

EXEMPLES DE RÉUSSITE DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE

**Présenter des réalisations et
obtenir un impact**



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**
Afrique

EXEMPLES DE RÉUSSITE DE L'OMS DANS LA RÉGION AFRICAINE

PRÉSENTER DES RÉALISATIONS ET OBTENIR UN IMPACT

© Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique, 2018

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué ci-dessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers.

L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Exemples de réussite de l'OMS dans la Région africaine : Présenter des réalisations et générer un impact. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>. Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Imprimer au Afrique du Sud

TABLE DES MATIÈRES



CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LE CHOLÉRA DE L'HISTOIRE EN RIPOSTE À UNE VAGUE D'ÉPIDÉMIES

07



VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DE MILLIONS D'ENFANTS AU NORD-EST DU Nigéria

19



GAGNER LA GUERRE CONTRE LA FFÈVRE JAUNE EN ANGOLA ET EN RDC

23

Sur la piste de la fièvre de Lassa au sud du Nigéria	01
Une petite boîte noire pour la détection et le suivi des épidémies	03
La plus importante campagne de vaccination contre le choléra de l'histoire en riposte à une vague d'épidémies	07
Recherche de personnes ayant été en contact avec un patient atteint de peste	11
L'Ouganda redouble d'efforts pour venir en aide aux femmes victimes de violence	13
Sénégal: la téléphonie mobile au service des patients atteints de diabète	15
Paludisme: davantage de femmes en Afrique bénéficient du traitement préventif pendant leur grossesse	17
La Zambie améliore le suivi des vaccins en temps Réel et réduit les ruptures de stocks	19
Vaccination contre la rougeole de millions d'enfants au nord-est du Nigéria	21
Gagner la guerre contre la fièvre jaune en Angola et en République Démocratique du Congo	23
Soudan du Sud: l'OMS renforce la détection et la riposte aux maladies infectieuses	27
Partenaire avec nous	29



SUR LA PISTE DE LA FIÈVRE DE LASSA AU SUD DU NIGÉRIA



Nafissa Ikerodah est à la fois détective et diplomate à ses heures. Un samedi matin, au début du mois de mars, cette responsable de la surveillance des maladies dans la région d'Edo se précipite dans une maison où un homme vient de décéder des suites d'une maladie liée à la fièvre de Lassa.

Le jeune père laisse deux fils qui présentent des symptômes de cette maladie infectieuse. Nafissa veut emmener les enfants à l'hôpital le plus rapidement possible. L'un des garçons est si faible qu'il peut à peine se tenir debout.

Nafissa doit aussi identifier toutes les personnes qui ont été récemment en contact physique avec le défunt pour pouvoir les placer sous surveillance et déceler des signes associés à la fièvre hémorragique virale.

Les deux rôles sont difficiles dans une communauté qui se remet d'un décès récent et où chacun craint pour sa propre vie.

« Ils ont toujours peur la première fois que vous leur rendez visite et qu'ils apprennent que vous êtes chargé de la surveillance des maladies », indique Nafissa.

Nafissa est accompagnée par Faith Ireye, coordonnatrice des activités de l'Organisation mondiale de la Santé dans l'État d'Edo. Les deux femmes prennent des dispositions pour qu'une ambulance

vienne chercher les deux garçons et demandent à la famille de leur communiquer les noms des contacts des patients décédés dans la communauté.

« La recherche des contacts est le fondement de la lutte contre les flambées de maladies infectieuses. Si la recherche des contacts n'est pas effectuée, les personnes qui entrent en contact avec des patients de la fièvre de Lassa restent chez elles, développent les symptômes de la maladie, infectent plus de personnes et amplifient l'épidémie », précise Faith.

Nafissa rend visite à chaque contact identifié du père décédé. Elle enregistre les noms, les numéros de téléphone et la date de leur dernière rencontre avec le patient. Elle donne à chacun d'eux un thermomètre pour contrôler la température personnelle et prend des dispositions pour appeler quotidiennement les contacts pendant les 21 jours suivants afin de relever leur température. Tout contact suspecté d'être infecté par la fièvre de Lassa est ensuite conduit à l'hôpital pour un test de confirmation et le patient est pris en charge dans une unité d'isolement spéciale en cas de test positif.

À la date du 18 mars, 3675 contacts de 376 cas confirmés de fièvre de Lassa avaient été identifiés au Nigéria et plus des trois quarts d'entre eux avaient terminé leurs 21 jours de surveillance.

L'OMS, le Centre nigérian de contrôle des maladies (NCDC) et le gouvernement local ont lancé une vaste campagne de sensibilisation des communautés dans l'État d'Edo où l'épidémie s'est propagée très rapidement.

Les séances de sensibilisation ciblent environ 9000 dirigeants communautaires, annonceurs municipaux, directeurs d'école, herboristes, travailleurs de santé, cliniciens, chefs religieux et femmes qui travaillent dans les marchés locaux.

Le virus de Lassa se transmet à l'homme principalement par la manipulation de rats infectés, d'aliments ou d'articles ménagers contaminés par l'urine et les déjections des rats. Le virus peut se propager d'une personne à l'autre par contact direct avec les fluides corporels d'une personne infectée par la fièvre de Lassa, ainsi que par la literie et des vêtements souillés.

Quantité de mesures préventives sont recommandées aux communautés, à savoir se laver les mains régulièrement, conserver les aliments dans des contenants munis de couvercles, garder les maisons propres et bien rangées pour empêcher les rats d'y entrer et cuire à point les aliments.

Le gari, qui est fabriqué à partir de tubercules de manioc, est un aliment de base dans cette partie du Nigéria. La tradition veut que les familles laissent le manioc écrasé sécher dehors au soleil. Pendant les séances de sensibilisation, les participants sont encouragés à sécher le gari en le faisant frire sur une cuisinière chaude au lieu de le sécher au soleil.

Après une séance de sensibilisation, Mary Enaholo, maîtresse d'école primaire, a indiqué avoir appris des leçons d'hygiène importantes qu'elle va partager.

« Je transmettrai les informations que j'ai apprises aujourd'hui à mes élèves, qui pourront ainsi répercuter ces messages chez eux », a-t-elle affirmé.

Mais changer les comportements est loin d'être une sinécure.

Dans une maison, Faith et son équipe ont découvert un panier rempli de rats faisant office d'animaux de compagnie pour un garçon. Non loin de là, du gari séchait au soleil. Faith a vivement conseillé au ménage de couvrir rapidement l'aliment.

L'OMS travaille avec les communautés pour diffuser des messages qui encourageront les actions préventives et qui permettront à terme de sauver des vies.

UNE PETITE BOÎTE NOIRE POUR LA DÉTECTION ET LE SUIVI DES FLAMBÉES



L'une des tâches les plus ardues lors d'une riposte à une situation d'urgence majeure de santé publique consiste à obtenir des renseignements exacts sur les flambées de maladies infectieuses. « EWARS in a box » contient tout l'équipement nécessaire pour mettre en place des activités de surveillance et de riposte, surtout dans des régions difficiles et éloignées sans accès fiable à Internet ou à l'électricité.

Les infections peuvent se propager bien plus rapidement que les rumeurs, particulièrement lorsque l'on ne dispose pas d'informations suffisamment fiables et actualisées pour détecter, suivre et réagir aux flambées épidémiques.

Sans une intervention rapide, les maladies infectieuses vont certainement se propager dans les situations d'urgence humanitaire, ce qui met la vie des populations en danger et coûte plus d'argent et de ressources à long terme.

La réponse de l'OMS à ce problème se trouve dans une valise noire à l'aspect robuste, baptisée « EWARS in a box ». Cette valise est le fruit du projet de mise en place d'un système d'alerte précoce, de veille et de réaction.

À l'intérieur de cette boîte qui ressemble à une autre se trouve tout l'équipement nécessaire à la mise en place d'un système de surveillance des maladies dans des endroits difficiles ou éloignés, dans un délai

de 24 heures. De plus, le système a été configuré pour fonctionner dans des endroits sans connexion fiable à Internet ou à l'électricité.

Des serrures et une mousse de protection grise sont deux couches d'équipement. Sur le dessus se trouve un ordinateur portable ordinaire, un DataHub de la taille d'une boîte de chocolats, et 60 téléphones portables Android, tous préalablement chargés avec un logiciel simple et personnalisé. Sous cet équipement se trouvent l'ensemble des connecteurs et des batteries nécessaires.

Une deuxième valise, plus petite, contient des chargeurs solaires portatifs, qui permettent au système de fonctionner sans électricité.

Le kit a été spécialement conçu pour une mobilité maximale. Sa taille et son poids permettent à une seule personne de le manipuler et de l'enregistrer comme bagage personnel.

« L'équipement doit être très simple pour que nous puissions installer le système le plus rapidement possible après une urgence », explique le Dr Chris Haskew, un épidémiologiste qui faisait partie de l'équipe qui a créé la boîte EWARS.

« Chaque téléphone va dans une clinique. Nous supposons que chaque établissement de santé couvre un bassin de 10 000 personnes, de façon à ce qu'un kit EWARS puisse couvrir un demi-million de personnes, ce qui constitue une zone d'urgence importante ou un camp de déplacés ».

Une fois qu'une boîte EWARS est sur place, la première tâche consiste à créer un compte et à l'adapter à l'urgence spécifique – langue, lieux, utilisateurs, maladies à surveiller, données requises, fréquence des rapports, etc.

Le formulaire personnalisé est ensuite automatiquement chargé sur les téléphones portables qui sont remis aux agents de santé locaux, qui peuvent immédiatement commencer à collecter des informations. Les collecteurs de données peuvent également utiliser leur propre téléphone Android en téléchargeant l'application à partir de Google Play Store. Les formulaires remplis sont automatiquement renvoyés via un signal mobile au DataHub, qui est conservé au centre des opérations d'urgence le plus proche.

Cette boîte permet au système de fonctionner entièrement hors ligne, de sorte que le personnel de l'OMS et du

ministère de la Santé puisse être rapidement alerté en cas de flambées potentielles. Le système décompose les chiffres en rapports automatisés qui peuvent être partagés presque en temps réel avec les partenaires sur le terrain et envoyés aux bureaux de l'OMS à travers le monde.

Le système ne se limite pas à la collecte de données, explique le Dr Haskew. « EWARS comprend trois parties. Pour l'alerte précoce, le système recueille des données hebdomadaires et les publie sous forme de bulletin. Une autre fonction consiste à générer et à gérer des alertes, qui sont ensuite vérifiées et, le cas échéant, transmises à des équipes d'intervention rapide qui évaluent le niveau de risque. Le troisième élément du système concerne la riposte en cas de flambée. Si une alerte est confirmée en tant que foyer réel, nous devons collecter des données plus détaillées sur les cas individuels. On peut le faire en utilisant la même application, notamment en configurant et en envoyant un autre formulaire directement aux téléphones de nos utilisateurs de première ligne. »

Par exemple, dans le cas de maladies hautement infectieuses comme la rougeole, un cas déclenche une alerte. D'autres maladies comme le paludisme ont une moyenne mobile. Une fois qu'une alerte est déclenchée, des notifications téléphoniques sont envoyées et des procédures de vérification et d'évaluation des risques sont mises en place.

L'application permet aux intervenants sanitaires d'accéder aux lignes directrices de l'OMS sur le terrain et de les rendre opérationnelles, par exemple en attribuant un niveau de risque à une alerte sur la base d'une matrice des risques recommandée. Le système fonctionne également dans les endroits éloignés, où il n'y a pas de couverture mobile.

« Il y a des endroits, par exemple au Soudan du Sud, où vous devez marcher pendant toute une journée pour obtenir l'information recherchée. Là-bas, vous n'êtes peut-être pas sur un réseau mobile. Mais le téléphone stocke les données et se synchronise automatiquement dès qu'il trouve une connexion, peut-être en haut d'une colline. »

En plus de la couverture Internet et de la téléphonie mobile, l'autre obstacle majeur auquel les créateurs d'EWARS ont dû faire face était la dissimilitude entre connexions électriques. Ainsi, l'équipement de terrain – les téléphones – peut utiliser des chargeurs solaires.

Le kit EWARS a été déployé pour la première fois en 2015 au Soudan du Sud, et il « fonctionne toujours bien » en dépit des conditions difficiles, relève le Dr Haskew. « Nous avons des taux d'exhaustivité de 20 % à 30 % dans le système précédent, qui était également confronté à de longs retards dans la réception et l'analyse des rapports au niveau central. Jusqu'à présent, en 2017, l'exhaustivité globale des rapports est supérieure à 70 % et nous sommes en mesure de publier automatiquement des bulletins chaque semaine ».

Depuis lors, il a été utilisé au Tchad, en Éthiopie, à Fidji, au Nigéria et au Yémen, et d'autres déploiements sont prévus en Iraq, dans le nord de la Syrie, aux îles Salomon et à Vanuatu. Chaque kit coûte environ S \$15 000.



« CHAQUE TÉLÉPHONE VA DANS UNE CLINIQUE. NOUS SUPPOSONS QUE CHAQUE ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ COUVRE UN BASSIN DE 10 000 PERSONNES, DE FAÇON À CE QU'UN KIT EWARS PUISSE COUVRIR UN DEMI-MILLION DE PERSONNES, CE QUI CONSTITUE UNE ZONE D'URGENCE IMPORTANTE OU UN CAMP DE DÉPLACÉS ».



LA PLUS IMPORTANTE CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LE CHOLÉRA DE L'HISTOIRE EN RIPOSTE À UNE VAGUE D'ÉPIDÉMIES



Deux millions de personnes dans cinq pays africains ont été protégées contre le choléra. La vague d'épidémies de choléra qui balaie l'Afrique a déclenché la plus vaste campagne de vaccination contre le choléra jamais vue, avec plus de deux millions de personnes à travers le continent qui s'apprêtent à recevoir le vaccin oral contre le choléra (OCV).

Les vaccins en provenance du stock mondial financé par Gavi, l'Alliance du Vaccin sont utilisés pour mener cinq grandes campagnes, en Zambie, en Ouganda, au Malawi, au Soudan du Sud et au Nigeria. Les campagnes, qui devraient s'achever mi-juin, sont mises en œuvre par les ministères de la santé de ces pays avec le soutien de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et des partenaires du Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC), essentiellement en riposte aux récentes épidémies de choléra.

En quinze ans, de 1997 à 2012, à peine 1,5 million de doses de vaccins contre le choléra avaient été utilisées dans le monde. Rien qu'en 2017, près de 11 millions de doses ont été distribuées, de la Sierra Leone au Bangladesh, en passant par la Somalie. Au cours des quatre premiers mois de 2018, ce sont plus 15 millions de doses dont l'utilisation mondiale a déjà été approuvée.

«C'est une riposte d'une ampleur sans précédent à la vague d'épidémies de choléra qui traverse l'Afrique», a déclaré le Dr Seth Berkley, Directeur exécutif de

Gavi, l'Alliance du Vaccin. «Nous avons travaillé dur pour constituer le stock et avoir suffisamment de vaccins pour être prêt à pratiquement toute éventualité. Mais vu le nombre croissant de personnes qui succombent actuellement à cette maladie terrible, mais évitable, il est plus que jamais évident qu'il est nécessaire d'améliorer la qualité de l'eau et de l'assainissement: c'est la seule solution durable à long terme aux épidémies de choléra.»

Par l'intermédiaire de son Bureau régional pour l'Afrique, l'OMS fournit régulièrement un appui technique et opérationnel aux pays d'Afrique, souvent affectés par le choléra. En particulier, depuis le début de l'année 2018, l'OMS collabore étroitement avec les ministères de la santé des cinq pays concernés à qui elle apporte expertise technique et conseils pour organiser et mettre en œuvre les campagnes de vaccination avec l'aide des différents partenaires. Cela fait partie de l'initiative mondiale visant à réduire de 90% le nombre de décès dus au choléra d'ici 2030.

Les vaccins oraux jouent un rôle essentiel dans notre lutte contre le choléra», a reconnu le Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus, Directeur général de l'OMS. «Mais ce n'est pas tout ; cela ne suffit pas pour assurer la sécurité des populations. Tous les jours, l'OMS et ses partenaires sauvent des vies en améliorant l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, en établissant des centres de traitement, en livrant des fournitures, en donnant des conseils en matière de santé publique, en formant les agents de santé et en œuvrant à la prévention aux côtés des communautés».

De nombreux pays africains paient toujours un lourd tribut au choléra. En date du 7 mai, de nombreux pays sont confrontés à des épidémies de choléra : au moins 12 régions ou pays d'Afrique subsaharienne font état d'une transmission active de la maladie. Ce qui se passe actuellement avec les vaccins oraux contre le choléra montre qu'avec une forte mobilisation des pays et des partenaires, il est possible de s'attaquer efficacement à la maladie si l'on dispose des moyens nécessaires.

«Le choléra resurgit à chaque saison des pluies et dévaste les communautés à travers l'Afrique», a ajouté le Dr Matshidiso Moeti, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. «Avec cette campagne historique de vaccination, les pays de la région montrent leur détermination à arrêter l'hécatombe due au choléra. Nous devons tirer parti de cette dynamique pour mettre en place une approche multisectorielle et veiller à ce que toute la population ait accès à l'eau potable et à un système d'assainissement, où qu'elle soit. Les 5 campagnes de vaccination africaines concernent les pays suivants:

NIGÉRIA

1,2 million de doses permettront de protéger autour de 600 000 personnes contre la nouvelle épidémie de choléra en train d'émerger dans l'État de Bauchi, où plus de 1 700 cas ont été signalés.

MALAWI

Un million de doses de vaccin anticholérique permettront de protéger plus de 500 000 personnes à Lilongwe pour combattre l'épidémie qui a déjà touché plus de 900 personnes à travers le pays.

OUGANDA

Les 360 000 doses de vaccin anticholérique expédiées en Ouganda sont destinées à protéger 360 000 personnes vivant dans le district de Hoima, dans l'ouest de l'Ouganda, suite à l'hospitalisation de plus de 900 personnes lors de l'épidémie survenue dans le camp de réfugiés de Kyangwali. Le pays s'engage maintenant dans un programme de lutte à long terme contre le choléra et projette de vacciner plus de 1,7 million de personnes dans les mois à venir.

ZAMBIE

667 100 doses de vaccin contre le choléra sont actuellement en cours de distribution dans le bidonville de Lusaka dans le cadre d'une deuxième distribution de vaccins après l'épidémie majeure qui a infecté plus de 5 700 personnes et fait plus d'une centaine de victimes. La Zambie s'engage également dans une lutte à long terme contre le choléra et prévoit des campagnes de vaccination dans d'autres zones critiques.

SOUDAN DU SUD

113 800 doses ont été expédiées à titre de mesure de prévention avant la saison des pluies dans ce pays déchiré par la guerre. Ces doses supplémentaires, qui s'ajoutent à celles qui restent des campagnes précédentes, seront affectées au comté de Panyijjar. Plus de 2,6 millions de doses de vaccin oral contre le choléra ont été administrées au Soudan du Sud depuis 2014.

«LE CHOLÉRA RESURGIT À CHAQUE SAISON DES PLUIES ET DÉVASTE LES COMMUNAUTÉS À TRAVERS L'AFRIQUE», A AJOUTÉ LE DR MATSHIDISO MOETI, DIRECTEUR RÉGIONAL DE L'OMS POUR L'AFRIQUE. «AVEC CETTE CAMPAGNE HISTORIQUE DE VACCINATION, LES PAYS DE LA RÉGION MONTRENT LEUR DÉTERMINATION À ARRÊTER L'HÉCATOMBE DUE AU CHOLÉRA. NOUS DEVONS TIRER PARTI DE CETTE DYNAMIQUE POUR METTRE EN PLACE UNE APPROCHE MULTISECTORIELLE ET VEILLER À CE QUE TOUTE LA POPULATION AIT ACCÈS À L'EAU POTABLE ET À UN SYSTÈME D'ASSAINISSEMENT, OÙ QU'ELLE SOIT.

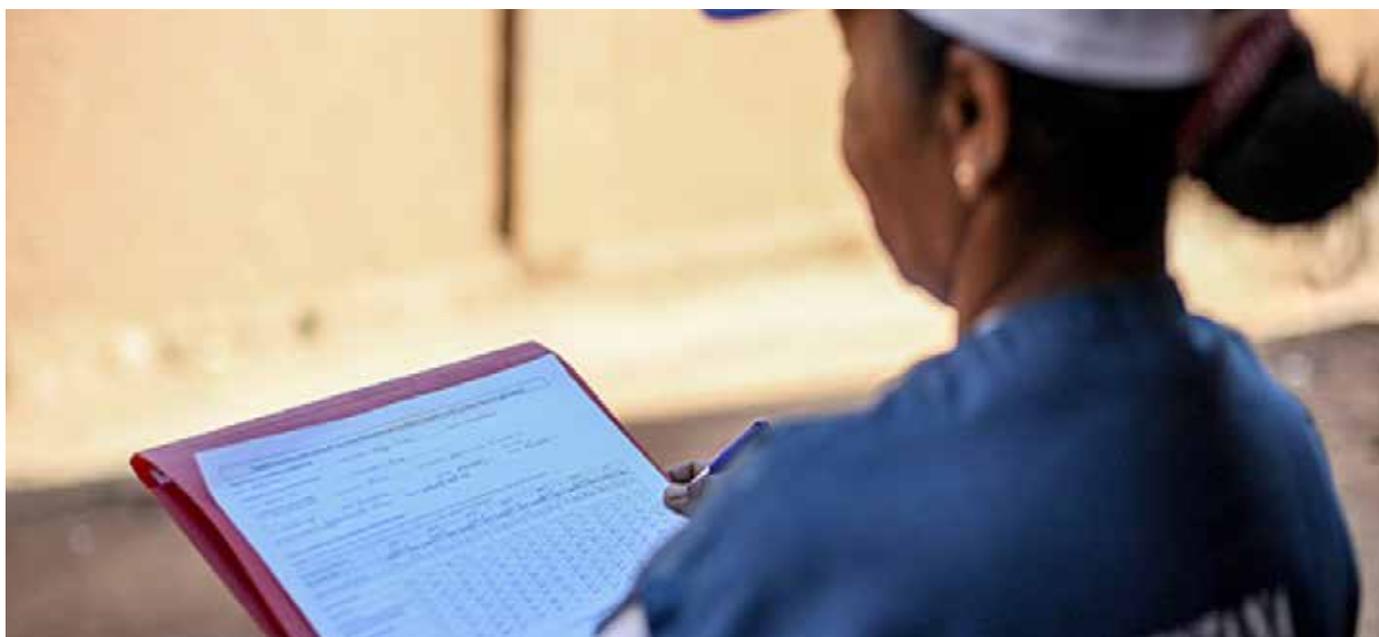
Le vaccin oral contre le choléra s'administre en deux doses. La première protège pendant six mois, la seconde trois à cinq ans. La deuxième série de vaccinations des cinq campagnes devrait se terminer mi-juin.

La Zambie et Haïti proposeront une résolution sur le choléra lors de la 71^{ème} Assemblée mondiale de la Santé qui se tiendra ce mois-ci; ces pays appelleront à éliminer le choléra et pour cela à réaffirmer la volonté politique et à adopter une approche intégrée incluant notamment l'amélioration de la qualité de l'eau, de l'assainissement et de l'hygiène (approche WASH, pour Water, Sanitation & Hygiene).

Le stock mondial de vaccins contre le choléra est géré par le Groupe spécial mondial de lutte contre le choléra (GTFCC) qui décide de l'utilisation du vaccin oral en-dehors des situations d'urgence, et par le Groupe international de coordination (GIC) qui décide de la riposte aux épidémies et réunit les représentants de l'OMS, de l'UNICEF, de la Fédération internationale des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR) et de Médecins sans frontières (MSF). Le stock de vaccin est entièrement financé par Gavi, l'Alliance du Vaccin, partenaire du Groupe spécial et observateur auprès de l'ICG.



RECHERCHE DE PERSONNES AYANT ÉTÉ EN CONTACT AVEC UN PATIENT ATTEINT DE PESTE



À Madagascar, où une grave épidémie de peste s'est déroulée depuis août 2017, on observe enfin une diminution du nombre de nouvelles infections. L'OMS apporte un soutien aux autorités sanitaires pour faire face à la flambée, notamment en mettant en place des unités spécialisées de traitement de la peste dans les centres de santé et en distribuant des médicaments dans tout le pays.

Une action particulièrement efficace a mobilisé des équipes de formation pour retrouver les personnes ayant été en contact avec un patient atteint de peste un système connu sous le nom de «recherche des contacts» afin de veiller à ce que ces contacts soient protégés contre la maladie.

UNE MALADIE SOUDAINE

Rakoto,* un homme âgé de 17 ans originaire d'Antananarivo, a commencé à développer des symptômes de la maladie en octobre. Malgré une toux et des traces de sang dans ses expectorations pendant plusieurs jours, Rakoto était réticent à se rendre dans un centre de santé.

La flambée de peste figurait tous les jours dans les bulletins d'information et sa famille craignait qu'il ne soit infecté. Lorsque Rakoto s'est écroulé alors qu'il rendait visite à sa tante, son père l'a conduit à un dispensaire.

Les analyses cliniques ont confirmé que Rakoto était en effet atteint de la peste. Il avait contracté la forme pulmonaire qui touche les poumons et peut se propager à d'autres personnes par contact avec des expectorations infectées. Il a été mis sous traitement.

Comprendre les déplacements de Rakoto avant son arrivée au dispensaire revêtait une importance primordiale. Le fait qu'il ait été symptomatique pendant plusieurs jours augmentait le nombre de personnes qui auraient pu être exposées.

TRACAGE DU PARCOURS DES PERSONNES INFECTÉES

Des agents de santé se sont entretenus avec Rakoto et sa famille afin d'obtenir des informations exactes sur les lieux où il s'était rendu durant la semaine précédant son admission au centre de soins. Ils ont appris qu'il était resté essentiellement chez lui, mais qu'il avait toutefois rendu visite à des proches. Il était aussi allé à l'église pour participer à une cérémonie de guérison, car il cherchait à soulager ses symptômes.

Les agents de santé ont transmis les informations à l'équipe de recherche des contacts dans leur zone, dirigée par l'épidémiologiste de l'OMS, Harena Rasamoelina. Ils ont travaillé ensemble pour constituer une liste des personnes ayant eu des contacts rapprochés (c'est à dire à moins de 2 mètres) avec Rakoto lorsqu'il était symptomatique. Ces personnes sont qualifiées de «contacts» et elles devront prendre des médicaments afin de ne pas également présenter des symptômes de la maladie.

Neuf équipes chargées de la recherche des contacts et dirigées par des épidémiologistes de l'OMS sont présentes à Antananarivo, la capitale de Madagascar. Les équipes collaborent avec 2 agents de santé communautaires dans chacun des près de 900 secteurs de la ville. Au plus fort de la flambée, ces équipes et d'autres équipes similaires dans d'autres districts ont suivi plus de 1000 contacts chaque jour.

Depuis que l'OMS a commencé à soutenir le ministère de la santé malgache en vue de la mise en place du système en octobre, plus de 7000 personnes ont été identifiées comme étant des contacts rapprochés. Quelque 99% d'entre elles ont reçu des conseils et des antibiotiques en quantité suffisante pour éliminer de leur organisme le bacille pesteux dans le cas où elles avaient été infectées.

Des équipes de suivi leur ont rendu visite 2 fois par jour pendant une semaine pour s'assurer qu'elles se sentaient encore bien, qu'elles prenaient des médicaments et pour répondre à toutes leurs interrogations.

«Il est encourageant de constater que sur les plus de 7000 contacts identifiés dans l'ensemble du pays, seuls 11 ont développé des symptômes», a déclaré le Dr Ngoy Nsenga, qui dirige l'équipe de l'OMS chargée de la riposte contre l'épidémie de peste. «Cette situation s'explique par le fait que nous les avons retrouvés rapidement et qu'ils ont immédiatement reçu un traitement préventif. La peste pulmonaire se propage entre les personnes en contact rapproché. La recherche des contacts constitue l'un des meilleurs outils pour mettre un terme à la transmission.»

FORMATION À LA RECHERCHE DE CONTACTS

Alors que l'épidémie de peste se propageait rapidement jusqu'en septembre, l'OMS a identifié la recherche des contacts comme étant l'une de ses interventions les plus urgentes. À la mi-octobre, près de 4000 agents chargés de la recherche de contacts et responsables d'équipe ont été formés dans tout le pays.

«Les équipes du ministère de la Santé ont été submergées. Elles ne disposaient pas de suffisamment de personnel pour faire le suivi de l'ensemble des cas afin d'identifier les contacts», a déclaré Freddy Banza, coordonnateur régional de l'OMS sur le terrain à Antananarivo. «Nous devons multiplier le nombre d'agents chargés de la recherche des contacts.»

L'OMS a élaboré un cours de formation visant à expliquer le fonctionnement de la recherche de contacts, ainsi que les particularités d'une flambée de peste pulmonaire. L'Organisation a ensuite organisé des formations dans l'ensemble des régions touchées.

«Nous avons formé autant d'agents communautaires que possible, car nous ne savons pas où la maladie se déclarera ensuite», a expliqué le Dr Nsenga. «Nous avons désormais augmenté les capacités pour faire face à la prochaine épidémie de peste, ou à toute maladie qui, à l'avenir, nécessiterait une recherche des contacts.»

En moyenne, pour chaque patient, il faut rechercher 10 contacts et leur administrer un traitement préventif. Du fait des nombreux déplacements de Rakoto alors qu'il était symptomatique, un suivi a dû être effectué pour plus de 20 contacts. Sur l'ensemble de ces contacts, aucun n'a développé de symptômes à la fin de son traitement.

L'UGANDA REDOUBLE D'EFFORTS POUR VENIR EN AIDE AUX FEMMES VICTIMES DE VIOLENCE



La violence à l'égard des femmes est un problème de santé publique d'ampleur mondiale. En Ouganda, plus de la moitié des femmes ont été confrontées à la violence au moins une fois dans leur vie, le plus souvent aux mains d'un partenaire intime; cela les empêche de se sentir en sécurité chez elles, alors que leur maison devrait être un abri.

«La violence à l'égard des femmes est partout en Ouganda», explique le Dr Olive Sentumbwe, administratrice du bureau de l'OMS en Ouganda, recrutée sur le plan national. «Quelle que soit leur place dans la société, les femmes sont victimes d'abus répétés, ce qui a des conséquences sur leur santé physique et mentale.»

La violence reste souvent cachée, car les victimes craignent pour leur sécurité ou ont peur d'être stigmatisées. Rares sont celles qui demandent de l'aide. Celles qui font appel à des professionnels se tournent souvent vers l'établissement de santé local, qui est en mesure de répondre à leurs besoins immédiats sur le plan physique ou mental, par exemple soigner les traumatismes ou donner accès à une contraception d'urgence.

Les femmes victimes d'actes de violence ont plus de risques de contracter des infections sexuellement transmissibles, notamment le VIH, de souffrir de traumatismes, de connaître des troubles liés à la consommation d'alcool, de souffrir de dépression, de tenter de se suicider ou de subir d'autres conséquences pour leur santé ; le système de santé est donc un acteur clé de l'appui aux victimes.

FAIRE EN SORTE D'ÉLIMINER UN PROBLÈME NATIONAL

Pour lutter contre le problème, le Ministère des questions de genre, du travail et du développement social a mis sur pied, en association, entre autres, avec les ministères de la santé, de la justice et de l'éducation, le plan d'action national pour l'élimination de la violence sexiste. Le plan d'action est axé sur la mise en application de la législation et des politiques nationales relatives aux violences domestiques et au viol conjugal, sur la mise à disposition de services de santé pour les victimes, sur la sensibilisation et sur la formation des forces de l'ordre et des agents de santé aux moyens d'action.

En 2015, l'OMS a travaillé avec le Ministère de la santé pour mettre à jour son manuel de formation national à la violence sexiste. Le manuel est maintenant utilisé, en association avec les lignes directrices cliniques et stratégiques de l'OMS ainsi qu'avec son manuel clinique sur la réponse aux actes de violence commis par le partenaire intime et aux actes de violence sexuelle, lors d'ateliers d'une semaine visant à former les prestataires de soins de santé, les dirigeants communautaires et les agents du système judiciaire à la façon de prendre en charge les victimes de violences.

À ce jour, plus de 400 agents de santé ont été formés dans le pays, ce qui a permis de créer un réseau de personnes engagées dans la lutte contre les violences à l'égard des femmes.

Une infirmière ayant assisté à une formation en 2016 a déclaré: «Le manuel clinique m'a permis d'acquérir les connaissances nécessaires pour déterminer qu'une personne est victime de violences et je suis maintenant capable de l'examiner, de lui administrer le traitement approprié et de l'orienter vers un autre service si nécessaire. »

Les établissements de santé du pays sont dotés de l'équipement nécessaire pour fournir un ensemble de soins de base aux victimes de viol, notamment une contraception d'urgence, un traitement prophylactique postexposition et un soutien en matière de santé mentale, conformément aux recommandations des lignes directrices de l'OMS.

L'OMS a également mis sur pied un manuel de sensibilisation et lancé en 2014 un groupe de porte-drapeau pour la lutte contre la violence sexiste afin d'attirer l'attention des décideurs politiques et d'encourager une intervention plus ferme de la part du Gouvernement.

«Maintenant, davantage de cas de violence sont signalés aux services professionnels dans tout le pays, ce qui veut bien dire que nous faisons des progrès», déclare le Dr Abdoulie Dodou Jack, représentant de l'OMS par intérim en Ouganda. « Nous ne savons pas encore si les comportements changent ou si l'incidence est en baisse, mais il ne fait aucun doute que les médias accordent une plus grande place à cette question, ce qui permet de sensibiliser la communauté. »

UN PROBLÈME MONDIAL

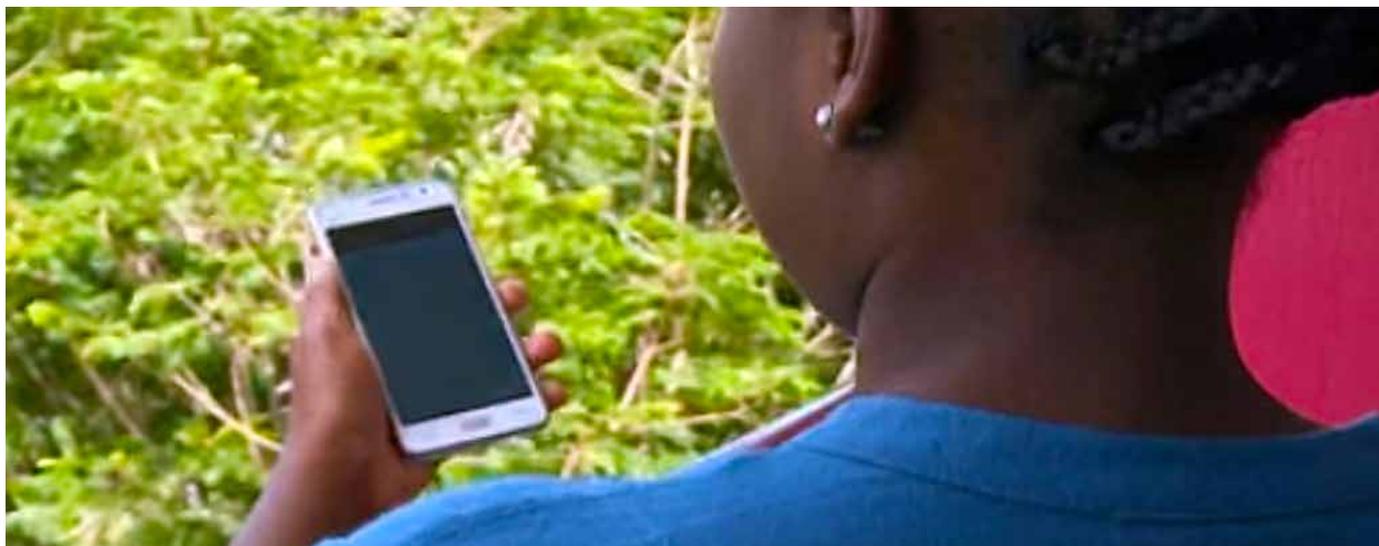
La violence à l'égard des femmes n'est pas seulement un problème en Ouganda, c'est un problème partout dans le monde. À l'échelle mondiale, environ une femme sur 3 a été victime dans sa vie de violence physique et/ou sexuelle exercée par un partenaire intime ou de violence sexuelle exercée par une autre personne.

En 2016, l'Assemblée mondiale de la Santé a adopté le Plan d'action mondial visant à renforcer le rôle du système de santé dans une riposte nationale multisectorielle à la violence interpersonnelle, en particulier à l'égard des femmes et des filles et à l'égard des enfants. Le plan encourage les pays à améliorer la prestation des services de santé et à accroître la capacité des agents de santé à appuyer les victimes, ce qu'a fait l'Ouganda.

L'OMS vient de publier un nouveau manuel portant sur le renforcement des systèmes de santé dans le but de venir en aide aux femmes victimes de violences exercées par le partenaire intime ou de violences sexuelles, qui fournit un guide pratique à l'intention des gestionnaires de la santé et des décideurs politiques pour la planification, la gestion et la surveillance des services destinés aux femmes victimes de violences.

«Les services de santé jouent un rôle crucial dans la lutte contre les violences à l'égard des femmes», dit le Dr Claudia Garcia-Moreno, qui dirige les travaux de l'OMS sur les violences à l'égard des femmes. «Ce guide est un outil pratique dont l'objectif est d'aider les pays à prodiguer aux femmes victimes de violences des soins de qualité, tout en protégeant leur vie privée et en garantissant leur confidentialité et le respect de leurs droits.»

SÉNÉGAL: LA TÉLÉPHONIE MOBILE AU SERVICE DES PATIENTS ATTEINTS DE DIABÈTE



Tous les matins, Mariama, mère de 6 enfants, se lève tôt pour aller vendre du poisson au marché local. Elle est diabétique depuis 10 ans et utilise régulièrement de l'insuline. Or, son traitement n'est pas le seul outil dont elle dispose pour prendre soin de sa santé – son téléphone portable joue un rôle crucial dans la surveillance de son diabète.

Grâce au programme mDiabète Sénégal, lancé cette année à l'occasion du ramadan, Mariama a trouvé qu'elle avait moins de mal à surmonter sa maladie tout en ayant l'énergie nécessaire pour travailler et s'occuper de sa famille. «Ces messages m'aident vraiment à prendre en charge ma maladie», déclare-t-elle. «Ils permettent aussi à ma famille de participer activement à son traitement.»

«Tous les jours, je demande à mon fils de vérifier s'il y a un nouveau message», ajoute Mariama. «En

général, il m'aide à comprendre ce que je dois faire pour rester en bonne santé et surveiller mon diabète, et on en parle ensuite ensemble.»

LE RÔLE DU TÉLÉPHONE PORTABLE

Les technologies de l'information et de la communication (TIC), en particulier le téléphone portable, modifient les attentes concernant l'accès à l'information sanitaire. Le téléphone portable peut concourir à prévenir ou à prendre en charge

correctement la maladie en prodiguant des conseils simples qui portent le plus souvent sur l'alimentation, l'exercice physique et la vérification des signes de complications comme le pied diabétique.

Depuis 2013, l'OMS collabore avec l'Union internationale des télécommunications (UIT) afin de permettre à des pays comme le Sénégal de lancer les services à grande échelle de la plateforme «mDiabète» à l'aide des téléphones portables. L'initiative conjointe Be He@lthy, Be Mobile vise à concevoir, à déployer et à élargir les services de prévention et de prise en charge du diabète et de plusieurs autres maladies non transmissibles.

Le diabète est à l'origine de l'un des premiers grands programmes de l'initiative Be He@lthy, Be Mobile. Cette dernière a élaboré un manuel s'adressant à tous les pays désireux de mettre en place des services à grande échelle, concernant notamment la teneur des messages envoyés par SMS et proposant un appui dans d'autres domaines comme la technologie, la promotion et l'évaluation.

Le recours aux SMS pour conseiller les patients accélère la diffusion de l'information destinée à aider la population à prendre en charge ou à prévenir la maladie. Cela réduit la prévalence et le coût des traitements et permet aux patients de vivre plus longtemps et en meilleure santé.

UNE PERSPECTIVE MONDIALE

Le diabète continue d'être un grave problème de santé publique. Depuis 1980, le nombre de diabétiques a quadruplé pour s'établir à 422 millions, en 2015, on estime qu'1,6 million de décès ont été directement causés par le diabète. Ces chiffres ne tiennent pas compte de l'impact supplémentaire de l'hyperglycémie qui provoque près de 2 millions de décès par an en augmentant le risque de maladies cardiovasculaires, rénales et de tuberculose. Un diabète mal contrôlé aggrave le risque de complications coûteuses et débilitantes comme la cécité, l'insuffisance rénale, les cardiopathies et les accidents vasculaires cérébraux, ainsi que l'amputation des membres inférieurs.

Le Sénégal a été le premier pays à lancer, en 2014, une campagne mDiabète ciblée afin d'aider la population à observer le jeûne du ramadan. Il s'agit aujourd'hui d'un service annuel qui a enregistré plus de 100 000 inscriptions en 2017.

D'autres pays lui ont rapidement emboîté le pas. En juillet 2016, c'est en Inde que le service mDiabète a été lancé, apportant aujourd'hui un soutien à plus de 96 000 utilisateurs. Une campagne annuelle pour aider les

diabétiques pendant le jeûne du ramadan a également été mise sur pied en Égypte. La campagne 2017 a permis de toucher plus de 175 000 personnes dans le pays.

DE L'INFORMATION À L'ACTION

Il faut impérativement formuler des recommandations faciles à suivre pour les patients diabétiques. C'est l'un des principaux enseignements tirés à ce jour concernant l'utilisation de cette application.

«Il importe de présenter les faits de manière à encourager les intéressés à appliquer ce qu'ils ont appris afin d'adopter un nouveau comportement», estime le Dr Douglas Bettcher, Directeur à l'OMS du Département Prévention des maladies non transmissibles, qui dirige l'initiative Be He@lthy, Be Mobile. «En proposant des informations sous une forme simple et pragmatique, les abonnés arrivent plus facilement à les intégrer dans leur vie quotidienne et à faire évoluer dans le bon sens leur alimentation, leurs habitudes et la pratique d'un exercice physique.»

C'est aussi une étape importante pour rendre les patients plus autonomes. Lorsqu'on leur donne la bonne information au bon moment, les patients peuvent prendre en charge leur pathologie entre 2 consultations chez le médecin ou le professionnel de la santé. En ce qui concerne les maladies chroniques, c'est essentiel pour améliorer la qualité de la vie et les résultats thérapeutiques.

Le Dr Prebo Barango, chargé de liaison OMS en Afrique pour l'initiative Be He@lthy, Be Mobile, explique qu'une meilleure connaissance du programme mDiabète a aussi influencé la façon dont les médecins soutiennent leurs patients. «Le programme a changé la donne des consultations médicales», rapporte-t-il. «Les médecins demandent à leurs patients s'ils ont reçu les messages par SMS, lesquels nécessitent un complément d'information pour s'assurer que le contenu a été bien compris. Le dialogue est plus constructif.»

Pour Mariama, l'avantage est manifeste. Un programme qui a débuté comme un simple service d'une durée de 6 semaines a grandement amélioré la façon dont elle prend en charge son diabète. «Grâce aux messages, je comprends que je dois constamment faire attention à ce que je mange et à quel moment», affirme-t-elle.

PALUDISME: DAVANTAGE DE FEMMES EN AFRIQUE BÉNÉFICIAIRES DU TRAITEMENT PRÉVENTIF PENDANT LEUR GROSSESSE



Dans les couloirs bondés d'un hôpital de Yaoundé, Esther Sabouangis est là pour une consultation prénatale. Elle a un peu plus de 30 ans et attend son troisième enfant. «Je dors sous une moustiquaire imprégnée d'insecticide et j'ai pris à chaque fois mes médicaments contre le paludisme. Je n'ai jamais eu de fièvre pendant ma grossesse et je n'ai jamais été malade. J'en suis très contente, pour mon enfant et pour moi-même.»

Esther a la chance de vivre dans une grande ville du Cameroun, où l'information sur les risques du paludisme pendant la grossesse est bonne. Le dispensaire public qu'elle fréquente offre les 3 doses au moins que l'OMS recommande pour protéger des effets dévastateurs du paludisme les mères et les enfants à naître. Encore mieux, les médicaments sont gratuits.

«Ce traitement préventif, appelé traitement préventif intermittent pendant la grossesse (TPIg), a été introduit au Cameroun il y a environ 11 ans, mais sa mise en place a été terriblement lente», déplore le Professeur Philip Nana Njotang, le médecin traitant d'Esther. «Il sauve des vies et, pour que les femmes enceintes en bénéficient, un moyen simple et évident semblait être de l'ajouter

aux soins prénatals existants, avec les moustiquaires imprégnées d'insecticide.

Environ 52 millions de femmes en Afrique subsaharienne tombent enceintes chaque année et sont exposées au risque d'exposition à *Plasmodium falciparum*, forme la plus mortelle du paludisme et ayant la plus grande prévalence sur le continent africain. Le TPIg évite la mort pour les mères et les nourrissons, l'anémie et d'autres effets indésirables du parasite pendant la grossesse.

L'OMS recommande le TPIg à toutes les femmes enceintes vivant dans des zones de transmission stable du paludisme en Afrique. Les doses doivent être données lors des consultations prénatales régulières dès le deuxième trimestre de la grossesse.

L'OMS a suivi la mise en œuvre de ses recommandations pour la prévention du paludisme chez les femmes enceintes. Le Rapport sur le paludisme dans le monde de 2016 a montré des progrès importants: près d'une femme enceinte sur 3 remplissant les conditions requises ont bénéficié d'au moins 3 doses du TPIg dans 20 pays d'Afrique subsaharienne.

RAPPORT 2016 SUR LE PALUDISME DANS LE MONDE

On estime cependant que 69% des femmes enceintes n'ont toujours pas le nombre recommandé de doses du TPIg. Cette année, lors de la Journée mondiale de lutte contre le paludisme, l'OMS appelle tous les pays d'endémie en Afrique et leurs partenaires du développement à rattraper d'urgence le retard dans l'accès au TPIg et aux autres outils essentiels de prévention.

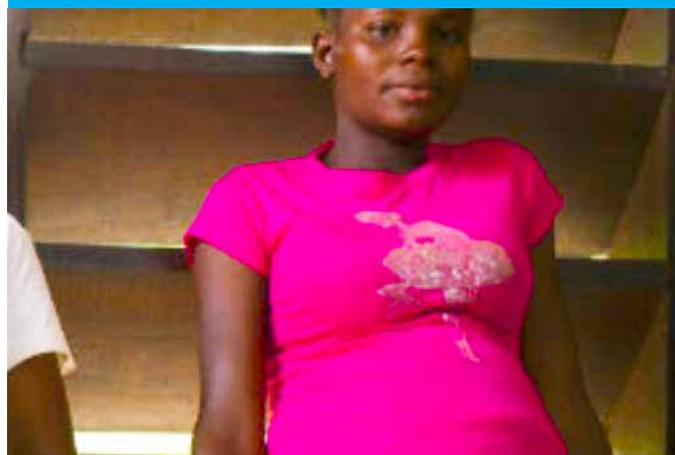
«Je pense qu'aujourd'hui à Yaoundé, environ 80% des femmes enceintes ont accès aux 3 doses du traitement. Mais en périphérie, dans les zones rurales, la situation est bien différente», indique le Professeur Nana.

Dans les zones rurales, les services de santé sont plus rares et les femmes souvent moins informées. Même si elles connaissent les avantages du TPIg, elles ne peuvent se le procurer que dans des pharmacies privées, à un coût parfois prohibitif.

«Notre système de santé dans les 10 régions du Cameroun n'a pas encore l'assise nécessaire pour délivrer à toute la population des soins systématiques de ce type. Si nos associations professionnelles, comme la Société des Pédiatres ou la Société des Obstétriciens par exemple, pouvaient aider à appliquer ces recommandations, les capacités seraient renforcées, il y aurait une promotion de ces services et la situation serait bien meilleure», suggère le Professeur Nana.

Esther fait en effet partie des mères qui ont de la chance. Elle a eu 3 grossesses sans paludisme et attend avec joie la naissance de son troisième enfant.

« JE PENSE QU'AUJOURD'HUI À YAOUNDÉ, ENVIRON 80% DES FEMMES ENCEINTES ONT ACCÈS AUX 3 DOSES DU TRAITEMENT. MAIS EN PÉRIPHÉRIE, DANS LES ZONES RURALES, LA SITUATION EST BIEN DIFFÉRENTE », INDIQUE LE PROFESSEUR NANA.



LA ZAMBIE AMÉLIORE LE SUIVI DES VACCINS EN TEMPS RÉEL ET RÉDUIT LES RUPTURES DE STOCKS



«Cela prenait souvent des jours pour avoir quelqu'un au téléphone et retrouver chaque registre», reconnaît Guissimon Phiri, Chef logisticien du Programme élargi de vaccination (PEV) au ministère zambien de la Santé. «Quand nous recevions les registres, ils étaient déjà dépassés et inexacts.»

En Zambie, les registres sur papier et les appels téléphoniques étaient auparavant le seul moyen pour le personnel du ministère de la Santé, basé à Lusaka, la capitale, de savoir si les établissements de santé et les entrepôts des districts et des provinces avaient suffisamment de vaccins. Comme aucun de ces registres d'approvisionnement n'était connecté à l'entrepôt national, les rapports n'arrivaient jamais à temps.

UNE SOLUTION ÉCONOMIQUE EN TEMPS RÉEL

Cherchant une solution pour suivre les vaccins en temps réel, le ministère zambien de la santé et l'Organisation mondiale de la Santé ont décidé de faire, début 2016, un essai pilote d'un système d'information en ligne pour la gestion de la logistique dans 34 établissements.

Par Internet et à l'aide de téléphones portables,

le système permet aux gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement dans les entrepôts et magasins nationaux, provinciaux et locaux de surveiller les stocks de vaccins, leur utilisation et leur péremption minute par minute. Le système contrôle aussi la chaîne du froid pour veiller à ce que les vaccins soient conservés en permanence à la bonne température.

«On a désormais plus de contrôle dans le système», explique Guissimon Phiri. «Dès qu'un vaccin est utilisé, le système est automatiquement mis à jour. Nous pouvons voir le niveau des stocks dans tous les établissements, prendre des décisions rapides sur les quantités à acheter et cliquer sur un bouton pour passer commande.»

Dans la capitale, le personnel du ministère de la Santé peut également se connecter au système et voir quand les registres d'approvisionnement n'ont pas été mis à jour. Si un délai important s'est écoulé depuis la dernière mise à jour du registre d'un établissement, ils appellent le gestionnaire de la chaîne d'approvisionnement et lui demandent d'améliorer la transmission des données. Le ministère de la Santé peut également voir qui fait les commandes, ainsi que les produits et les quantités commandés, ce qui aide à tenir les agents de santé responsables des sur-stockages ou des sous-stockages éventuels.

«Les vaccins deviennent plus chers», déplore Abrahams Mwanamwenge, logisticien du PEV pour l'OMS en Zambie, qui a contribué à mettre le système en place. «Ce système aide les établissements de santé à s'assurer que les vaccins qu'ils ont ne restent pas inutilisés.»

UNE RÉPONSE RAPIDE POUR L'APPROVISIONNEMENT

Le système s'avère déjà essentiel pour l'introduction de nouveaux vaccins et la mise en œuvre des campagnes nationales de vaccination. Lorsque le pays est passé du vaccin antipoliomyélitique oral trivalent (VPOt) au bivalent (VPOb), en avril 2016, le processus a été fluide. Les gestionnaires de la chaîne d'approvisionnement pouvaient voir les quantités de VPOt en stock dans chaque établissement et les remplacer facilement par le VPOb.

De même, quand plus de 6 millions d'enfants âgés de 9 mois à 15 ans ont été vaccinés contre la rougeole et la rubéole au cours d'une campagne nationale en septembre 2016, les agents de santé pouvaient voir quand les stocks de vaccins baissaient dans les établissements et en envoyer directement là où il y en avait le plus besoin.

«Avant ce système, les établissements de santé ne pouvaient pas anticiper la demande, ce qui entraînait des ruptures de stock», explique Abrahams Mwanamwenge. «Désormais, ils peuvent voir les quantités qui baissent et avertir quand on peut s'attendre à des ruptures de stocks.»

Avec un financement supplémentaire de l'UNICEF, le système a été désormais étendu à 115 établissements répartis dans chaque district de Zambie, avec chacun un personnel formé pour le gérer. Résultat, presque tous les établissements de santé transmettent chaque mois à temps leurs rapports au ministère de la santé et presque tous ont des stocks corrects, évitant que des vaccins restent inutilisés.

À l'avenir, le ministère de la Santé cherche à étendre encore le système pour voir s'il peut être utilisé pour d'autres médicaments essentiels et la surveillance des flambées épidémiques.

«AVANT CE SYSTÈME, LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ NE POUVAIENT PAS ANTICIPER LA DEMANDE, CE QUI ENTRAÎNAIT DES RUPTURES DE STOCK», EXPLIQUE ABRAHAMS MWANAMWENGE. «DÉSORMAIS, ILS PEUVENT VOIR LES QUANTITÉS QUI BAISSENT ET AVERTIR QUAND ON PEUT S'ATTENDRE À DES RUPTURES DE STOCKS.»



VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE DE MILLIONS D'ENFANTS AU NORD-EST DU NIGÉRIA



Une campagne de vaccination de masse visant à protéger plus de 4 millions d'enfants (4 766 214) contre l'épidémie de rougeole dans les États touchés par des conflits dans le nord-est du Nigéria a été menée.

Cette campagne qui a duré deux semaines, ciblait tous les enfants âgés de 6 mois à 10 ans dans des zones accessibles des États de Borno, Yobe et Adamawa.

«Cette campagne de vaccination contre la rougeole est une intervention d'urgence visant à protéger plus de 4 millions d'enfants (4 766 214 exactement) contre cette maladie très contagieuse et parfois mortelle», indique le Dr Wondimagegnehu Alemu.

«Des perturbations massives des services de santé dans les zones en proie à un conflit pendant de nombreuses années ont privé ces enfants des vaccins essentiels. En outre, beaucoup d'entre eux

souffrent de malnutrition grave, ce qui les rend très vulnérables à des complications graves et accroît le risque de décès dû à la rougeole.»

Le programme de lutte contre la poliomyélite apporte un soutien essentiel

L'OMS fournit un appui aux agences de développement des soins de santé primaires des trois états dans le cadre des préparatifs de la campagne; en collaborant avec les partenaires, notamment l'UNICEF, les Centers for Disease Control and Prevention des États-Unis d'Amérique, ainsi que d'autres organisations non gouvernementales s'intéressant à la santé. L'OMS

apporte un savoir faire dans les domaines de la logistique, de la gestion des données, de la formation, de la mobilisation sociale, du suivi et de l'évaluation, de l'encadrement positif (ressources humaines) et de la gestion des déchets.

«Le programme de vaccination contre la poliomyélite bien établi du Nigéria fournit une base solide pour le démarrage de la campagne», déclare le Dr Alemu. «Les données de population issues du programme de lutte contre la poliomyélite ont été essentielles pour orienter la planification de la campagne de vaccination contre la rougeole. Nous avons également la possibilité d'utiliser des personnels dotés d'une vaste expérience dans le domaine de la prestation de services de santé dans des zones difficiles et risquées.»

La forte insécurité, le terrain difficile et l'absence d'établissements de santé opérationnels viennent s'ajouter aux problèmes logistiques considérables liés à l'organisation d'une grande campagne de vaccination de masse pour laquelle il est nécessaire de rassembler et de former plus de 4000 équipes de vaccination et de garantir une conservation des vaccins respectant la chaîne du froid (de 2° à 8°C) dans un pays où les températures de jour moyennes sont supérieures à 30°C.

Dans le cadre de cette campagne, les équipes de vaccination sont composées de 7 personnes dont un superviseur, des vaccinateurs (agents de santé), des personnes chargées de la tenue des registres, des mobilisateurs de communautés et des crieurs publics. Parallèlement à la vaccination contre la rougeole, les équipes administreront également aux enfants un traitement vermifuge et des suppléments en vitamine A.

Afin d'éviter la double vaccination, en particulier en milieu scolaire et dans les camps de personnes déplacées, des cartes de vaccination seront délivrées à tous les enfants vaccinés et leur pouce sera marqué au feutre.

«Cette campagne de vaccination contre la rougeole est une intervention d'urgence visant à protéger plus de 4 millions d'enfants contre cette maladie très contagieuse et parfois mortelle» Dr Wondimagegnehu Alemu, Représentant de l'OMS au Nigeria

LES CAMPAGNES PRÉCÉDENTES ONT MONTRÉ DES RÉSULTATS

De début septembre au 18 décembre 2016, le système d'alerte et d'intervention rapide (EWARS: Early Warning, Alert, Response System) créé par l'OMS a notifié plus de 1500 cas suspects de rougeole dans l'État de Borno. Plus de 77% des enfants âgés de moins de 5 ans dans l'État de Borno n'ont jamais reçu de vaccin contre la rougeole et c'est dans ce groupe d'âge que la majorité des cas

surviennent.

Le ministère de la Santé de l'État de Borno, avec le soutien de l'OMS et des partenaires, a déjà vacciné plus de 83 000 enfants âgés de 6 mois à 15 ans vivant dans des camps de personnes déplacées où des cas de rougeole ont été signalés. Ces campagnes ont commencé à montrer des résultats, en effet on note une réduction des cas de rougeole autour des camps.

LES ENFANTS VULNÉRABLES NE SONT PAS PROTÉGÉS CONTRE LES MALADIES

La crise humanitaire provoquée par le conflit dans l'État de Borno a entraîné plus de 1,4 million de personnes déplacées qui vivent dans plus de 100 camps, parmi une population d'accueil d'environ 4,3 millions de personnes.

Avec des niveaux de malnutrition aussi élevés que 20% chez certaines populations dans l'État de Borno, ces enfants sont particulièrement vulnérables aux maladies comme la rougeole, le paludisme, les infections respiratoires et la diarrhée. Du fait de l'association de la malnutrition, du paludisme et de la rougeole, le nombre de décès d'enfants a augmenté et atteint un niveau 4 fois supérieur à ce que l'on considère comme le seuil d'urgence (8 décès par jour pour 10 000 enfants âgés de moins de 5 ans).

La rougeole est une maladie très contagieuse et grave, et l'une des principales causes de mortalité chez le jeune enfant. En 2015, plus de 134 000 cas de décès dus à la rougeole avaient été enregistrés dans le monde, dont la plupart étaient des enfants âgés de moins de 5 ans.

On estime que durant la période 2000-2015, la vaccination contre la rougeole a permis de prévenir 20,3 millions de décès. La vaccination contre la rougeole est ainsi une des meilleures options en matière de santé publique.

«LES DONNÉES DE POPULATION ISSUES DU PROGRAMME DE LUTTE CONTRE LA POLIOMYÉLITE ONT ÉTÉ ESSENTIELLES POUR ORIENTER LA PLANIFICATION DE LA CAMPAGNE DE VACCINATION CONTRE LA ROUGEOLE. NOUS AVONS ÉGALEMENT LA POSSIBILITÉ D'UTILISER DES PERSONNELS DOTÉS D'UNE VASTE EXPÉRIENCE DANS LE DOMAINE DE LA PRESTATION DE SERVICES DE SANTÉ DANS DES ZONES DIFFICILES ET RISQUÉES.»

GAGNER LA GUERRE CONTRE LA FIÈVRE JAUNE EN ANGOLA ET EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO



Plus de quatre mois se sont écoulés sans qu'un seul cas de fièvre jaune en Angola et en République démocratique du Congo n'ait été détecté grâce aux activités de riposte menées par les autorités sanitaires nationales, les personnels de santé locaux, de l'OMS et l'ensemble des partenaires.

«C'est incroyable qu'un groupe aussi grand et divers de partenaires ait pu se réunir pour protéger les populations de la fièvre jaune», a déclaré le Dr Matshidiso Moeti, Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique. «Je suis également fier de l'appui apporté par toute l'Organisation. Les personnels des trois niveaux de l'OMS, les bureaux dans les pays, le Bureau régional de l'Afrique et le Siège, ont uni leurs forces dans le cadre d'un système intégré de gestion de l'incident. Chaque niveau a joué un

rôle important: à commencer par celui des pays où la flambée sévit, puis celui du Bureau régional pour la supervision, le commandement et la lutte et enfin le niveau mondial pour la coordination de l'aide.»

En date du 16 novembre 2016, la flambée, détectée tout d'abord en Angola en décembre 2015, avait provoqué 962 cas confirmés de fièvre jaune dans 2 pays (884 en Angola et 78 en RDC) et plus de 7300 cas suspects. Le dernier cas confirmé en Angola a été enregistré le 23 juin et, en RDC, le 12 juillet.

Plus de 41 000 bénévoles et 8000 équipes ont participé aux campagnes de vaccination de masse. Les vaccins utilisés sont provenus d'une réserve mondiale cogérée par Médecins sans frontières (MSF), la Fédération internationale des sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (FICR), l'UNICEF et l'OMS. Rien qu'au premier semestre de 2016, les partenaires ont délivré plus de 19 millions de doses vaccinales, soit trois fois plus que les 6 millions de doses mises habituellement de côté pour parer à d'éventuelles flambées. L'Alliance GAVI a financé une proportion importante de ces vaccins.

«C'est le résultat d'un gigantesque effort», a reconnu le Dr Margaret Lamunu, gestionnaire d'incident au Siège de l'OMS pour la fièvre jaune. «On a vacciné 30 millions de personnes dans les deux pays. Pouvez-vous imaginer ne serait-ce que la logistique pour faire parvenir le vaccin à tant de monde? Beaucoup vivent dans des zones urbaines densément peuplées ou dans des villages ruraux isolés. Mais nous avons travaillé sans relâche avec les gouvernements concernés et nos partenaires, notamment l'Alliance GAVI, l'UNICEF, les CDC et tous les partenaires du GOARN et, ensemble, nous y sommes arrivés.»

UNE NOUVELLE APPROCHE POUR LA VACCINATION AU COURS DES FLAMBÉES DE FIÈVRE JAUNE

Quand, compte tenu de l'ampleur sans précédent de la flambée, il a fallu davantage de vaccins, l'OMS a consulté les experts mondiaux pour l'introduction d'une stratégie novatrice: la vaccination anti-amaril d'urgence par doses fractionnées.

«Nous avons vu des études montrant qu'un cinquième de la dose habituelle du vaccin anti-amaril conférerait l'immunité pendant au moins un an, voire plus», explique Sergio Yactayo, expert à l'OMS de la fièvre jaune.

«Dans une situation d'urgence urbaine comme celle-ci et pour obtenir une plus grande couverture avec les stocks limités de vaccins disponibles au niveau mondial, nous savions qu'une stratégie de fractionnement des doses permettrait d'apporter à davantage de personnes la protection requise pour stopper la flambée. Et heureusement, la République démocratique du Congo voulait tirer parti de cette nouvelle approche pour interrompre la transmission à Kinshasa, capitale tentaculaire où plus de 10 millions de personnes étaient

exposées au risque à l'approche de la saison des pluies. Ce soutien a été l'une des raisons essentielles expliquant pourquoi on n'a pas observé de cas liés à cette flambée dans ce pays depuis juillet.»

LE RAPPEL DE VACCINATION CONTRE LA FIÈVRE JAUNE N'EST PAS NÉCESSAIRE

En plus de soutenir les campagnes de vaccination de masse, l'OMS a collaboré avec les Gouvernements de l'Angola et de la République démocratique du Congo, ainsi que 56 partenaires mondiaux, pour renforcer les capacités des laboratoires et la surveillance de la maladie, endiguer la propagation des moustiques et engager les communautés à se protéger elles-mêmes en leur indiquant comment faire.

La riposte de l'Organisation à la flambée a été rendue possible grâce à l'appui financier de l'Angola, de l'Alliance GAVI, de BioManguinhos, du CERF, de l'Allemagne, du Fonds renouvelable du GIC, du Japon, de l'USAID et du fonds de réserve de l'OMS pour les situations d'urgence nouvellement créé.



«NOUS SOMMES RECONNAISSANTS AUX GOUVERNEMENTS DE L'ANGOLA ET DE LA RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO POUR LE RÔLE DIRECTEUR QU'ILS ONT JOUÉ DANS LA RIPOSTE JUSQU'À PRÉSENT. MAIS NOUS N'EN AVONS PAS ENCORE FINI», A CONTINUÉ LE DR MOETI. «NOUS DEVONS GARDER L'ŒIL SUR LA SITUATION DANS LES DEUX PAYS, EN PARTICULIER À L'APPROCHE DE LA SAISON DES PLUIES, UN PIC SAISONNIER POUR LES MOUSTIQUES PORTEURS DE LA FIÈVRE JAUNE. NOUS DEVONS CONTINUER À COLLABORER ENSEMBLE POUR NOUS ASSURER QUE CETTE FLAMBÉE EST VÉRITABLEMENT TERMINÉE ET EN ÉVITER D'AUTRES À L'AVENIR.»

ÉVITER DE NOUVELLES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE JAUNE À L'AVENIR

Des flambées comme celle en Angola et en République démocratique du Congo pourraient devenir plus fréquentes dans de nombreuses régions du monde si des mesures coordonnées ne sont pas prises pour protéger les populations les plus exposées au risque. Les changements climatiques, la mobilité interne et transfrontalière des populations, la recrudescence des moustiques *Aedes aegypti* sont autant de facteurs qui, ensemble, augmentent la probabilité des épidémies de fièvre jaune.

La prise de conscience de ce risque mondial accru a réuni récemment une large coalition de partenaires à Genève (Suisse), pour élaborer une nouvelle stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (dite EYE pour «Elimination of Yellow fever Epidemics»). Ses principaux éléments sont la vaccination préventive (à la fois dans le cadre des calendriers de vaccination systématique et dans celui des campagnes de masse), un développement de la réserve mondiale de vaccins pour les ripostes et l'appui à une plus grande préparation dans les pays les plus exposés.

«La bataille actuelle contre la fièvre jaune en Angola et en République démocratique du Congo arrive bientôt à son terme», a expliqué le Dr Moeti. «Mais ce n'est que le début d'une guerre plus vaste contre cette maladie.»



United Nations
World Food Programme
Cooperation

Health center registration form with various fields and checkboxes.

Health center registration form with a color-coded bar at the bottom.

SOUDAN DU SUD: L'OMS RENFORCE LA DÉTECTION ET LA RIPOSTE AUX MALADIES INFECTIEUSES



Lorsqu'une flambée épidémique de maladie infectieuse telle que la rougeole ou le choléra survient, un système efficace capable de la détecter rapidement est essentiel pour prévenir la propagation et sauver des vies et des ressources.

FORMER LES PERSONNELS DE SANTÉ À LA DÉTECTION DES MALADIES

L'OMS collabore avec le ministère de la santé et les partenaires pour le développement des compétences et des connaissances locales, notamment la formation de plus de 1300 agents de santé dans des domaines tels que la détection des maladies, l'enquête sur la flambée épidémique et la riposte.

«Le Soudan du Sud est un environnement de travail difficile en raison de l'insécurité et de la capacité limitée à atteindre les personnes les plus vulnérables du pays», a déclaré le Dr Abdulmumini Usman, Représentant de l'OMS au Soudan du Sud. «L'OMS met tout en œuvre pour détecter plusieurs flambées épidémiques et intervenir, et faire en sorte que le Ministère de la santé et les partenaires soient dotés des compétences et des connaissances leur permettant de remplir au mieux leur rôle avec les ressources limitées disponibles.»

Au Soudan du Sud, les maladies infectieuses constituent un problème de santé publique majeur et entraînent un nombre important d'affections, d'incapacités et de décès dans un pays déjà en proie à un conflit. L'insuffisance des systèmes de santé du pays aggrave la situation et empêche d'intervenir efficacement face à ces flambées épidémiques en grande partie évitables. De nombreux facteurs sont à l'origine des flambées épidémiques fréquentes, notamment les conflits qui entraînent des déplacements de populations, une surpopulation et des conditions environnementales défavorables.

Selon les estimations de l'OMS, 12,3 millions de personnes au Soudan du Sud sont exposées à un risque en raison des flambées épidémiques. En 2015 et 2016, l'OMS a permis d'identifier 49 flambées épidémiques, d'enquêter sur celles-ci et d'intervenir. Il s'agissait notamment de flambées de choléra, de rougeole, de fièvre hémorragique virale, de paludisme et d'hépatite E survenues dans plusieurs endroits.

Avec près de 3 millions de cas signalés depuis 2015, le paludisme est l'une des principales causes de maladie et de décès au Soudan du Sud. Le choléra constitue également un sujet de préoccupation majeur pour la santé, en effet plus de 4500 cas ont été signalés depuis 2015. La rougeole et le kala-azar représentent également des préoccupations majeures.

MAÎTRISER LES FLAMBÉES ÉPIDÉMIQUES

Depuis 2006, l'OMS collabore avec le Soudan du Sud pour aider à mettre en place un système pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte, grâce au financement de l'Agency for International Development des États-Unis d'Amérique (USAID).

En 2013, l'OMS a contribué à la création du réseau d'alerte et d'intervention rapides afin de compléter et de renforcer le système pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte dans les États du Soudan du Sud touchés par le conflit.

La détection précoce des maladies permet à l'OMS, au ministère de la santé du Soudan du Sud et aux partenaires du groupe de responsabilité sectorielle Santé d'intervenir de manière plus efficace. Par exemple, la détection précoce de près de 3000 cas de choléra notifiés jusqu'à présent cette année a permis à l'OMS et aux partenaires de cibler les endroits dans lesquels mener des campagnes de vaccination, dans le cadre de la riposte. Dans ce même

contexte, l'OMS et les partenaires ont livré plus de 69 000 vaccins anticholériques oraux.

Afin de renforcer les capacités en matière de surveillance des maladies et de riposte au Soudan du Sud, en 2015 et 2016, l'OMS a formé plus de 1300 agents de santé dans le domaine des activités relatives à la surveillance intégrée des maladies et à la riposte :

- 231 agents formés à la surveillance intégrée des maladies et à la riposte;
- 732 agents formés à la notification, à la préparation et à la prise en charge des cas de maladies infectieuses;
- 253 équipes d'intervention rapide formées à l'enquête sur la flambée et à la riposte;
- 34 agents formés à la collecte, au traitement, à l'emballage et à l'expédition des échantillons pour le diagnostic du choléra, ainsi que les tests de diagnostic rapide du choléra.

«Nous sommes reconnaissants des engagements pris par nos donateurs et les autres partenaires pour soutenir cet effort important» indique le Dr Usman de l'OMS.

Obtenir des résultats malgré les difficultés opérationnelles

L'OMS a permis de renforcer les moyens du laboratoire national de santé publique en matière de confirmation des cas de choléra, de rougeole et de méningite ainsi que des bactéries pathogènes telles que salmonella et shigella qui peuvent être à l'origine de cas de gastro-entérite grave.

L'OMS signale une amélioration de la performance en matière de notification ainsi qu'une meilleure qualité des données au niveau des comtés et des établissements de santé. Par exemple, le degré de complétude de la notification en matière de surveillance intégrée des maladies et de riposte a augmenté, passant de 42% en 2014 à 50% en 2016. On a également constaté une accélération de la notification qui est passée de 27% en 2014 à 51% en 2016.

Grâce à l'amélioration des capacités de prise en charge des cas, selon les informations de l'OMS, le taux de létalité du choléra a baissé, passant de 2,6% en 2014 à 1,5% en 2016. À Juba, où les deux tiers des cas ont été notifiés en 2016, le taux de létalité a chuté et se situe à moins de 1%.

PARTENAIRE AVEC NOUS



L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) construit un avenir meilleur pour chacun partout dans le monde. Une bonne santé contribue à créer des collectivités dynamiques et productives, des économies plus fortes, des nations plus sûres et un monde meilleur.

Notre oeuvre touche des vies à travers le monde chaque jour. En tant qu'autorité principale de la santé au sein du système des Nations Unies, nous contribuons à assurer la sécurité des médicaments et des vaccins qui nous soignent et nous protègent, de l'air que nous respirons, de la nourriture que nous consommons et de l'eau que nous buvons.

Notre objectif est de donner à chaque enfant, à chaque femme et à chaque homme les meilleures chances de mener une vie longue, saine et épanouie. Nous sommes à

l'écoute des pays et surveillons les tendances de la santé en vue d'identifier ce qui doit être fait pour protéger la santé humaine. Nous utilisons les meilleures

technologies disponibles en vue de mettre au point les moyens les plus efficaces pour prévenir, soigner et guérir les maladies. La vision de la santé pour tous n'est plus un rêve, mais une réalité concrète et tangible.

La présente brochure présente les points saillants relatifs aux activités de l'OMS ainsi que nos réalisations dans la conduite de notre mission dans la Région africaine.

