



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Afrique

AFR/RC60/9

22 juin 2010

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL : ANGLAIS

Soixantième session

Malabo, Guinée équatoriale, 30 août – 3 septembre 2010

Point 7.10 de l'ordre du jour provisoire

**ÉPIDÉMIES RÉCURRENTES DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS :
ANALYSE DE LA SITUATION, PRÉPARATION ET RIPOSTE**

Rapport du Directeur régional

SOMMAIRE

Paragraphes

CONTEXTE	1- 7
ENJEUX ET DÉFIS	8-14
MESURES PROPOSÉES	15-26

CONTEXTE

1. Les pays de la Région africaine de l'OMS continuent d'être touchés par des épidémies récurrentes de choléra, de paludisme, de méningite, de rougeole et de maladies zoonotiques, notamment les fièvres hémorragiques virales, la peste et la dengue. Les épidémies ont un impact significatif sur la santé et le développement économique dans la Région. À titre d'exemple, en 2007, le choléra a fait subir aux pays africains des pertes économiques de l'ordre de US \$60 millions.¹

2. Dans la plupart des États Membres de la Région, il prévaut des conditions favorisant les épidémies récurrentes. L'inadéquation de l'accès à l'eau potable et à l'assainissement, les conditions sanitaires sous-jacentes, la prise de conscience limitée du public sur les risques effectifs pour la santé, et la faiblesse des systèmes de santé dont les capacités sont limitées pour détecter précocement les épidémies et organiser immédiatement la riposte sont tous des éléments qui contribuent à la fréquence et à la gravité des épidémies. Le lien inextricable entre les êtres humains et les animaux en Afrique peut se traduire par un sérieux risque pour la santé publique, étant donné que la majorité des maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes sont d'origine animale. Les zoonoses telles que la fièvre à virus Ebola, la fièvre de Marbourg, la fièvre hémorragique à arénavirus Lujjo, la peste, la fièvre jaune et la grippe aviaire H5N1, sont des exemples de maladies survenues dans la Région africaine au cours de ces récentes années.

3. Des épidémies associées à une morbidité et une mortalité élevées touchent souvent de vastes zones géographiques. À titre d'exemple, entre 2004 et 2008, un total de 170 927 cas de méningite² ont été notifiés par 13 pays, 749 713 cas de rougeole³ par 44 pays, et 691 290 cas de choléra⁴ par 41 pays. Des épidémies récurrentes de choléra, de méningite et de rougeole ont été signalées dans de nombreux pays⁵, avec des taux de létalité de 5 % ou plus pour certaines flambées de choléra, de 10 % ou plus pour certaines épidémies de méningite, et de 60 % ou plus pour la plupart des flambées d'Ebola et de Marbourg.⁶

4. En 2009, tous les 46 États Membres de la Région ont signalé au moins une épidémie d'une maladie: des cas de grippe pandémique A (H1N1) ont été notifiés par 33 pays⁷, des cas de choléra par 20 pays⁸, des cas de méningite par sept pays⁹, et des cas de typhoïde par deux pays (Malawi et Mozambique). La ceinture de la méningite couvre 21 pays¹⁰, avec une population totale de 495 millions d'habitants à haut risque d'épidémie pendant la saison de la méningite (d'octobre à mai).

¹ Kirigia JM et al. Economic burden of cholera in the WHO African Region. *BioMed Central International Health and Human Rights*, 2009, 9:8.

² OMS, Centre de Surveillance Pluripathologies, Ouagadougou, Burkina Faso, <http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/epidemiological/en/index.html> (date de consultation: 30/03/10).

³ http://www.who.int/immunization_monitoring/en/globalsummary/timeseries/tsincidencemea.htm (date de consultation: 30/03/10).

⁴ OMS, Atlas mondial de la Santé, <http://apps.who.int/globalatlas> (date de consultation: 31/03/10).

⁵ Choléra, onze pays: Angola, Congo, Éthiopie, Kenya, Libéria, Mozambique, Nigéria, Ouganda, Sénégal, Tanzanie, Zambie. Méningite, 10 pays: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Éthiopie, Ghana, Mali, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo, Tchad. Rougeole, 10 pays: Algérie, Guinée-Bissau, Mauritanie, Mozambique, Niger, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Tanzanie et Tchad.

⁶ OMS, Atlas mondial de la Santé, <http://apps.who.int/globalatlas/>; OMS, Centre de Surveillance Pluripathologies, Ouagadougou, Burkina Faso, <http://www.who.int/csr/disease/meningococcal/epidemiological/en/index.html>

⁷ Mises à jour concernant la situation de la grippe pandémique A (H1N1) dans la Région africaine de l'OMS, mise à jour 74, <http://www.afro.who.int/en/pandemic-influenza-h1n1-2009/situation-updates.html>.

⁸ Afrique du Sud, Angola, Bénin, Burundi, Cameroun, Congo, Éthiopie, Kenya, Libéria, Malawi, Mozambique, Namibie, Nigéria, Ouganda, République démocratique du Congo, Rwanda, Swaziland, Tanzanie, Zambie et Zimbabwe.

⁹ Burkina Faso, Cameroun, Niger, Nigéria, République centrafricaine, République démocratique du Congo et Tchad.

¹⁰ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigéria, République centrafricaine, Ouganda, Sénégal, Soudan, Tchad et Togo.

Au cours de la saison de la méningite de 2009, un total de 81 283 cas, dont 4 473 décès (soit un taux de létalité de 5,5 %), ont été notifiés par 14 pays¹¹ de la ceinture de la méningite.

5. Les systèmes de santé déjà fragiles des pays touchés par des épidémies récurrentes s'affaiblissent davantage lorsque les ressources financières, humaines et logistiques sont réaffectées dans le cadre de la riposte aux épidémies. Les services de santé ordinaires sont souvent négligés en période d'épidémie, la priorité étant accordée aux activités de riposte. C'est ainsi que lors des récentes épidémies d'Ebola et de fièvre de Marbourg, les services de consultations externes, de soins prénatals, de soins antituberculeux et de lutte contre le VIH/sida ont été suspendus.¹²

6. La préparation et la riposte aux épidémies se sont améliorées depuis 1993, lorsque les États Membres ont été invités instamment à renforcer la surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau du district.¹³ Il y a eu d'autres améliorations, à la suite de l'adoption de la stratégie de Surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR)¹⁴ en 1998 et du Règlement sanitaire international (RSI 2005)¹⁵, qui est entré en vigueur en juin 2007. Toutefois, les systèmes de surveillance nationaux demeurent inadaptés pour servir de systèmes d'alerte précoce permettant de détecter à temps les événements sanitaires inhabituels à potentiel épidémique.

7. Le présent document a été préparé en réponse à une demande faite au cours de la cinquante-neuvième session du Comité régional de l'Afrique¹⁶. Il met en lumière les enjeux et les défis liés aux épidémies récurrentes dans la Région, et propose des mesures concrètes pour renforcer les capacités nationales de préparation et de riposte aux épidémies et pandémies.

ENJEUX ET DÉFIS

8. Après l'adoption de la stratégie SMIR et du Règlement sanitaire international (2005), les capacités régionales et nationales de détection, de confirmation et de caractérisation précoces des menaces d'épidémies et de pandémies se sont considérablement renforcées. Toutefois, la plupart des pays n'ont pas procédé à des évaluations complètes des risques pour faciliter le recensement des populations et des zones géographiques exposées à des épidémies. À ce jour, des évaluations

¹¹ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Érythrée, Éthiopie, Gambie, Ghana, Guinée, Guinée-Bissau, Kenya, Mali, République centrafricaine et Tchad.

¹² Okware SI et al. An outbreak of Ebola in Uganda. *Tropical Medicine and International Health*, 2002, 12:1068-75; WHO, End of Ebola outbreak in Uganda, 20 février 2008, http://www.who.int/csr/don/2007_02_20b/en/index.html (date de consultation: 28/03/10); Roddy P et al. Decreased peripheral health service utilization during an outbreak of Marburg haemorrhagic fever, Uíge, Angola, 2005. *Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 2009, 103(2):200-2. Epub 5 octobre 2008.

¹³ Résolution AFR/RC43/R7: Surveillance épidémiologique des maladies transmissibles au niveau du district. Dans: *Quarante-troisième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Gaborone (Botswana), 1-8 septembre 1993, Rapport final*. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 1993 (AFR/RC43/27), pp. 15-16.

¹⁴ Résolution AFR/RC48/R2: Surveillance épidémiologique intégrée: stratégie régionale pour les maladies transmissibles. In: *Quarante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Harare (Zimbabwe), 31 août-4 septembre 1998, rapport final*. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 1998 (AFR/RC48/15), pp. 6-7.

¹⁵ OMS, Résolution WHA58.3, Règlement sanitaire international (2005). Dans: Cinquante-Huitième Assemblée mondiale de la Santé, Genève, Suisse, 21-23 mai 2005.

¹⁶ Résolution AFR/RC59/R5: Renforcement de la préparation et de la riposte aux flambées dans la Région africaine dans le contexte de la grippe pandémique actuelle. Dans: *Cinquante-neuvième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique, Kigali (Rwanda), 31 août-4 septembre 2009, Rapport final*. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2009 (AFR/RC59/19), pp. 15-18.

de risques ont été conduites pour la fièvre jaune dans 11 pays.¹⁷ Les États Membres doivent se doter des capacités techniques nécessaires pour accélérer la conduite des activités d'évaluation des risques. Souvent, les communautés ne sont pas conscientes des maladies courantes qu'elles pourraient contracter localement, ni des facteurs de risque de telles maladies. Les stratégies de communication existantes sont souvent inadéquates pour accroître la sensibilisation des communautés aux risques pour la santé humaine et aux comportements permettant de réduire de tels risques.

9. Tous les 46 États Membres de la Région africaine de l'OMS disposent de systèmes de surveillance capables de détecter les épidémies, mais ceux-ci ne sont pas à même de servir de systèmes d'alerte précoce. Le délai entre la détection des cas et leur notification, pour la plupart des épidémies, dépasse les 24 heures¹⁸ recommandées. Cette situation s'explique notamment par les insuffisances de la surveillance à base communautaire, le faible indice de suspicion par les agents de santé, l'inadéquation des équipements de laboratoire et du système de référence et contre-référence au niveau local, et la faiblesse des systèmes de communication et de notification des maladies.¹⁹

10. Les liens et la collaboration entre les secteurs de la santé humaine et de la santé animale, indispensables pour une approche concertée des zoonoses, demeurent faibles tant au niveau régional qu'au sein des États Membres. Par ailleurs, il y a un manque de connaissance et de compréhension de l'interface être humain-animal sur le plan de la transmission de certaines maladies zoonotiques émergentes telles que Ebola, la fièvre de Marbourg et la grippe. La menace de la grippe aviaire H5N1 a mis en relief le manque de structures de promotion de la coordination multisectorielle. Les comités de gestion des épidémies au niveau national et au niveau du district ne comprennent généralement pas d'experts des secteurs de l'agriculture, de la faune, de l'environnement et de la médecine vétérinaire ; il n'existe pas non plus de systèmes favorisant le partage de l'information émanant des systèmes de surveillance de la maladie ou les activités conjointes de préparation et de riposte pour la santé animale et la santé humaine.

11. L'échange transfrontalier de données épidémiologiques et la riposte aux flambées se sont améliorés après l'établissement de protocoles de collaboration interpays par les États Membres ayant des profils épidémiologiques similaires. Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a appuyé la mise en œuvre de protocoles de collaboration interpays, par la création d'équipes d'appui technique au niveau sous-régional, afin de fournir une assistance dans le domaine de la préparation et de la riposte aux épidémies. À titre d'exemple, les pays de la ceinture de la méningite mettent actuellement en œuvre une surveillance renforcée de la méningite et procèdent au partage des données sur une base hebdomadaire pour suivre les tendances; des réunions interpays sont organisées chaque année pour le partage des expériences, des défis et des leçons apprises. Toutefois, il manque toujours des approches interpays coordonnées et une riposte adéquate et effective à toutes les épidémies potentielles, comme en témoigne le fait que les plans nationaux de préparation et de riposte ne prévoient pas de réunions transfrontalières consacrées à la planification des activités conjointes, d'une part, et la non-tenu de ces réunions de façon régulière, d'autre part.

12. Pour organiser en temps voulu la riposte aux épidémies, il faut des ressources suffisantes et des plans complets. Bien que tous les 46 pays de la Région se soient dotés de plans de préparation et de riposte à la pandémie de grippe, et que 26 de ces pays disposent d'un ou

¹⁷ Bénin, Burkina Faso, Cameroun, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée, Libéria, Mali, Nigéria, Sénégal et Sierra Leone.

¹⁸ OMS/CDC. Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la Région africaine. Genève, Organisation mondiale de la Santé et Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta), 2008.

¹⁹ Grais RF et al. Time is of the essence: exploring a measles outbreak response vaccination in Niamey, Niger. *Journal of the Royal Society Interface*, 2008, 5:67-74.

plusieurs plans ciblant des maladies précises²⁰, seuls 16 pays ont consolidé leurs plans de préparation et de riposte aux épidémies ciblant de multiples maladies prioritaires. Moins de 20 % des pays sont à même de maintenir en place des équipes fonctionnelles d'intervention rapide et des stocks de fournitures pour la riposte aux épidémies.²¹ La préparation et la riposte aux maladies à potentiel épidémique sont sérieusement limitées par l'insuffisance des ressources financières.

13. Les capacités de riposte dans les établissements de soins de santé et au niveau communautaire se sont renforcées dans les pays où des activités sont en cours pour accroître la sensibilisation des communautés et leur adhésion aux comportements sans risque, dans le cadre de l'hygiène individuelle et communautaire.²² De même, la riposte s'est améliorée dans les pays où les agents de soins de santé, les agents de santé communautaires, les bénévoles et d'autres partenaires au sein des communautés à risque ont été formés à la reconnaissance et à la prise en charge des cas de maladies locales à potentiel épidémique. Toutefois, les capacités de riposte sont limitées au niveau local dans la plupart des pays, en raison du manque de sensibilisation et de l'insuffisance des fournitures.

14. Certains facteurs sous-jacents associés aux épidémies récurrentes sont d'ordre général et se situent hors du champ de compétence du secteur de la santé. Les changements écologiques, environnementaux et socioéconomiques tendent à accentuer les facteurs de prédisposition. L'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement, la prolongation des saisons sèches ou des saisons des pluies, et les déplacements de populations dus aux catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme contribuent à la fréquence et à la gravité des épidémies. Accroître les investissements financiers pour relever le niveau de vie permet, en fin de compte, de réduire la survenue des épidémies. Des partenariats et une participation communautaire solides sont d'une importance cruciale pour le succès des mesures de prévention.

MESURES PROPOSÉES

15. Les États Membres sont encouragés à examiner les mesures ci-après proposées pour renforcer les capacités de préparation et de riposte aux épidémies. Des recommandations précises sont formulées pour améliorer la détection et la confirmation des menaces d'épidémies, et pour prévenir et combattre les épidémies.

Détection, confirmation et caractérisation précoces des menaces d'épidémies et de pandémies

16. Conduire des évaluations de risques pour recenser les populations et les zones géographiques exposées à des maladies à potentiel épidémique. Des analyses multisectorielles devraient être effectuées pour la caractérisation de risques précis (par exemple, les vecteurs de maladies, les problèmes d'approvisionnement en eau et d'assainissement, les comportements à risque), afin de faciliter la prévention des maladies et la préparation et la riposte aux épidémies.

17. Mettre en place ou renforcer les systèmes d'alerte précoce pour détecter les maladies à potentiel épidémique. Les systèmes d'alerte précoce devraient être incorporés dans les activités de surveillance intégrée de la maladie à tous les niveaux. Les systèmes de surveillance à base

²⁰ OMS. Conférence régionale sur la grippe pandémique A (H1N1) 2009, Johannesburg (Afrique du Sud), 11–13 août 2009, Rapport final, <http://www.afro.who.int>. (date de consultation : 1^{er} avril 2010).

²¹ OMS. Analyse de la situation du Programme Surveillance des maladies transmissibles et Riposte. Brazzaville, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2008.

²² <http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/ddc/protection-of-the-human-environment/programme-components/water-sanitation-and-hygiene.html> (date de consultation: 1^{er} avril 2010).

communautaire, gérés par les agents de santé communautaires, devraient être appuyés, et des liens devraient être établis entre ces systèmes et les systèmes nationaux de surveillance et d'alerte précoce. Les États Membres devraient d'urgence améliorer les systèmes et les processus de notification immédiate et de notification hebdomadaire des maladies à potentiel épidémique, en particulier au niveau local, grâce à de meilleurs mécanismes de communication (par exemple, la transmission de données par téléphone mobile). Ils devraient faire en sorte que tous les niveaux des réseaux nationaux de laboratoires soient fonctionnels et se conforment à toutes les normes de référence.²³

18. Adopter l'approche «Un monde, une seule santé» pour prévenir et combattre les maladies zoonotiques. La collaboration entre les secteurs de la santé humaine et de la santé animale devrait être renforcée pour améliorer la compréhension de l'interface être humain-animal dans la transmission des zoonoses. En particulier, les équipes spéciales créées au niveau national et au niveau du district devraient comprendre des experts de disciplines telles que la santé animale, l'agriculture, l'environnement et la santé humaine, afin de mettre en place des mécanismes qui favorisent le partage de l'information émanant des systèmes de surveillance de la maladie, et la coordination des activités conjointes de préparation et de riposte.

Prévention des épidémies

19. Investir dans les milieux favorables à la santé pour améliorer l'accès à l'eau potable et à des services adéquats d'assainissement, promouvoir une bonne hygiène communautaire et individuelle, et mettre en œuvre des mesures de lutte contre les vecteurs pour appuyer la prévention et la lutte contre les maladies transmissibles. Les mécanismes pour l'établissement de partenariats solides au niveau national devraient être renforcés.

20. Étendre les activités de promotion de la santé, dans le cadre de la lutte contre les maladies à potentiel épidémique, en collaboration avec les programmes existants de promotion de la santé et d'éducation à l'hygiène. Le niveau national, le niveau provincial et le niveau du district devraient fournir un appui aux communautés dans la planification et la mise en œuvre de mesures pratiques de réduction des risques, notamment de mesures visant à rendre les milieux plus favorables à la santé, à améliorer l'approvisionnement en eau et l'assainissement, à promouvoir le respect des normes alimentaires, la lutte contre les vecteurs et l'hygiène individuelle.

21. Entreprendre la recherche pour recenser les facteurs environnementaux, écologiques, climatiques, socioéconomiques et culturels qui facilitent l'émergence et la transmission des maladies à potentiel épidémique. Il faudrait explorer les facteurs hôtes qui affectent les effets et la propagation des épidémies, y compris la suppression immunitaire (par exemple, VIH/sida, malnutrition) et la résistance aux antimicrobiens.

Capacités de préparation et de riposte aux épidémies

22. Mettre en place des comités multisectoriels nationaux fonctionnels de gestion des épidémies, chargés de la préparation aux épidémies et de la coordination de la riposte. Ces comités devraient actualiser les plans nationaux consolidés de préparation et de riposte aux épidémies, assortis de plans et de procédures opérationnelles standardisées pour des maladies précises. Les États Membres sont encouragés à mettre en place et à appuyer des mécanismes similaires au niveau provincial et au niveau du district. Les partenaires devraient être intégrés dans les comités de gestion des épidémies.

²³ OMS/CDC. Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la Région africaine. Genève, Organisation mondiale de la Santé, et Centers for Disease Control and Prevention (Atlanta), 2008.

23. Assurer la formation des agents de santé, y compris le recyclage dans les domaines de la prise en charge des maladies à potentiel épidémique, de la prévention et de la lutte contre les infections. Il faudrait créer et mettre en place des équipes d'intervention rapide aux niveaux national, provincial et du district, d'une part, et former ces équipes à l'investigation et à la riposte aux flambées, y compris à l'utilisation des exercices de simulation, d'autre part. Les États Membres devraient mettre en place des arrangements administratifs pour accélérer la mobilisation et l'appui.

24. Renforcer les capacités d'intervention rapide en pré-positionnant des stocks d'urgence de fournitures, équipements, vaccins et matériels de diagnostic et de traitement essentiels aux niveaux national, provincial et local. Il faudrait fournir des ressources financières suffisantes pour appuyer les activités de riposte.

25. Organiser des réunions interpays sur une base régulière pour examiner la mise en œuvre des protocoles de coopération conjoints pour la lutte contre les épidémies. Les États Membres sont encouragés à renforcer la communication avec les pays voisins pour améliorer le partage de l'information sur les maladies transmissibles.

26. Le Comité régional est invité à examiner le présent document et à approuver les mesures proposées.