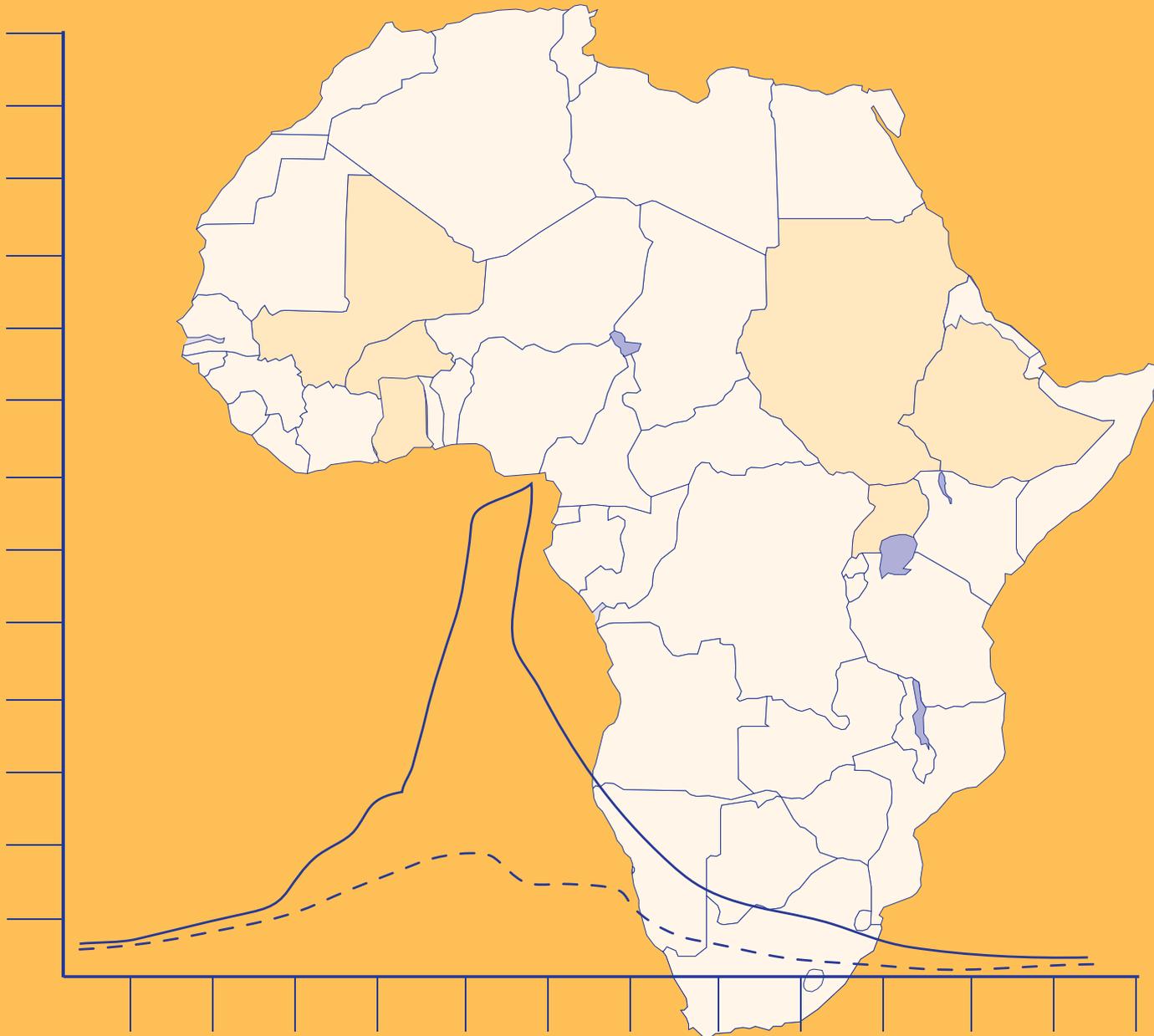


Integrated Disease Surveillance and Response

La Surveillance Intégrée et Riposte contre les Epidémies



Policy Briefs



La Surveillance intégrée et riposte contre les épidémies



Burkina Faso

Contexte

Le Burkina Faso a été frappé par des flambées épidémiques pendant toute la dernière décennie. Tout récemment, une nouvelle souche de méningite est apparue en 2002, entraînant la mort de plus de 1400 personnes. Avant 1994, les systèmes de surveillance du Burkina traitaient des besoins spécifiques de divers programmes verticaux, tels que la méningite, la poliomyélite, le VIH/Sida, la malaria et la tuberculose. Ces programmes étaient spécifiques aux maladies et menés en parallèle avec le système de surveillance national. Cette situation donnait lieu à une surproduction des outils de collecte des données et de communication des rapports, un manque de coordination de l'effort national et des travailleurs de la santé surmenés et sous-payés.

Pour s'attaquer à ces faiblesses, le gouvernement du Burkina Faso a restructuré son système national de surveillance en 1994 en différents niveaux (central, régionaux et des districts). Tous ces niveaux sont coordonnés par des unités épidémiologiques qui répondent à diverses flambées épidémiques, analysent les données, communiquent les rapports aux responsables immédiats et, par la suite, mettent sur pied les ripostes aux épidémies. En 1998, le Burkina

Faso a adopté un programme de surveillance intégrée et riposte contre les épidémies (IDSR) pour renforcer le programme national existant. En novembre 2002, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/AFRO) a envoyé une équipe pour documenter les expériences et leçons acquises à travers le programme IDSR.

Constatations et résultats importants

L'équipe a constaté une nette amélioration dans la coordination de toutes les activités de surveillance, y compris une meilleure coordination des centres d'informations épidémiologiques à la fois aux niveaux régionaux et des districts. L'équipe a remarqué que plusieurs changements essentiels au sein du système national ont renforcé la capacité du Burkina à riposter en cas de flambées épidémiques, comme par exemple:

- ◆ la création d'un nouveau laboratoire de santé publique et d'un comité national de riposte aux épidémies;
- ◆ le renforcement du laboratoire national grâce à des programmes extensifs de formation et l'utilisation de meilleurs outils de collecte de données et de communication de rapports;
- ◆ l'affectation d'épidémiologistes motivés et très bien éduqués dans les unités directes de surveillance aux niveaux régionaux et des districts, dont la plupart ont suivi des cours de formation en épidémiologie d'intervention;
- ◆ l'amélioration de la riposte rapide aux épidémies au niveau de la communauté en équipant de radios les équipes de surveillance régionales et des districts.

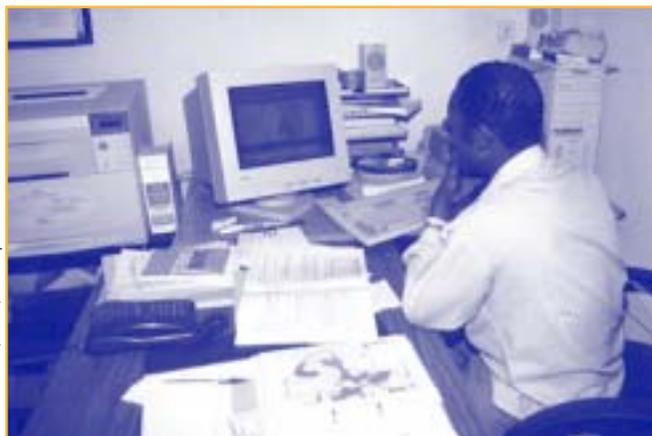


Photo: OMS/TDR/Crumpp

Leçons tirées

Malgré ces avances, le système national de riposte aux épidémies du Burkina Faso a besoin d'un mécanisme plus efficace pour coordonner les programmes verticaux avec les multiples partenaires. Plusieurs programmes subventionnés indépendants continuent d'exercer des activités de surveillance. Bien qu'il existe un comité national, celui-ci a une autorité limitée et influence peu les activités d'IDSR sur le terrain. Les directeurs du programme au niveau national auront besoin de partager l'autorité de prise de décision ainsi que les budgets afin d'augmenter les activités d'IDSR. Ces activités ont été intégrées efficacement aux niveaux régionaux et des districts, mais un très grand effort reste nécessaire pour rendre plus efficace le système national.

Photo: OMS/TDR/Crump



Recommandations

- ◆ Donner pouvoir au comité national et au laboratoire national de santé publique de répondre aux épidémies au Burkina de manière mieux coordonnée.
- ◆ Accélérer la mise en œuvre du plan d'action IDSR afin de renforcer les capacités de surveillance et de riposte aux niveaux central, intermédiaires, périphériques et communautaires.
- ◆ Développer les responsabilités du département IDSR pour inclure toutes les maladies infectieuses (actuellement, ce département se consacre essentiellement à la méningite, la polio et la rougeole).
- ◆ S'assurer que le ministère de la santé dispose du support technique et financier nécessaire pour mettre en œuvre le plan d'action national.
- ◆ Promouvoir une intégration et un consensus plus efficaces entre les programmes et appuyés par différents partenaires.

La Surveillance intégrée et riposte contre les épidémies



Ethiopie

Contexte

L'Éthiopie a souffert de graves crises sociales, politiques et humanitaires qui ont détérioré l'infrastructure de la santé en mettant en danger la santé des populations les plus vulnérables du pays. Les maladies contagieuses, la déficience nutritionnelle et le VIH/Sida sont parmi les maladies dominantes en Éthiopie. Des maladies en grande partie évitables, telles que la malaria, la diarrhée d'origine infectieuse et les infections respiratoires sont courantes, et les maladies à tendance épidémique, telles que la méningite méningococcique, le choléra, la rougeole et la dysenterie bacillaire, sont des problèmes chroniques de santé publique.

Pour relever ce défi, le système de santé publique et d'autres secteurs du gouvernement sont en cours de décentralisation. En 1996, lors d'une riposte au problème grandissant de santé publique lié aux maladies contagieuses, l'Éthiopie a introduit une stratégie de surveillance intégrée et riposte contre les épidémies (IDSR) qui se concentre sur 17 maladies prioritaires. L'Éthiopie a adopté la stratégie IDSR de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) en 1998, et en octobre 1999, le ministère de la santé (MOH)

d'Éthiopie et ses partenaires en développement ont évalué le système de surveillance du pays et ont utilisé les résultats pour adopter un plan national de cinq ans. Il s'est passé cinq ans depuis l'adoption du plan national. En novembre-décembre 2002, une équipe de l'OMS et des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont visité l'Éthiopie pour documenter les succès, les défis et les leçons tirées de l'expérience de l'Éthiopie.

Constatations et résultats importants

L'Éthiopie a effectué des avances remarquables dans la surveillance des maladies contagieuses depuis l'adoption de la stratégie IDSR en 1996. Les informateurs ont attribué à l'appui politique consistant et fiable la contribution notable à la mise en œuvre de l'IDSR, tout particulièrement au niveau régional. Ce support comprenait l'appui à l'exécution des plans d'action nationaux et régionaux ainsi que l'établissement d'une unité nationale IDSR au sein du Programme de prévention et de contrôle des maladies de l'OMS. Les définitions de cas normalisées ont été diffusées et un bulletin trimestriel est publié avec l'appui du Programme d'éradication de la poliomyélite et du Programme élargi de vaccination (PEV). L'établissement d'une force opérationnelle IDSR nationale, l'adaptation des directives techniques, des matériels et des modules de formation, ainsi que la mise en œuvre d'activités de formation aux niveaux national et régionaux ont contribué à une amélioration complète dans la collecte, l'analyse et l'interprétation des données pour les actions dans le domaine de la santé publique. Voici d'autres preuves des progrès réalisés :

- ◆ **Sensibilisation soutenue et utilisation des indicateurs IDSR.** Aux niveaux régionaux et



Photo: Harvey Nelson

national, les autorités sont conscientes des indicateurs sur le ratio de létalité, la rédaction rapide et complète des rapports, et les valeurs seuil pour des maladies sélectionnées à tendance épidémique. Les informateurs signalent être capables d'utiliser les résultats des indicateurs pour citer des domaines spécifiques d'amélioration, tel que la détection rapide des flambées épidémiques.

- ◆ **Des efforts d'intégration et de coordination améliorés entre l'IDSR et les programmes verticaux.** Aux niveaux national et régionaux, les programmes de contrôle des maladies pour le PEV, la poliomyélite, la malaria et la tuberculose partagent les données, les ressources et les installations de transport et de communication. Dans un effort destiné à intégrer les programmes, le bulletin PFA/PEV a été renommé Bulletin PFA/PEV/IDSR et il est appuyé par l'OMS. L'équipe IDSR nationale a établi une force opérationnelle nationale des interventions d'urgence pour coordonner des activités d'intervention dans les zones atteintes par la famine en Ethiopie.
- ◆ **Rôle renforcé des laboratoires de surveillance et de riposte.** Les laboratoires participent aux réunions de coordination et aux activités d'enquête avec les équipes de surveillance aux niveaux national, régionaux et des districts. En octobre 2002, la capacité des laboratoires en matière de santé publique a été évaluée. Il en ressort que la priorité est de renforcer le réseau des laboratoires en mettant l'accent sur le partage des données et des informations entre les laboratoires et les unités de surveillance.

Leçons tirées

La plupart des activités IDSR se sont tenues aux niveaux national et régionaux. La prise de conscience de l'IDSR aux niveaux périphériques est faible et c'est à ces niveaux qu'il faudrait distribuer des directives techniques, des manuels de formation et des formats révisés de surveillance. Le niveau national doit dispenser ressources et support de formation pour garantir la mise en œuvre de ces activités.

Une intégration et une coordination améliorées avec les programmes verticaux, y compris favoriser la communication, construire un consensus et évaluer les progrès, contribueraient à accélérer l'IDSR dans les régions. Il y a aussi besoin de consolider les formats de collecte des données avec ceux du système

d'information de gestion de la santé. En outre, les progrès de l'IDSR sont contrariés par le manque de personnel à tous les niveaux. Un terrain difficile ainsi que de piètres services de communication ont contribué à retarder la transmission des informations et la mise en œuvre des activités régionales et de formation de l'IDSR. Enfin, les activités sont perturbées par les retards de réception des ressources allouées en provenance du niveau national et des organismes donateurs.

Recommandations

Voici les recommandations spécifiques pour se concentrer au niveau national sur la promotion de l'approche qui consiste à utiliser au maximum les synergies entre les programmes verticaux et l'IDSR.

- ◆ Apporter un soutien administratif au MOH et à l'OMS, ainsi qu'à leurs partenaires, pour garantir une remise plus rapide des fonds de donateurs et de gouvernement aux différents niveaux.
- ◆ Renforcer l'aide technique et de supervision aux niveaux régionaux et des districts.
- ◆ Développer et promouvoir les stratégies pour faire face au taux élevé d'attrition du personnel (e.g., à court et à moyen terme, recycler les personnels; à long terme, offrir des opportunités de carrière, des primes et des transferts).
- ◆ Faire valoir la mise en œuvre de l'IDSR auprès des associations professionnelles, des organisations non gouvernementales (ONG) et des établissements de formation pour obtenir leur aide aux niveaux national et régionaux. Le MOH devrait apporter son aide à l'orientation, à la formation et au financement.
- ◆ Au niveau régional, accélérer les sessions de sensibilisation et d'orientation destinées aux organisations communautaires, aux ONG et aux autorités locales. Impliquer les établissements de recherche dans les évaluations, la planification, la mise en œuvre, la surveillance et l'examen des activités IDSR.
- ◆ Apporter une aide technique et de supervision aux bureaux de district et aux établissements de santé, y compris l'orientation et le développement des compétences sur site sur la base du système IDSR.

La Surveillance intégrée et riposte contre les épidémies



Ghana

Contexte

Des maladies contagieuses telles que la malaria, le choléra, la tuberculose et le VIH sont encore les principales causes de décès au Ghana. La fièvre jaune est endémique au Ghana et des cas de rougeole et de tétanos néonatal posent des problèmes critiques pour la santé publique. Dans le passé, les programmes d'élimination et d'éradication des maladies pour l'infestation par le ver de Guinée, la lèpre et la poliomyélite procuraient des ressources aux activités individuelles de surveillance. Cependant, ces activités constituaient un fardeau pour les travailleurs de la santé auxquels on demandait de répondre à des systèmes verticaux séparés, tout spécialement aux niveaux périphériques et des districts.

En 1996-1997, le Ghana a subi des flambées dévastatrices de méningite méningococcique, de choléra et de fièvre jaune. En retour, les responsables de la santé du Ghana se sont joints aux ministres de la santé d'autres pays africains pour demander l'amélioration de la capacité de surveillance pour une détection précoce et une riposte rapide aux menaces de maladies contagieuses.

En 1998, le Ghana a créé une Unité nationale de surveillance (UNS) pour coordonner la recherche, le rassemblement, l'analyse et la dissémination des données de surveillance sur les maladies contagieuses. En 2000, le ministère de la santé (MOH) du Ghana a évalué le système de surveillance et développé un plan quinquennal national pour le renforcement du système national comprenant la stratégie de surveillance intégrée et riposte contre les épidémies (IDSR) adoptée en septembre 1998 par les états membres du Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/AFRO). En novembre 2002, l'OMS et les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont envoyé au Ghana une

équipe internationale pour documenter les expériences et les leçons tirées lors de la mise en œuvre du programme IDSR du Ghana.

Constatations et résultats importants

L'équipe de documentation a constaté que les activités de sensibilisation et l'évaluation des systèmes nationaux de surveillance, de préparation et de riposte ont eu un impact important sur la prise de conscience accrue de l'IDSR aux niveaux national, régionaux et des districts. Les informateurs ont cité une augmentation de la proportion des établissements de santé qui soumettent leurs rapports mensuels à temps, passant de 30 pour cent avant que l'évaluation de la surveillance n'intervienne à 80 pour cent à la fin de la période d'évaluation. De la même manière, on a observé une augmentation du nombre des rapports sur des cas suspects de fièvre jaune ainsi que des enquêtes en temps utiles sur des cas suspects de paralysie flasque aiguë (PFA) suite à l'orientation et à la sensibilisation sur la surveillance. Les efforts supplémentaires entrepris par des programmes nationaux de contrôle des maladies pour partager les ressources et les structures communes ont abouti à



Photo : OMS/TDR/Clump



l'optimisation des ressources pour renforcer la surveillance. Quelques exemples :

- ◆ Les responsables des programmes de contrôle des maladies et les travailleurs des laboratoires se sont associés pour modifier le formulaire de rapport mensuel de surveillance intégrée.
- ◆ Des bulletins hebdomadaires et trimestriels de rétro-information sont préparés par l'UNS et le Programme élargi de vaccination (PEV).
- ◆ Des définitions de cas normalisées ont été adoptées et diffusées pour 23 maladies prioritaires sous surveillance.
- ◆ Les travailleurs des laboratoires nationaux ont participé à des réunions mensuelles de surveillance à Accra et à des réunions trimestrielles avec les directeurs nationaux de la surveillance.
- ◆ Un biologiste en chef a été nommé coordinateur des activités IDSR au laboratoire national.

Leçons tirées

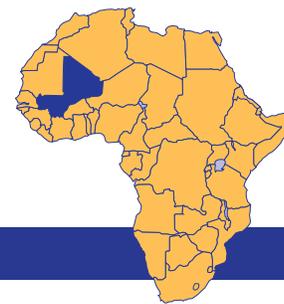
Les activités de surveillance ont progressé sensiblement tout au long de la mise en œuvre de l'IDSR, mais le gros du travail important a eu lieu au niveau national. Un but essentiel et un défi majeur sont d'apporter les compétences et les outils techniques au niveau local, là où il existe un besoin pour une sensibilisation concertée, une orientation et une formation sur site sur les principes de base de la surveillance ainsi que sur l'utilisation des outils de surveillance adaptés. Ceci est particulièrement important étant donné les taux de roulement élevés à ces niveaux. La coordination formelle entre les

programmes, tels que le PEV et la malaria, peut aider à intégrer les capacités de surveillance et à améliorer la production de matériaux communs de sensibilisation ainsi que des bulletins de rétro-information. En outre, les informateurs interviewés pendant l'activité de documentation ont recommandé que les donateurs et les leaders de haut niveau en santé publique adoptent une approche intégrée lors de la conception de nouvelles activités dans les programmes. Ce processus n'est certainement pas aisé, mais il faciliterait et renforcerait l'intégration aux niveaux moyens et périphériques.

Recommandations

- ◆ Accélérer la mise en œuvre de l'IDSR aux niveaux régionaux, des districts et communautaires.
- ◆ Mesurer et évaluer régulièrement les indicateurs IDSR pour surveiller les progrès réalisés par rapport à un système de surveillance et de riposte amélioré.
- ◆ Accélérer la formation du personnel de surveillance aux niveaux régionaux et des districts, si possible par un apprentissage sur site.
- ◆ Favoriser l'amélioration des relations entre les laboratoires (central, régionaux et des districts) grâce à une supervision technique sur site et au développement d'un système de contrôle qualité interne standard.
- ◆ Encourager le développement des motivations financières et non financières pour retenir le personnel de santé compétent et pour recruter un personnel bien formé dans les activités IDSR.
- ◆ Développer un budget annuel pour enquêter et riposter aux flambées.
- ◆ Promouvoir un bureau d'approvisionnement central fonctionnel pour assurer la fourniture consistante de supports de bonne qualité aux laboratoires et de réactifs aux laboratoires régionaux.

La Surveillance intégrée et riposte contre les épidémies



Mali

Contexte

Le pays du Mali se situe dans la ceinture de méningite en Afrique et a constamment subi des flambées de méningite et d'autres maladies à tendance épidémique. En 1995, une épidémie létale de méningite a provoqué plus de 11 000 cas documentés et plus de 1000 décès. Les flambées de choléra de 1995 et 1996 au Mali ont entraîné 2 675 cas prouvés et près de 400 décès. Une flambée de rougeole en 1998 a provoqué plus de 10 000 cas et causé 35 décès. Une analyse des données et une interprétation des résultats piètres, des directives et des définitions de cas vagues, des comités épidémiologiques dysfonctionnels et le manque d'une stratégie nationale claire ont contribué à l'incapacité du Mali à répondre efficacement contre ces épidémies.

Pour attaquer ce problème, le ministère de la santé (MOH) malien a adopté en 1998 une stratégie de surveillance intégrée et riposte contre les épidémies (IDSR) pour renforcer le programme national existant. Quatre ans plus tard, le Bureau régional pour l'Afrique de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS/AFRO) a dirigé une activité de documentation pour décrire les succès, les défis et les opportunités d'une mise en

œuvre future de l'IDSR. Une équipe de l'OMS et des U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC), avec des coordinateurs du programme national, ont examiné de nombreux textes réglementaires, des plans de travail et des rapports, et a réalisé des visites sur le terrain pour tenir des groupes de discussion qualitatives ainsi que des entretiens informels avec de nombreux directeurs de la santé aux niveaux national et des districts.

Constatations et résultats importants

L'équipe a noté un cadre de travail structuré pour la mise en œuvre de l'IDSR au Mali et a fait état de quatre grands développements depuis 1998. En premier, une unité de Surveillance des maladies épidémiologiques (EDS) a été créée pour coordonner la mise en œuvre de l'IDSR. En second, un laboratoire national de référence en santé publique a été établi, qui agit activement avec l'unité EDS. En troisième, la Direction générale de la santé nationale (NHD) dispose actuellement d'un centre de traitement et d'analyse des données exploité par un personnel technique et équipé d'un équipement électronique plus avancé. Le NHD a maintenant mis des systèmes en place pour effectuer automatiquement un contrôle qualité des données. En dernier, le système de communication IDSR emploie un réseau radiophonique qui transmet les données sur les maladies épidémiques et d'autres maladies transmissibles prioritaires. Bien que certaines zones de ce pays ne soient pas encore couvertes par le réseau radiophonique, la couverture a été grandement améliorée depuis 1998.

Bien que le Mali ait développé une stratégie d'intégration des systèmes nationaux, l'équipe a constaté que les responsables de la santé au niveau central n'avaient pas une vision claire de la manière de formuler une approche intégrée. Le MOH n'a pas



Photo: CDC



encore établi un réseau de laboratoires décentralisé et la capacité des laboratoires au niveau des districts est faible. Ils ont un besoin extrême de support technique et financier. Les établissements de santé privés ne sont pas encore impliqués dans les activités de surveillance, et les processus administratifs de l'OMS ont retardé la mise en œuvre du plan d'action.

Leçons tirées

Avec le support financier du MOH, le NHD a pu acheter des médicaments et mené une campagne intensive de vaccination. Le NHD a été restructuré en 2001, ce qui a placé les programmes de surveillance des maladies du Mali sous la responsabilité de la Division de la santé publique. Cet appui a eu des retombées sur les centres de santé communautaires et permet maintenant aux responsables en charge de gérer les flambées épidémiques et d'envoyer des spécimens de laboratoire au laboratoire central. Ceci a grandement amélioré la coordination des différents programmes de santé. Deux districts, Niono et Kolondiéba, se sont particulièrement distingués en termes de surveillance communautaire et pourraient servir de modèles à reprendre ailleurs.

De plus, la collaboration entre les écoles de santé publique et le programme de formation IDSR a bien fonctionné en intégrant les modules de formation IDSR dans les programmes d'études.

Recommandations

L'équipe recommande de mieux coordonner les activités IDSR au Mali, et de créer et d'appuyer un réseau national de laboratoires. L'équipe recommande aussi d'augmenter la distribution de directives et d'outils techniques pour la collecte et l'analyse des données aux niveaux central et des districts, ainsi que de mettre en œuvre un système pour surveiller l'utilisation de ces directives. L'équipe recommande en particulier que le NHD:

- ◆ intègre la surveillance communautaire dans le système national;
- ◆ mobilise les ressources de mise en œuvre des activités;
- ◆ organise un atelier pour finaliser le rôle des centres de santé au sein du système IDSR.

La Surveillance intégrée et riposte contre les épidémies



Ouganda

Contexte

Tout comme de nombreux pays dans l'Afrique sub-saharienne, la République de l'Ouganda fait face à de graves flambées épidémiques qui frappent lourdement la population et les systèmes de santé. Le virus Ebola à lui seul a tué 224 personnes en 2001 et la méningite, la fièvre jaune, la typhoïde et la malaria continuent à faire souffrir le peuple ougandais.

En 1996, l'Ouganda a initié une approche intégrée de surveillance et de riposte. Jusque là, le système national de surveillance et de riposte utilisait divers outils de surveillance et manquait de définitions de cas normalisées au niveau périphérique et d'une méthode opérationnelle d'établissement de rapports. En outre, la qualité d'analyse des données aux niveaux des districts et des établissements de santé était douteuse. Bien que des comités de gestion des épidémies étaient en place dans quelques districts, les activités de supervision étaient irrégulières et n'étaient structurées à aucun niveau. Deux ans plus tard, dans un effort pour améliorer la situation, le ministère de la santé ougandais (MOH) a adopté la stratégie de surveillance intégrée et riposte contre les épidémies (IDSR) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et a réalisé une évaluation dans tout le pays de ses systèmes de surveillance.

À la fin de l'année 2002, une équipe de trois consultants (deux épidémiologistes et un expert de laboratoire) ont mené une activité de documentation IDSR en collaboration avec une contrepartie nationale. Cette activité visait à documenter les succès, les défis et les opportunités pour la mise en œuvre de l'IDSR. L'activité était essentiellement qualitative et consistait en des discussions des groupes, des entretiens, des visites sur le terrain et des examens de documents.

Constatations et résultats majeurs

L'équipe a trouvé au sein du système de grandes améliorations en termes de coordination et de formation et a noté l'utilisation de matériels nouveaux et modernisés. Des sections choisies parmi les directives techniques génériques IDSR ont été adaptées au départ pour fournir au niveau périphérique les outils de surveillance de base, tels que les définitions de cas normalisées, les seuils d'action, les listes de contrôle pour la supervision et les formulaires de rapports. Les directives techniques génériques ont été ensuite pleinement adaptées, et d'autres matériels, tels que les outils de travail, les directives de laboratoire, les guides de planification de la surveillance au niveau des districts et les directives de réponse rapide contre les épidémies ont été produits.

La formation sur la surveillance intégrée a commencé avant l'adaptation des modules de formation générique IDSR en août 2002, tout d'abord au niveau central, puis au niveau périphérique. Suite à l'adoption de la stratégie IDSR, une série de séminaires régionaux s'est tenue pour sensibiliser le personnel des districts,



Photo: CDC

y compris les travailleurs des laboratoires. L'Institut de la santé publique a contribué à la mise en œuvre de l'IDSR en supportant les activités de formation, l'analyse des données, les investigations épidémiques et en aidant à développer les plans d'actions. Le personnel de laboratoire issu de tous les niveaux a été formé à l'investigation des épidémies et au diagnostic du choléra, de la méningite, de la dysenterie bacillaire et de la typhoïde. Par ailleurs, tous les districts ont établi des équipes de réponse rapide avec des membres provenant de différents secteurs.

Un comité mixte entre le système national d'information sur la gestion de la santé (HMIS) et l'IDSR se rencontre chaque mois pour coordonner les activités de surveillance entre les programmes. Un bulletin d'information hebdomadaire et un bulletin de rétro-information trimestriel sont publiés par le MOH, avec une large diffusion. Un journal quotidien national publie chaque semaine les données concernant les cas de maladies et de décès provoqués par les maladies à tendance épidémique. Des réunions des représentants de la surveillance dans les districts se tiennent tous les six mois au niveau central, avec la remise d'un prix au district le plus performant en termes d'activités de surveillance.

Leçons tirées

L'introduction de l'IDSR en Ouganda a clairement renforcé la capacité de surveillance des districts et du MOH, en particulier pour les flambées épidémiques de diarrhée et d'autres maladies fébriles, comme l'Ebola. Comme les programmes de santé verticaux hésitaient à inclure la mise en œuvre de l'IDSR en Ouganda, le comité IDSR a agi de manière déterminante pour clarifier les problèmes et construire un consensus.

Les sous-districts de santé en Ouganda sont relativement récents, ce qui fait que la mise en œuvre de l'IDSR au niveau des districts a représenté un défi considérable. De plus, le secteur privé ne participe pas suffisamment dans la communication des rapports de données de surveillance. Les moyens de communication entre les niveaux ne sont souvent pas adéquats, ce qui peut entraver le flux normal des informations. La gestion des données au niveau périphérique est réduite bien que la technologie informatique soit disponible. Souvent, le logiciel de gestion des données n'est pas normalisé, de sorte que la coordination entre les districts peut s'avérer problématique.



Photo: CDC

Recommandations

Le comité IDSR devrait mobiliser les parties intéressées pour :

- ◆ Aider les districts et les sous-districts à renforcer leur capacité d'analyse des données et d'investigation des épidémies en recrutant et en formant du personnel (e.g., des cliniciens, du personnel de laboratoire, des éducateurs de santé, des inspecteurs de santé, etc.) aux stratégies de surveillance et d'en garantir la viabilité.
- ◆ Renforcer les liens de communication entre les niveaux.
- ◆ Augmenter les efforts destinés à garantir des réponses multisectorielles face aux épidémies.
- ◆ Soutenir les publications de rétro-information hebdomadaires et trimestrielles afin de promouvoir et défendre la stratégie et de mobiliser les ressources.
- ◆ Examiner et mettre à jour les indicateurs lors d'activités de surveillance et d'évaluation trimestrielles et annuelles.
- ◆ Considérer l'inclusion du VIH/Sida dans la mise en œuvre de l'IDSR.

La Surveillance intégrée et riposte contre les épidémies



Sud-Soudan

Contexte

Le Soudan est un pays qui a souffert de plus de trois décennies de conflit interne, de transferts massifs de population, de sécheresses répétées et de fréquentes flambées épidémiques. Le conflit s'est déroulé principalement au Sud-Soudan, qui comprend les régions de Bahr el Ghazal, Equatoria et Haut Nil. L'infrastructure de santé a été en grande partie détruite ; la formation des travailleurs de santé a été interrompue et la plupart des personnes formées ont émigré ou ont été déplacées. La crise humanitaire de 1989 a été l'une des situations d'urgence les pires au Soudan : on estime que deux millions de personnes sont décédées suite au conflit, à la famine et aux maladies épidémiques. La situation était pire au Sud-Soudan, où aucune autorité centrale n'existait pour coordonner les efforts de riposte. La crise a poussé le gouvernement du Soudan, le Mouvement de libération du peuple soudanais (SPLM) et les Nations Unies à signer un accord pour apporter une aide

humanitaire sous l'initiative de l'Opération de survie au Soudan (OLS). En 1998, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), en prenant appui sur cet accord, a établi un bureau de liaison du Sud-Soudan à Nairobi et un bureau local à Loki (Kenya).

Les maladies transmissibles sont les causes principales des problèmes de santé au Sud-Soudan, responsables de taux de morbidité et de mortalité très élevés dans la population. Les maladies épidémiques sont fréquentes et, trop souvent, la riposte est lente et les maladies mal diagnostiquées. À de nombreuses occasions, on a parlé de milliers de vies perdues et il s'est passé six mois avant qu'une riposte ne soit initiée. Avant 1999, les activités de surveillance et de riposte ont été menées de façon ponctuelle et mal coordonnées.

En 1998-1999, l'OMS, l'UNICEF/OLS et les U.S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ont subventionné des évaluations sur le terrain pour enquêter sur le système d'information sur la santé (HIS), les pratiques de gestion et la préparation aux maladies. L'évaluation a révélé le besoin de créer un système de surveillance et de riposte plus effectif. En conséquence, un réseau d'alerte rapide et de riposte (EWARN) a été mis en place en juillet 1999. En mai 2000, la Fondation des Nations unies a financé un projet sur trois ans pour renforcer la surveillance et la riposte aux maladies à tendance épidémiques et pouvant être prévenues par la vaccination. En décembre 2002, une équipe d'experts internationaux, sous l'égide de l'OMS et des CDC, a documenté les expériences et les leçons tirées de ce projet.

Résultats

En général, EWARN a réussi à réunir divers partenaires locaux et internationaux pour améliorer la surveillance et la riposte aux épidémies en établissant un système viable. Ainsi, EWARN a réussi à améliorer la surveil-



Photo: OMS/TDR/Crump

lance et la riposte aux épidémies. Ces résultats correspondaient avec la surveillance précédente et les examens sur le terrain et étaient en accord avec les observations et les croyances des partenaires. L'équipe a observé que les approches pratiques étaient propices à initier et à établir le système. Parmi ces approches :

- ◆ La conduite d'une évaluation et du plaidoyer, ainsi que la sensibilisation aux besoins ont été incorporées dans un plan de projet.
- ◆ L'implication directe de l'OMS au Sud-Soudan dans la formation, les investigations sur les épidémies, la confirmation et la riposte, ainsi que la facilitation des ressources humaines et matérielles, l'analyse et la diffusion des informations, la planification des interventions et le retour d'informations aux partenaires.
- ◆ La participation des parties intéressées (UNICEF/OLS, OMS, ONG et les organisations de base), et la création de synergies dans les activités de surveillance et de riposte (formation, alerte et réponse).
- ◆ La mise en place d'une capacité locale en compétences cliniques et de laboratoire, et l'établissement d'un système de réseau de références aux laboratoires supporté par des sessions de formation adaptées et des ressources techniques offertes par les institutions collaboratrices, telles que la fondation African Medical and Research Foundation (AMREF), l'institut Kenya Medical Research Institute (KEMRI), and le Comité international de la Croix-Rouge (CICR).
- ◆ L'établissement de canaux de communication pratiques et d'un système d'alerte utilisant des réseaux radiophonique à haute fréquence avec des outils de rapport et des directives techniques simplifiés.
- ◆ L'assurance d'une rétro-information régulière et la diffusion en temps utile des informations destinées aux actions utilisant les mises à jour, les visites sur le terrain et la communication par radio.
- ◆ La garantie que le personnel de base EWARN est compétent et déterminé.

Avant la mise en œuvre d'EWARN, il fallait plusieurs mois pour détecter, alerter, vérifier et répondre aux épidémies suspectées, avec un coût faramineux et au prix de nombreuses vies. Aujourd'hui, cela prend habituellement plusieurs jours et rarement plus de deux semaines. Globalement, le projet de renforcer la surveillance et la riposte grâce à EWARN a réussi malgré les énormes défis posés par le paysage physique, social, économique et politique du Sud-Soudan.

Défis

Malgré ces résultats encourageants, il reste de nombreux défis majeurs. Le Soudan est toujours situé dans une zone de conflit et doit faire face à des urgences chroniques. L'inexistence d'une autorité centrale forte dans le sud et un conflit permanent menacent la consolidation et la durabilité des succès remportés. Le nombre limité et la situation précaire des établissements de santé, la mauvaise infrastructure, et le financement insuffisant rendent difficile l'accès à d'autres régions pour étendre encore le système. En outre, les services de santé dépendent complètement des organisations humanitaires, et le roulement du personnel des agences des ONG et des Nations Unies pose des challenges qui doivent être réglés.

Recommandations

- ◆ Consolider et soutenir les succès acquis, et étendre le système à d'autres régions.
- ◆ Encourager les partenaires internationaux, en particulier les ONG qui travaillent au Sud-Soudan, à recruter plus de travailleurs de santé parmi les sud-soudanais afin de réduire le roulement rapide du personnel.
- ◆ Augmenter les investissements pour améliorer la fourniture de soins de santé de base en aidant la formation préalable et en milieu de travail des travailleurs de santé, en assurant la disponibilité des approvisionnements et en renforçant les services de laboratoire.
- ◆ Supporter le partenariat avec les écoles de formation par des ressources techniques et matérielles et intégrer la formation à la surveillance et à la riposte dans les programmes d'éducation.

SURVEILLANCE & RESPONSE CASE STUDIES

Prepared by the Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, which is operated by the Academy for Educational Development with subcontractors Tulane University, JHPIEGO, Morehouse School of Medicine, and Population Reference Bureau. SARA is funded by the U.S. Agency for International Development through the Bureau for Africa, Office of Sustainable Development (AFR/SD) under contract number AOT-C-00-99-00237-00.



1825 Connecticut Ave., NW
Washington, DC 20009
Telephone: 202-884-8000
Fax: 202-884-8447
sara@aed.org

