSI, 2005) en vue de renforcer la sécurité sanitaire mondiale, tout en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux. Les exigences en matière de capacité essentielles du RSI sont clairement définies à l’article 5 et comprennent : la capacité à détecter, évaluer, notifier et déclarer des événements ; ainsi que les exigences en matière de capacités de surveillance et de riposte ; et celles qui concernent les aéroports, les ports et les postes-frontières. Dans la Région africaine de l’OMS, la SIMR constitue le principal instrument encadrant les réalisations majeures, à savoir : les progrès vers l’éradication de la poliomyélite, la lutte et l’élimination des principales maladies évitables par la vaccination (rougeole, fièvre jaune et tétanos néo-natal), et l’ensemble des progrès réalisés dans la surveillance des maladies prioritaires telles que le paludisme, la tuberculose et le SIDA.

En dépit de leur adoption, ces résolutions ont été mise en œuvre avec plus ou moins de succès dans différents pays, raison pour laquelle faire face aux situations d’urgence sanitaire demeure une préoccupation majeure. En outre, la SIMR s’est heurtée à des défis importants au cours de ces dernières années dont : la conception d’un système de surveillance parallèle financé par la lutte contre certaines maladies particulières, l’insuffisance de ressources

financières pour la mise en œuvre de la SIMR aux niveaux national et sous-national, les retards de notification par les agents de surveillance, la précarité de la surveillance à base communautaire, et la mobilité du personnel formé, qui sont autant de maux qui freinent les performances de la SIMR à l’échelle locale, nationale et mondiale. Ceci a de considérables répercussions sur le système d’alerte précoce et sur la sécurité sanitaire mondiale. Le nombre limité de pays qui partagent des données sur la SIMR a un impact négatif sur les objectifs et la prise de décisions en temps opportun.

Pour renforcer les capacités des États membres de la Région à prévenir, détecter et riposter aux situations d’urgence de santé publique dans le cadre de la stratégie régionale de sécurité sanitaire et la prise en charge des urgences sanitaires, il est nécessaire d’élargir la SIMR et d’en assurer la mise en œuvre sur la durée. L’existence d’une structure fonctionnelle de suivi et de la mise en œuvre de la SIMR est essentielle pour améliorer la performance de la SIMR.

Compte tenu de ce qui précède, le WHE/OMS/AFRO entend rétablir le Groupe de travail spécial sur la SIMR dans la Région afin de superviser la mise en œuvre des stratégies et interventions, et de mobiliser des ressources supplémentaires pour favoriser la réalisation des produits livrables prioritaires de la SIMR aux niveaux régional et national.

## II. Membres

Les membres du Groupe de travail spécial sont :

- Représentants nationaux : des cadres défenseurs de la cause de la SIMR dans six pays retenus en tenant compte de l’équilibre géographique à l’OMS (deux d’Afrique de l’Ouest, deux d’Afrique centrale et deux d’Afrique orientale/australe)
- Personnel de l’Organisation mondiale de la Santé :
  - Bureau régional pour l’Afrique :
    - Programme WHE: Administrateur régional de Programme, préparation nationale aux urgences sanitaires et RSI, point focal RSI



et sécurité sanitaire mondiale; point focal national surveillance intégrée des maladies; point focal formation sur la SIMR, point focal surveillance de laboratoire; point focal détection, vérification et alerte et gestionnaires de données

➤ Autres groupes organiques FRH, CDS, HSS, NCD, IVD et PEP) : point focal pour la surveillance

- Siège : point focal pour la surveillance
- Bureau de pays de l’OMS : Sierra Leone, Soudan du Sud, Libéria, République démocratique du Congo, Guinée et Rwanda.

➤ Autres institutions et organisations professionnelles qui partagent la vision, les buts et les objectifs d’AFRO en matière de mise en œuvre de la SIMR.

- Organisation mondiale de la santé animale (OIE)
- Organisation des Nations Unies pour l’alimentation et l’agriculture (FAO)
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC US)
- Agence américaine pour le développement international (USAID)
- Centre de prévention et de lutte contre les maladies en Afrique (CDC pour l’Afrique)
- Organisation ouest-africaine de la santé (OOAS)
- Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge (FICR)
- Réseau africain d’épidémiologie de terrain (AFENET).

Les membres représentant les pays et les Bureaux de pays de l’OMS seront admis sur une base de rotation. Ils effectuent un mandat de trois ans maximum, avec une rotation à partir de la 4ème année et un renouvellement des pays au sein de chaque sous-région.

### III. Fonctions

- Examiner chaque année les progrès accomplis par la Région dans la mise en œuvre de la stratégie SIMR en se fondant sur des indicateurs de base et formuler des recommandations sur les activités prioritaires ;
- Contribuer à la mobilisation de ressources techniques et financières pour la SIMR aux niveaux régional et national, et proposer des stratégies afin de mieux coordonner l’utilisation des ressources de la SIMR ;
- Renforcer la mise en œuvre des mécanismes de coordination de la SIMR ;
- Recommander des moyens de promouvoir l’échange d’informations et de bonnes pratiques sur la SIMR entre les États Membres et sur les questions de SIMR entre les parties prenantes ;
- Proposer un plan d’action régional de la SIMR et le budget y-afférent;
- Proposer le soutien technique nécessaire à la mise en œuvre de politiques, stratégies et plans nationaux de santé sur la SIMR et ses cadres connexes ;
- Faciliter la formulation de politiques fondées sur des données probantes et leur transposition en plans d’action.
- Formuler toutes autres recommandations au Directeur régional sur les voies et moyens d’améliorer la mise en œuvre de la stratégie de SIMR dans la Région africaine.

Dans l’optique d’assurer la mise en œuvre de ces fonctions, le secrétariat de l’OMS :

- Pilote le processus d’élaboration d’autres politiques, lignes directrices et outils nécessaires à la mise en œuvre et à l’élargissement de la SIMR comme de besoin ;
- Coordonne la mise en œuvre, le suivi et l’évaluation des activités prévues ;



- Assure avec les autorités nationales, le suivi de la mise en œuvre des recommandations adoptées par le Groupe de travail spécial.

D'autres institutions et organisations professionnelles assureront la mise en œuvre de volets cruciaux en fonction de leurs avantages comparatifs.

#### IV. Méthodologie de travail

- Le Groupe de travail spécial sur la SIMR est présidé par le groupe organique WHE/OMS-AFRO.
- L'OMS-AFRO assure le secrétariat et coordonne l'élaboration et la diffusion des lettres d'information trimestrielles.
- Le Secrétariat fait office de point de contact pour tous les membres, est chargé des archives et de faciliter la communication à toutes les réunions.
- Le Groupe de travail spécial se réunit chaque année et poursuit ses interactions par téléconférences et e-mails.
- Le Secrétariat produit un rapport annuel résumant les orientations stratégiques actualisées de l'organisation, les points saillants, les principaux enjeux et les nouvelles initiatives, dans un document ne dépassant pas 10 pages.

# ANNEXE 2 ORDRE DU JOUR DE LA REUNION

| Heure  | Activités  | Responsable  |
|--|--|--|
| Mardi 19 septembre 2017  |  |  |
| 08.30-12.30  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enregistrement des participants</li> <li>- Objectifs, résultats attendus et méthodologie de travail</li> <li>- Adoption de l'ordre du jour</li> <li>- Élection du Président et des Rapporteurs</li> </ul> <p>Pause café</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cérémonie d'ouverture</li> <li>- Représentant de l'OMS en Ouganda</li> <li>- Ministre de la Santé de l'Ouganda</li> <li>- Photo de groupe</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dr Yoti Zabulon, OMS/AFRO</li> <li>- RR</li> <li>- Ministre de la santé ou représentant de l'OMS</li> </ul> |
| <b>Objectif 1: Passer en revue les progrès réalisés dans la mise en œuvre de la stratégie de SIMR au cours de la dernière décennie et formuler des recommandations en matière d'interventions prioritaires</b> |  |  |
| 12.30-12.50  | Aperçu des stratégies actuelles et nouvelles et cadre pour le renforcement de la préparation dans la Région africaine de l'OMS   | Dr Ali Ahmed Yahaya, OMS AFRO  |
| 12.50-13.10  | Mise en œuvre du Programme de sécurité sanitaire mondiale dans la Région africaine de l'OMS : principales réalisations, enjeux, défis et perspectives  | Dr Henao, Olga, CDC des États-Unis   |
| 13.10-13.30  | Débat  |  |
| 13.30-13.50  | Activités de préparation et de riposte dans le contexte de l'approche « Une seule santé »  | Dr Charles Bebay, FAO  |
| 13.50-15.00  | Pause Déjeuner   |  |
| 15.00-15.20  | Mise en œuvre de la SIMR : enseignements tirés et prochaines étapes  | Dr. Ben Masiira, AFENET  |
| 15.20-15.40  | Débat  |  |
| 15.40-16.00  | Surveillance à base communautaire : enseignements tirés et bonnes pratiques  | Dr Franklin Asiedu-Bekoe, GHANA  |
| 16.00-16.20  | Surveillance basée sur les événements : enseignements tirés et bonnes pratiques  | Dr Mireille Randria, MADAGASCAR  |
| 16.20-16.40  | SIMR et système de santé : enseignements tirés et bonnes pratiques   | M. Thomas K. Nagbe, LIBÉRIA  |
| 16.40-17.00  | Débat  | Tous les participants  |
| 17.00-17.30  | Pause café   |  |



Mercredi 20 septembre 2017

**Objectif 2: Recommander des mesures pour renforcer les mécanismes de coordination de la SIMR**

|              |   |  |
|--------------|---|--|
| 08.30-08.45  | Récapitulatif du Jour 1   | RAPPORTEURS  |
| 08.45-09.00  | Investigation des épidémies et riposte : enseignements tirés et bonnes pratiques  | Dr Gaston Tshapenda, DR CONGO                        |
| 09.00-09.15  | Surveillance de la résistance aux antimicrobiens : enseignements tirés et bonnes pratiques  | Mme Tsakari Furumele, AFRIQUE DU SUD                 |
| 09.15-09.35  | Débat   |  |
| 09.35-09.50  | Partenariat pour la mise en œuvre de la SIMR  | Dr Ambrose Talisuna, OMS AFRO                        |
| 09.50-10.05  | Partenariat pour le renforcement de la préparation et de la riposte   | Dr Ahmed Zaghloul, CDC pour l'Afrique                |
| 10.05-10.20  | Mise en œuvre de la SIMR  | Dr Joseph Chokki-Laleye, OOAS                        |
| <b>Heure</b> | <b>Activités</b>  | <b>Responsable</b>                                   |
| 10.20-10.40  | Débat   |  |
| 10.40-11.00  | Pause café  |  |
| 11.00-11.10  | Mise en œuvre de l'approche Une seule santé au Cameroun : enseignements tirés et bonnes pratiques   | Dr Stéphane A. Abah Abah, Cameroun                   |
| 11.10-11.40  | Lancement officiel du cours de formation en ligne sur la SIMR   | Dr Boukare Bonkougou, OMS/AFRO                       |
| 11.40-12.00  | Débat   | Tous les participants                                |
| 12.00-14.00  | Pause Déjeuner  |  |
| 14.00-15.00  | Présentation des travaux de groupe<br>Travaux de groupe <ul style="list-style-type: none"> <li>– Groupe A Surveillance intégrée des maladies et la riposte et le renforcement du système de santé</li> <li>– <b>Groupe B</b> Collaboration transfrontalière pour les activités de préparation et de riposte, et la collaboration et coordination intersectorielles avant et pendant l'événement de santé publique</li> <li>– <b>Groupe C</b> Renforcement des capacités pour la SIMR, y compris la surveillance basée sur les événements</li> </ul> | Dr Pierre Nabeth, OMS/Siège<br>Tous les participants |
| 15.00-15.30  | Pause café  |  |
| 15.30-16.30  | Restitution et discussion   | GROUPES  |
| 16.30-17.00  | Conclusion  | Dr Ali Yahaya, OMS / AFRO                            |



Jeudi 21 septembre 2017

**Objectif 3: Recommander des mesures pour promouvoir l'échange d'informations sur la SIMR entre les institutions et les États Membres participants**

|             |   |  |
|-------------|---|--|
| 08.30-08.45 | Récapitulatif du Jour 2   | RAPORTEURS                             |
| 08.45-09.00 | Produits d'information et documentation   | Dr Pinyi N.M. Aupur, Soudan du Sud     |
| 09.00-09.15 | Mise en œuvre de la surveillance électronique : enseignements tirés et bonnes pratiques   | Dr Foday Dfaae, SIERRA LEONE           |
| 09.15-09.30 | Débat   |  |
| 09.30-10.00 | Pause café  |  |
| 10.00-12.00 | Présentation des travaux de groupe<br>Travaux de groupe<br><ul style="list-style-type: none"> <li>▫ <b>Groupe A:</b> Mise en œuvre et pérennité de la surveillance électronique (e-surveillance)</li> <li>▫ <b>Groupe B:</b> Élaboration et diffusion des produits d'information</li> <li>▫ <b>Groupe C:</b> Indicateurs de performance clé pour la SIMR et le RSI</li> </ul> Réunion des partenaires | Dr Daniel Yota, OMS/AFRO               |
| 12.00-13.30 | Pause Déjeuner  |  |
| 13.30-14.30 | Restitution et discussion   | GROUPES                                |
| 14.30-15.00 | Présentation de la synthèse de la réunion et des recommandations  | Dr Ambrose Talisuna, OMS/AFRO          |
| 14.45-15.00 | Pause café  |  |
| 15.00-15.30 | Discussion et validation du projet de rapport de synthèse et des recommandations  | OMS                                    |
| 15.30-16.00 | Allocutions de clôture  | Représentant des pays, USAID, OMS/AFRO |

# ANNEXE 3 LISTE DES PARTICIPANTS

|                      | Nom(s)                                       | Pays                 | Org/ministère. | Fonction   |
|----------------------|--|----------------------|----------------|--|
| <b>ÉTATS MEMBRES</b> |  |                      |                |  |
| 1                    | Dr Hannoun Djoher                            | Algérie              | JNSP           | <i>Chef du Département</i>   |
| 2                    | Dr Nesredin Jami Oumer                       | Botswana             | MdS            | Point focal SIMR   |
| 3                    | Dr Issaka Yaméogo                            | Burkina Faso         | MdS            | <i>Chef de service de la surveillance épidémiologique</i>                      |
| 4                    | Dr Spes Ndayishiniye                         | Burundi              | MdS            | <i>Chef de service des urgences et riposte aux épidémies et SIMR</i>           |
| 5                    | Dr Maria da Lourdes Monteiro                 | Cabo Verde           | MdS            | <i>Point Focal SIMR au MdS</i>   |
| 6                    | Dr Saindou Ben Ali Mbae                      | Comores              | MdS            | <i>Responsable national de la surveillance épidémiologique</i>                 |
| 7                    | Dr Dzabatou Babeaux<br>Angelie Serge Patrick | Congo                | MdS            | Directeur exécutif national ; (MCIP) VIH, MST, épidémies                       |
| 8                    | Dr Gaston Tshapenda                          | DRC                  | MdS            | Chef de la Division des maladies non transmissibles                            |
| 9                    | Dr N'guetta Niamké<br>Emilienne              | Côte d'Ivoire        | MdS            | <i>Chargé de la surveillance épidémiologique</i>                               |
| 10                   | Dr Benito Alu Nkumu                          | Guinée équatoriale   | MdS            | <i>Chez SIMR</i>   |
| 11                   | Dr FikreMariam Ghimichael                    | Érythrée             | MdS            | Chef, SIMR   |
| 12                   | Dr Grégoire Biyoghe Obame                    | Gabon                | MdS            | <i>Directeur de l'Institut d'épidémiologie et de lutte contre les endémies</i> |
| 13                   | Dr Balla Jatta                               | Gambie               | MdS            | Responsable de la surveillance nationale des maladies                          |
| 14                   | Dr Franklin Asiedu Bekoe                     | Ghana                | MdS            | Chef, Service de la surveillance des maladies                                  |
| 15                   | Dr Placido Cardoso                           | Guinée-Bissau        | MdS            | Président de l'Institut National de la santé publique                          |
| 16                   | M. Thomas K. Nagbe                           | Liberia              | MdS            | Directeur de l'épidémiologie et des maladies infectieuses                      |
| 17                   | Dr Mireille Randria                          | Madagascar           | MdS            | <i>Chef de service de la surveillance épidémiologique</i>                      |
| 18                   | M. Edward Chado                              | Malawi               | MdS            | Point focal SIMR   |
| 19                   | Dr Sidi Mohamed Laghdaf                      | Mauritanie           | MdS            | <i>Directeur de la lutte contre les maladies</i>                               |
| 20                   | M. Rajivsing Jeeto                           | Maurice              | MdS/QL         | Assistant principal Analyste de systèmes                                       |
| 21                   | Dr Narciso Antonio Maria Cardoso             | Mozambique           | MdS            | Département de l'épidémiologie   |
| 22                   | Mme Selma Mpingana<br>Matyenyika             | Namibie              | MdS            | Administrateur de programme national pour la surveillance                      |
| 23                   | Mme Aïchatou Mahaman                         | Niger                | MdS            | Point Focal SIMR au MdS  |
| 24                   | Kabeja Adeline                               | Rwanda               | MdS            | Directeur de la surveillance des maladies                                      |
| 25                   | M. João Costa Neto                           | Sao Tomé et Príncipe | MdS            | <i>Technicien de la Direction des Soins de santé</i>                           |
| 26                   | Dr Jastin Bibi                               | Seychelles           | MdS/PHA        | Responsable de la surveillance   |
| 27                   | Dr Foday Dafaë                               | Sierra Leone         | MdS            | Directeur de la prévention et de la surveillance des maladies                  |
| 28                   | Mme Furumele Tsakani                         | Afrique du Sud       | MdS            | Département national de la santé   |
| 29                   | Dr Pinyi Nyimol Mawien<br>Aupur              | Soudan du Sud        | MdS            | Directeur général des services de santé préventive                             |
| 30                   | M. Vusi Lokotfwako                           | Swaziland            | MdS            | Épidémiologiste  |



|                    |                          |               |                       |   |
|--------------------|--------------------------|---------------|-----------------------|---|
| 31                 | Dr Georges Cosmas Kauki  | Tanzanie      | MdS                   | Épidémiologiste/PF National SIMR  |
| 32                 | Dr Tamekloe Tsidi Agbéko | Togo          | MdS                   | <i>Chef, SIMR</i>   |
| 33                 | Dr Anne Nakinsige        | Ouganda       | MdS                   | Médecin chef  |
| 34                 | Dr Isaac Phiri           | Zimbabwe      | MdS                   | Point focal SIMR  |
| <b>Partenaires</b> |                          |               |                       |   |
| 35                 | Dr Ben Masiira           | Ouganda       | AFENET                | Épidémiologiste   |
| 36                 | Dr Willy Were            |               | ECSA-HC               | Médecin épidémiologiste   |
| 37                 | Dr Olga Henao            | USA-Atlanta   | US CDC                | Épidémiologiste   |
| 38                 | Dr Victor Etuk           | USA-Atlanta   | US CDC                | Épidémiologiste   |
| 39                 | Prof Isabel Oliver       | RU            | Public Health England | Directeur, Service d'épidémiologie de terrain et directeur de service national des injections |
| 40                 | Dr Andrea Long Wagar     | USA           | USAID                 | Conseiller principal pour les maladies infectieuses   |
| 41                 | Dr Charles Eric Bebay    | Congo         | FAO                   | Coordonnateur sous-régional Une seule santé   |
| 42                 | Dr Ahmed Zaghoul         | Égypte        | CDC pour l'Afrique    | Épidémiologiste   |
| 43                 | Dr Chokki Felicité       | Burkina Faso  | OOAS                  | OOAS-Bobo-Dioulasso   |
| 44                 | Mme Susie Villeneuve     | Sénégal       | UNICEF                | Spécialiste principal de la Santé   |
| 45                 | Dr Raoul Kamadjeu        | Kenya         | UNICEF                | Spécialiste de la santé   |
| <b>OMS</b>         |                          |               |                       |   |
| 46                 | Dr Yoti Zabulon          | Congo         | OMS/AFRO              | TCO/WHE   |
| 47                 | Dr Ali Ahmed Yahaya      | Congo         | OMS/AFRO              | CPIai/WHE   |
| 48                 | Dr Talisuna Ambrose      | Congo         | OMS/AFRO              | IHR-GHS/WHE   |
| 49                 | Dr Soatiana Rajatonirina | Congo         | OMS/AFRO              | IDS/WHE   |
| 50                 | Dr Boukare Bonkougou     | Congo         | OMS/AFRO              | Formation et renforcement des capacités/WHE   |
| 51                 | Dr. Ethel Nakakawa       | Rwanda        | OMS/AFRO              | Secrétariat   |
| 52                 | Dr Pierre Nabeth         | Lyon          | OMS/Siège             | Surveillance Préparation RSI  |
| 53                 | Dr Da Silveira Fernando  | Gabon         | WHO/HUB               | PEV/OMS ISTCA   |
| 54                 | Dr Banza Freddy          | Zimbabwe      | WHO/HUB               | Épidémiologiste   |
| 55                 | Dr Yota Daniel           | Burkina Faso  | WHO/HUB               | Épidémiologiste   |
| 56                 | Dr Charles Njuguna       | Sierra Leone  | OMS/BP                | Chef d'équipe SIMR/RSI  |
| 57                 | Dr Wamala Joseph         | Soudan du Sud | OMS/BP                | DPC   |
| 58                 | Dr Clement Peter         | Liberia       | OMS/BP                | DPC   |
| 59                 | Dr Komakech Innocent     | Ouganda       | OMS/BP                | NPO/DPR   |



# REMERCIEMENTS

L'équipe du Bureau Régional de l'OMS pour les urgences sanitaires en Afrique remercie les collègues suivants pour leur soutien et leurs contributions à ce rapport:

## Revue Générale

Dr Ibrahima Socé Fall

## Auteurs principaux

Dr Zabulon Yoti

Dr Ali Ahmed Yahaya

Dr Ambrose Otau Talisuna

Dr Soatiana Cathyia Rajatonirina

## Rédaction et révision

Dr Yota Daniel

Dr Banza Freddy

Dr Wamala Joseph

Dr Da Silveira Fernando

Dr Ethel Nakakawa

Dr Pierre Nabeth

Dr Boukare Bonkougou

Dr Charles Njuguna

Dr Clement Peter

Dr Komakech Innocent

## Conception

Mr Alden Moussongo Moukengue

L'équipe du Bureau Régional de l'OMS pour les urgences sanitaires en Afrique tient également à remercier les experts des États membres et des partenaires pour leur participation active aux présentations et discussions afin de permettre l'élaboration de ce rapport.

