

COMITÉ RÉGIONAL DE L'AFRIQUE

ORIGINAL :
ANGLAIS

Soixante-neuvième session

Brazzaville, République du Congo, 19-23 août 2019

Point 10 de l'ordre du jour provisoire

STRATÉGIE RÉGIONALE POUR LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE 2020-2030

Rapport du Secrétariat

RÉSUMÉ D'ORIENTATION

1. En 1998, les États Membres ont adopté le document intitulé « **Surveillance intégrée de la maladie en Afrique : stratégie régionale 1999-2003** ». Les documents publiés à la suite de cette stratégie ont utilisé l'expression « surveillance intégrée de la maladie et la riposte » (SIMR). La stratégie pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte est une démarche globale à bases factuelles adoptée pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance de la santé publique et de riposte à tous les niveaux.
2. En 2016, les États Membres ont approuvé la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020. Aux fins de cette stratégie, tous les États Membres sont tenus d'assurer la surveillance intégrée de la maladie et la riposte, dont la couverture nationale devrait dépasser 90 % en 2020. Une nouvelle stratégie régionale pour la SIMR couvrant la période 2020-2030 s'avère nécessaire pour embrasser sur cette évolution, en s'appuyant sur les données probantes les plus récentes et sur les innovations en matière de technologie. La nouvelle stratégie met l'accent sur les corrélations qui existent dans le cadre de la SIMR en tant que partie intégrante du renforcement des systèmes de santé, la finalité étant d'atteindre la couverture sanitaire universelle.
3. Le premier objectif de la nouvelle stratégie pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte est de renforcer les capacités nationales de détection précoce, d'enregistrement complet, d'établissement de rapports en temps voulu, d'analyse régulière et de remontée d'information rapide sur les maladies, les événements et maladies prioritaires devant faire l'objet de surveillance intégrée et riposte à tous les niveaux. Le deuxième objectif de la nouvelle stratégie est de renforcer les capacités des laboratoires nationaux et supranationaux à confirmer ces maladies, événements et affections prioritaires. Le troisième objectif de la stratégie est de renforcer la capacité de préparation et d'intervention en cas de situation d'urgence de santé publique, à tous les niveaux.
4. La nouvelle stratégie fournit également aux États Membres des orientations sur les moyens de renforcer le système de supervision, de suivi et d'évaluation de la SIMR. Enfin, la stratégie énonce les étapes intermédiaires, les cibles et interventions prioritaires susceptibles d'éclairer l'action des États Membres.
5. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

SOMMAIRE

Paragraphes

INTRODUCTION	1-5
ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION	6-14
LA STRATÉGIE RÉGIONALE.....	15-39
INCIDENCES EN TERMES DE RESSOURCES	40-41
SUIVI ET ÉVALUATION	42
CONCLUSION.....	43-46

ANNEXES

Pages

Annexe 1. État d'avancement de l'organisation de la SIMR dans les États Membres en 2018	12
Annexe 2. Situation régionale de l'organisation de la SIMR en 2018	13
Annexe 3. Pourcentage d'États Membres africains à chaque niveau de notation des capacités requises en vertu du RSI pour chacun des 19 domaines techniques de l'évaluation externe conjointe (N = 43).....	14
Annexe 4. Indicateurs de suivi des performances de la SIMR au niveau des États Membres	15

INTRODUCTION

1. La menace que les épidémies font peser sur la sécurité sanitaire mondiale et les moyens de subsistance des populations est de plus en plus reconnue, au-delà de l'impact de ces épidémies sur la santé humaine. Chacun des 47 États Membres de la Région africaine de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) est exposé à des menaces pour la sécurité sanitaire.¹ Les menaces émergentes et réémergentes à potentiel pandémique continuent de mettre à rude épreuve les systèmes de santé fragiles du continent, avec à la clé un lourd tribut humain et économique.

2. Une évaluation des tendances des maladies effectuée par l'OMS en 2019 indique que le risque de maladies infectieuses émergentes a augmenté.² Cette situation peut être attribuée en grande partie à la hausse des déplacements transfrontaliers et des voyages internationaux, à une plus forte densité de la population humaine et à la croissance des établissements informels. Les autres facteurs comprennent le changement climatique, les évolutions dans l'interaction entre les êtres humains et les animaux sauvages et celles qui s'observent dans le commerce et l'élevage du bétail.

3. La fréquence et l'ampleur accrues des flambées épidémiques dans la Région africaine nous rappellent clairement la nécessité de mettre en place des systèmes de surveillance de la santé publique et de riposte solides.³ En outre, les systèmes de santé, qui pâtissent déjà du fait de leur inadéquation, sont souvent accablés par des événements extérieurs au secteur de la santé, par exemple les conflits civils, les déplacements de populations à l'intérieur du pays, le changement climatique et les mutations qui s'opèrent dans l'environnement.

4. En 1998, à la suite des ripostes tardives mises en place face à de grandes flambées de maladies, les États Membres ont adopté une stratégie régionale de surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR)⁴ couvrant la période 1999-2003. La surveillance intégrée de la maladie et la riposte est une stratégie complète à bases factuelles adoptée pour renforcer les systèmes nationaux de surveillance de la santé publique et la riposte à tous les niveaux.

5. En 2016, les États Membres ont adopté la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020.⁵ Cette stratégie a fixé un objectif très audacieux concernant la SIMR, à savoir que d'ici à 2020, tous les États Membres doivent réaliser la SIMR, avec une couverture nationale supérieure à 90 %.

¹ Organisation mondiale de la Santé. Programme de gestion des situations d'urgence sanitaire dans la Région africaine : rapport annuel 2016. Bureau régional de l'Afrique. Disponible à l'adresse <http://www.afro.who.int/fr/node/8317> (consulté le 28 octobre 2018).

² Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2018). Activités de l'OMS dans la Région africaine – Rapport de la Directrice régionale 2017-2018. Brazzaville. Disponible à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273743/AFR-RC68-2-eng.pdf> (consulté le 25 février 2019).

³ Heymann DL, Chen L, Takemi K, Fidler DP, Tappero JW, Thomas MJ, et al. Global health security: the wider lessons from the West African Ebola virus disease epidemic. Lancet, 2015; 385:1884-901.

⁴ Organisation mondiale de la Santé. Surveillance épidémiologique intégrée de la maladie : stratégie régionale de lutte contre les maladies transmissibles (résolution AFR/RC48/R2) Harare, Zimbabwe : OMS ; quarante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique. 1998.

⁵ Organisation mondiale de la Santé. Résolution sur la stratégie régionale pour la sécurité sanitaire et les situations d'urgence 2016-2020, document AFR/RC66/6. 2016, <http://www.who.int/iris/handle/10665/252834> (consulté le 18 janvier 2019).

ANALYSE DE LA SITUATION ET JUSTIFICATION

Analyse de la situation

6. Une évaluation réalisée par l'OMS en 2017 a montré que la dynamique initiale qui a caractérisé l'organisation de la SIMR entre 2000 et 2010 n'a pas été maintenue.⁶ Cette situation a été attribuée à un manque de financement national viable. En outre, une carence des effectifs et un taux de rotation élevé du personnel périphérique ont entravé l'organisation de la SIMR. Il a aussi été noté que l'échange de données et d'autres informations sur la surveillance était sous-optimal. L'expansion de la SIMR a par ailleurs été entravée par l'inadéquation de la supervision et de l'encadrement, par la faiblesse des capacités des laboratoires et par la disponibilité limitée des systèmes de communication et de transport.

7. En 2018, douze États Membres avaient organisé une formation dans le domaine de la SIMR à l'intention de 90 % des agents de santé nationaux ; 22 États Membres avaient organisé une formation couvrant 50 % à 89 % des agents de santé. Dix États Membres affichaient une couverture inférieure à 50 % pour ce qui a trait à la formation des agents de santé dans le domaine de la SIMR.

8. La stratégie de SIMR intègre à la fois les systèmes de surveillance basée sur les indicateurs et les systèmes de surveillance des événements. De plus, la SIMR peut être organisée au niveau des communautés – moyennant la surveillance communautaire – ou au niveau des établissements de santé – dans le cadre de la surveillance au sein des établissements. Enfin, la SIMR peut être effectuée sur support papier ou par voie électronique (elle est désignée dans ce cas la SIMR électronique ou l'*« e-SIMR »*).

9. En 2018, la proportion des États Membres qui effectuaient la surveillance des événements était de 74 %, tandis que la proportion d'États Membres qui avaient commencé à organiser la surveillance communautaire s'établissait à 68 %. En ce qui concerne l'*e-SIMR*, 70 % des États Membres déclarent disposer de systèmes adaptés. Toutefois, 42 % d'entre eux ne disposent de données ni sur la couverture de la surveillance des événements, ni sur la surveillance communautaire ni même sur la SIMR électronique. Actuellement, dix États Membres assurent la surveillance des événements, avec un taux de couverture nationale de 100 %, et seulement sept États Membres (15 % du total) mettent en œuvre la surveillance communautaire avec une couverture nationale de 100 %. Quatre États Membres mettent en œuvre à la fois la surveillance des événements et la surveillance communautaire, en affichant une couverture nationale de 100 % (annexe 2).

10. En décembre 2017, trente-deux États Membres s'étaient dotés d'un mécanisme de retour d'information sous forme de bulletins d'information hebdomadiers ou mensuels, et 34 États Membres avaient produit des informations relatives à la disponibilité en temps voulu et à la complétude des rapports sur la SIMR, 23 de ces États Membres ayant atteint le seuil de régularité et d'exhaustivité défini, qui était fixé à plus de 80 %. Parmi les 23 États Membres qui ont obtenu de bons résultats en matière de respect des délais de communication des données, 18 disposaient d'un système de SIMR électronique.

11. Si la riposte aux situations d'urgence sanitaire continue de poser problème, les États Membres ont accompli des progrès notables sur le plan de l'évaluation des capacités requises en vertu du Règlement sanitaire international (RSI, 2005), en utilisant à cet effet, depuis 2016, les évaluations externes conjointes et les rapports annuels établis par les États Parties (SPAR). Ces

⁶ Fall IS, Rajatonirina S, Yahaya AA, Yoti Z, Nsubuga P, et al. The Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) strategy in Africa: Current regional status of implementation, lessons learnt and perspectives for the future. BMJ Global Health (sous presse).

évaluations ont révélé des lacunes importantes dans les capacités requises en vertu du RSI. Au demeurant, aucun pays de la Région africaine de l'OMS ne s'était doté de telles capacités.⁷ Des axes à améliorer ont été relevés dans les capacités ci-après, requises en vertu du RSI : la résistance aux antimicrobiens ; la sûreté et la sécurité biologiques ; la préparation ; les opérations d'action d'urgence ; les contre-mesures médicales et le déploiement du personnel ; les points d'entrée ; ainsi que les événements chimiques et les urgences radiologiques (annexe 3). Les insuffisances susmentionnées tiennent principalement au manque de ressources (financières, humaines et logistiques) et à la fragmentation des services. La participation limitée des communautés, la faiblesse des systèmes de santé, l'inadéquation de la collaboration interpays et les partenariats limités restent autant de défis à relever.

12. Des possibilités d'amélioration existent, à l'exemple de la révision en cours du guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (troisième édition). En outre, tous les États Membres, sauf quatre,⁸ ont fait l'objet d'une évaluation externe conjointe et sont en train d'élaborer ou de réviser leurs plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire. De plus, les 47 États Membres ont tous soumis, pour les deux dernières années (2017 et 2018), leur rapport annuel sur l'application du RSI.

Justification

13. Après deux décennies de mise en œuvre de la stratégie de la SIMR, il s'avère judicieux de formuler une nouvelle stratégie qui s'inspire des leçons apprises. La nouvelle stratégie de SIMR (2020-2030) donne aux États Membres les orientations techniques actuelles et précise les interventions prioritaires requises pour contribuer au treizième programme général de travail de l'OMS (treizième PGT) 2019-2023, et particulièrement à l'atteinte des objectifs du triple milliard, à savoir : « 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant de la couverture sanitaire universelle ; 1 milliard de personnes supplémentaires mieux protégées face aux situations d'urgence sanitaire ; et 1 milliard de personnes supplémentaires bénéficiant d'un meilleur état de santé et d'un plus grand bien-être ».⁹ La nouvelle stratégie de SIMR est également alignée sur le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020.¹⁰

14. La nouvelle stratégie de SIMR tient compte des données factuelles et des innovations contemporaines, précisément du contexte qui prévaut, tout en étant alignée sur les stratégies qui visent à instaurer la couverture sanitaire universelle et à atteindre l'objectif 3 de développement durable (ODD 3). Enfin, cette stratégie a pour vocation de développer des synergies avec les stratégies axées sur la sécurité sanitaire mondiale et s'appuie sur l'approche « Une seule santé ».

⁷ Talisuna AO, Yahaya AA, Rajatonirina SC, Stephen M, Oke A et al. Joint External Evaluation of the International Health Regulations (2005) capacities: Current status and lessons learnt in Africa, BMJ Global Health (sous presse).

⁸ Algérie, Angola, Cabo Verde, Guinée équatoriale.

⁹ Organisation mondiale de la Santé. Treizième programme général de travail 2019-2023. Disponible à l'adresse <https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/> <https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/> <https://www.who.int/about/what-we-do/gpw-thirteen-consultation/en/> (consulté le 23 janvier 2019).

¹⁰ Organisation mondiale de la Santé. Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020. Disponible à l'adresse <https://www.afro.who.int/regional-director/transformation-agenda> (consulté le 18 janvier 2019).

LA STRATÉGIE RÉGIONALE

But, objectifs et cibles

But

15. Réduire la morbidité, la mortalité, le handicap et les pertes socioéconomiques dues aux épidémies et à d'autres situations d'urgence de santé publique dans la Région africaine.

16. Objectifs

- a) Renforcer les capacités nationales de détection précoce, d'enregistrement complet, d'établissement de rapports en temps voulu, d'analyse régulière et de retour d'information rapide sur les maladies, les événements et les affections prioritaires de la SIMR à tous les niveaux.
- b) Renforcer la capacité des laboratoires nationaux et supranationaux à confirmer les maladies, les événements et les affections prioritaires faisant l'objet de SIMR.
- c) Renforcer la capacité de préparation et de riposte en cas de situation d'urgence sanitaire, à tous les niveaux.
- d) Renforcer le système de supervision, de suivi et d'évaluation de la SIMR.

17. Jalons et cibles

Les jalons pour 2024 et les cibles pour 2030 sont définis en fonction des objectifs de la stratégie.

Renforcer les capacités nationales de détection précoce, d'enregistrement complet, d'établissement de rapports en temps voulu, d'analyse régulière et de retour d'information rapide sur les maladies, événements et affections prioritaires de la SIMR à tous les niveaux.

D'ici à 2024 :

- a) tous les États Membres devront avoir mobilisé plus de 80 % des ressources financières nécessaires pour organiser la SIMR ;
- b) tous les États Membres effectueront la SIMR (en l'occurrence la surveillance basée sur les indicateurs, la surveillance des événements et la surveillance communautaire), en affichant une couverture nationale supérieure à 90 % ;
- c) plus de 80 % des événements aigus de santé publique détectés seront signalés à l'OMS dans les 48 heures suivant leur détection ;
- d) tous les États Membres publieront régulièrement un bulletin hebdomadaire (ou mensuel) portant sur la SIMR ;
- e) tous les États Membres auront acquis la capacité d'analyser et de mettre en corrélation les données générées par les systèmes de surveillance aux niveaux national et intermédiaire ;
- f) trente pour cent des États Membres disposeront d'un personnel de santé suffisant, qualifié et compétent pour l'organisation de la SIMR à tous les niveaux.

D'ici à 2030 :

- a) tous les États Membres disposeront d'un personnel de santé suffisant, qualifié et compétent pour l'organisation de la SIMR à tous les niveaux ;
- b) tous les États Membres disposeront d'un système fonctionnel de SIMR électronique, assurant une couverture nationale supérieure à 90 %.

Renforcer la capacité des laboratoires nationaux et supranationaux à confirmer les maladies, les événements et les affections prioritaires faisant l'objet de SIMR.

D'ici à 2024 :

- a) tous les États Membres auront mis en place un système de laboratoires nationaux capables d'effectuer de manière fiable au moins cinq des dix tests de base sur des échantillons prélevés dans plus de 80 % des « districts » ;
- b) plus de 80 % des événements aigus de santé publique détectés pourront être confirmés en laboratoire à temps, en conformité avec les directives et les standards nationaux .

D'ici à 2030 :

- a) tous les États Membres disposeront d'une norme nationale de qualité pour les laboratoires et d'un système d'autorisation obligatoire.

Renforcer la capacité de préparation et de riposte en cas de situation d'urgence sanitaire, à tous les niveaux.

D'ici à 2024 :

- a) tous les États Membres procéderont au moins tous les deux ans à une évaluation nationale des risques d'urgence englobant de multiples menaces, à un profilage des risques et à une cartographie des ressources ;
- b) tous les États Membres se seront dotés d'un mécanisme de coordination de l'action d'urgence et d'un système de gestion des incidents ;
- c) tous les États Membres auront établi un centre d'opérations d'urgence de santé publique national fonctionnel ;
- d) tous les États Membres testeront tous les deux ans leurs systèmes de riposte en cas d'urgence et leurs processus décisionnels pour s'assurer que ceux-ci fonctionnent de façon efficace et efficiente.

D'ici à 2030 :

- a) tous les États Membres auront constitué des équipes nationales et infranationales pluridisciplinaires d'action rapide.

Renforcer le système de supervision, de suivi et d'évaluation de la SIMR.

D'ici à 2024 :

- a) tous les États Membres auront examiné chaque année les résultats de la SIMR et actualisé le système à tous les niveaux dans chaque pays ;
- b) tous les États Membres établiront des rapports trimestriels sur les principaux indicateurs de résultats de la SIMR.

D'ici à 2030 :

- a) tous les États Membres auront mis en place une capacité avérée (niveau 4)¹¹ pour toutes les capacités requises en vertu du RSI, comme cela est indiqué dans le rapport annuel.

Principes directeurs

18. **Appropriation par les pays et leadership national.** L'amélioration de la SIMR est une responsabilité qui incombe au premier chef aux gouvernements nationaux. Dans cette logique, tous les États Membres sont invités dans la présente stratégie à assurer un rôle moteur technique à tous les niveaux. Les États Membres assumeront ce rôle en tenant compte du contexte qui prévaut dans chaque pays sur le triple plan social, économique et politique, et dans les domaines de la santé et de la sécurité sanitaire.

19. **Le leadership et les partenariats de l'OMS.** Le succès de cette stratégie repose sur l'efficacité du Secrétariat de l'OMS et sur un appui technique solide des partenaires. Ce soutien doit être complémentaire et synergique.

20. **La collaboration intersectorielle.** L'amélioration et l'optimisation de la SIMR passent par une stratégie multisectorielle et coordonnée fondée sur l'approche « Une seule santé ». Cette stratégie soutient la planification de la SIMR dans plusieurs secteurs.

21. **La participation des communautés.** Une participation active de la communauté s'avère nécessaire pour une optimisation efficace de la SIMR. Les communautés doivent s'approprier le renforcement de leur capacité de préparation et de riposte.

22. **Le financement intérieur.** Le financement de la SIMR doit provenir de ressources nationales pour que sa viabilité à long terme soit garantie. C'est dire que des dispositions devront être prises afin de mobiliser des ressources financières nationales suffisantes en faveur de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte.

23. **Le suivi des résultats et la responsabilisation.** La présente stratégie définit des principaux indicateurs de résultats en rapport avec le suivi et l'évaluation. Les États Membres adapteront ces indicateurs et les utiliseront. Le suivi et la responsabilisation doivent être institutionnalisés.

24. **La prise en compte des spécificités de chaque sexe et l'équité.** Les données de la SIMR doivent être ventilées selon l'âge et selon le sexe. L'on devrait surveiller les tendances de chaque maladie en tenant compte des risques liés aux deux sexes. Ce suivi doit s'appliquer à toutes les populations, tout au long de la vie, y compris aux populations mal desservies.

25. **L'accent sur les établissements de santé et les communautés.** La mise en œuvre de la présente stratégie se fera dans les établissements de santé et au sein des communautés, qui bénéficieront d'un encadrement technique solide du « district » et du niveau national.

¹¹ Les attributs sont en place, durables pour quelques années encore et peuvent être mesurés par l'inclusion d'attributs ou de capacités prévues par le RSI (2005) dans le plan national du secteur de la santé – Score Green.

Interventions prioritaires

26. **Mener des activités de plaidoyer de haut niveau.** Eu égard au contexte actuel et des évolutions récentes telles que les flambées épidémiques de maladie à virus Ebola, des engagements politiques de haut niveau doivent être pris dans tous les multiples secteurs pertinents. Le succès de la présente stratégie passe notamment par un plaidoyer de haut niveau à l'échelle nationale et infranationale. Tous les États Membres sont invités instamment à mener des activités de plaidoyer de haut niveau en faveur de la SIMR. L'ampleur et la portée d'un tel plaidoyer dépendront du contexte de la décentralisation ou de la déconcentration.

27. **Assurer une bonne conception du système et l'appropriation par les pays.** La présente stratégie de SIMR autorise une certaine souplesse dans la planification. La stratégie doit donc être adaptée au contexte dans lequel elle est mise en œuvre. Les principales considérations à prendre en compte lors de cette adaptation sont, entre autres, le dénombrement des maladies, événements et affections à potentiel épidémique devant faire l'objet d'une déclaration immédiate et hebdomadaire et le recensement des maladies, événements et affections devant faire l'objet d'une déclaration mensuelle ou trimestrielle. Le contexte politique, économique, épidémiologique et social doit également être pris en considération. Enfin, pour que la SIMR repose sur des bases solides, son appropriation par les pays, la conception du système, la collaboration avec les parties prenantes et un environnement favorable sont indispensables et doivent être institutionnalisés.

28. **Optimiser le leadership et des cadres de responsabilisation solides.** Un bon leadership et une responsabilisation à tous les niveaux sont indispensables pour améliorer la SIMR et l'optimiser. De plus, la supervision, le suivi et l'évaluation sont essentiels pour accroître les performances et la responsabilisation dans l'organisation de la SIMR. Tous les États Membres sont invités instamment à intensifier la mise en œuvre de la troisième édition du guide technique pour la SIMR, qui insiste sur une supervision rigoureuse intégrée, y compris par l'utilisation de moyens de supervision électronique. Surtout, les États Membres sont invités instamment d'une part à établir des mécanismes solides de coordination nationale et infranationale afin de superviser la mise en œuvre de la SIMR à différents niveaux du système de santé et, d'autre part, à désigner des points focaux de la SIMR à l'échelon infranational.

29. **Assurer une disponibilité constante d'agents de santé qualifiés.** Tous les États Membres sont invités instamment à accroître la disponibilité de ressources humaines qualifiées en développant l'apprentissage en ligne. Il s'agit là d'un facteur clé de succès pour la SIMR à tous les niveaux, mais surtout dans les établissements périphériques et dans la communauté. L'apprentissage en ligne est encouragé compte tenu du fait que la formation en atelier pourrait ne pas atteindre tous les agents de santé.

30. **Institutionnaliser la formation dans le domaine de la SIMR et réviser les programmes des établissements de formation.** Si l'apprentissage en ligne est une solution possible, le déficit de formation mentionné dans l'analyse de situation est un signal d'alarme qui souligne le besoin impérieux de prévoir une formation systématique préalable et en cours d'emploi des agents de santé sur la SIMR. Tous les États Membres sont invités instamment à institutionnaliser la formation à la SIMR dans les programmes des établissements de formation en santé publique. Cette dernière option nécessitera une révision des programmes de tous les établissements de formation initiale. Le Secrétariat de l'OMS collabore avec des institutions de formation dans certains pays à la révision de leurs programmes d'enseignement afin d'y inclure la SIMR. Tous les États Membres sont priés d'adopter cette approche en vue de se doter de façon fiable et continue d'un personnel bien formé.

31. **Intensifier la surveillance des événements.** Le guide technique et les modules de formation de la troisième édition de la SIMR offrent aux États Membres des orientations sur la manière d'étendre la surveillance des événements à tous les niveaux. Par conséquent, tous les États Membres sont invités à accélérer la mise en œuvre du guide technique révisé pour la SIMR. Cette accélération est importante, car le RSI (2005) a introduit la notion de surveillance des « événements » pour traiter les rumeurs de maladies ou de séries de décès inexplicables comme catégorie d'événements à déclarer. Si la surveillance des événements a été ajoutée à la deuxième édition du guide technique pour la SIMR, sa mise en œuvre n'a guère été satisfaisante. Il convient de relever que l'organisation de la surveillance des événements exige la participation de multiples parties prenantes, de la communauté et le recours à l'analyse des médias à l'aide de produits et de logiciels des technologies de l'information.

32. **Intensifier la surveillance communautaire.** La troisième édition du guide technique pour la SIMR a été étayée pour combler les lacunes de la surveillance communautaire. Aussi tous les États Membres sont-ils invités instamment à renforcer le guide révisé de la SIMR concernant la surveillance communautaire. Il importe de signaler que la surveillance communautaire est un processus actif de participation d'une communauté à la détection, à la notification, à la riposte et au suivi d'événements de santé survenus en son sein. La portée de la surveillance communautaire ne se limite pas à la collecte systématique et continue de données sur les événements et les maladies à l'aide de définitions de cas et de formulaires simplifiés. L'objet de la surveillance communautaire est également de rapporter aux établissements de santé tout événement inhabituel aux fins de vérification, d'investigation, de compilation, d'analyse et d'intervention s'il y a lieu. Le succès de la surveillance communautaire repose sur la participation des communautés locales.

33. **Organiser la SIMR dans des situations complexes.** Les crises humanitaires ont déteint sur la performance de la SIMR dans plusieurs États Membres parce qu'elles ont perturbé la prestation des services de santé et d'autres services à vocation sociale. Sur la base des expériences des États Membres, la deuxième édition du guide technique pour la SIMR a été révisée afin d'intégrer diverses composantes clés et les leçons principales apprises de l'organisation de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte lors des crises humanitaires. Les États Membres en proie à de telles crises sont invités instamment à s'adapter rapidement aux recommandations formulées dans la troisième édition du guide pour la SIMR.

34. **Intensifier la SIMR électronique.** Tous les États Membres sont invités instamment à généraliser l'e-SIMR, pour qu'elle couvre l'ensemble du territoire national. Les systèmes de surveillance électronique sont de plus en plus usités pour la détection rapide des maladies et la riposte. En vue de prêter une assistance aux États Membres dans la mise à l'échelle de l'e-SIMR, la troisième édition du guide technique pour la SIMR et des modules de formation y afférents comporte une section sur l'organisation de la SIMR électronique. Les piliers de cette forme de SIMR sont : l'engagement politique ; des numéros verts sécurisés ; l'expérimentation avant le déploiement à l'échelle nationale ; des évaluations périodiques de la qualité des données ; une formation appropriée ; un retour d'information et un échange d'informations réguliers entre les parties prenantes concernées.¹²

¹² Thierry N, Adeline K, Anita A, Agnes B, Baptiste KJ, Pamela J, et al. A National Electronic System for Disease Surveillance in Rwanda (eIDSR): Lessons Learned from a Successful Implementation. Online J Public Health Inform, 2014, 6:e118.

35. **Fournir un retour d'information et assurer l'échange des données.** En vertu du RSI, tous les États Membres sont tenus de transmettre rapidement les données (épidémiologiques et de laboratoire) à l'OMS. Il convient d'améliorer le retour d'information et l'échange des données rapides, réguliers et systématiques sur la SIMR dans tous les États Membres, car cela facilite la détection précoce, l'action rapide et permet de prendre de meilleures décisions fondées sur des bases factuelles. Au niveau régional, l'échange d'informations doit être continu pendant et après une flambée épidémique. Les États Membres doivent tirer parti des protocoles existants pour renforcer l'échange d'informations entre les communautés sanitaires et économiques régionales.

36. **Assurer la préparation et la riposte transfrontalières.** Au cours des deux dernières décennies, l'OMS a prêté son assistance à l'organisation de plusieurs réunions ministérielles sur les questions de santé transfrontalière dans la Région africaine : à Kampala (Ouganda) en 2004 ; à Abuja (Nigéria) en 2010 ; à Lusaka (Zambie) en 2011 ; à Natitingou (Bénin) en 2013 ; et au Libéria en 2016. Ces initiatives ont abouti à la signature de protocoles de coopération et de mémorandums d'accord. Ces protocoles et mémorandums ont permis d'améliorer la coordination transfrontalière, l'action en cas de flambée, la synchronisation des interventions de santé publique et le renforcement des systèmes de santé. Cependant, les dispositifs d'échange d'informations et de collaboration transfrontalière pour lutter efficacement contre l'épidémie restent peu efficaces, tout comme les activités de préparation. En outre, peu d'États Membres ont mis en place des systèmes appropriés de planification commune, de mise en œuvre conjointe, de suivi et d'évaluation conjoints des stratégies axées sur la prévention, la préparation, l'alerte précoce et la riposte au niveau transfrontalier. Dans la présente stratégie, les États Membres sont encouragés à redynamiser ces initiatives, en tenant compte des évolutions et des cadres récents.

37. **Intégrer la SIMR dans des systèmes d'information sanitaire élargis.** Toutes les fonctions de la SIMR doivent être conformes aux systèmes d'information pour la gestion sanitaire qui s'appliquent dans les États Membres. Tous les pays sont invités instamment à mettre en place des mécanismes garantissant l'intégration de la SIMR dans les systèmes d'information pour la gestion sanitaire.

Rôles et responsabilités

38. Les États Membres devraient :

- a) mobiliser des ressources suffisantes pour soutenir la mise en œuvre de la présente stratégie ;
- b) redéfinir les structures et les systèmes aux niveaux national et infranational de façon à soutenir la mise en œuvre de la présente stratégie, notamment en désignant un point focal pour la coordination de la SIMR à différents niveaux ;
- c) renforcer le mécanisme de coordination de la SIMR pour en superviser la mise en œuvre, donner des orientations sur les priorités, examiner périodiquement les progrès accomplis et renforcer les capacités au niveau infranational.

39. Le Secrétariat de l'OMS et ses partenaires devraient :
- a) diffuser le guide technique pour la SIMR (troisième édition) afin de soutenir la mise en œuvre de la présente stratégie ;
 - b) prêter leur concours aux pays dans l'élaboration de plans qui feront l'objet d'une évaluation et d'un suivi réguliers ;
 - c) veiller à ce que le groupe de travail régional sur la SIMR soit opérationnel et serve de cadre opérationnel pour une action coordonnée, ainsi que pour la mobilisation de ressources et l'établissement d'un consensus entre partenaires ;
 - d) faciliter la synergie et la complémentarité dans les partenariats noués aux fins d'organisation de la SIMR ;
 - e) constituer une équipe régionale d'experts pour renforcer les capacités des pays.

INCIDENCES EN TERMES DE RESSOURCES

40. En 2016, la *National Academy of Medicine* des États-Unis a établi une commission chargée de définir un cadre d'action mondial contre les risques sanitaires futurs.¹³ Dans son rapport intitulé en anglais « *The neglected dimension of global security: a framework to counter infectious disease crises* » (que l'on pourrait traduire par *La dimension négligée de la sécurité mondiale : un cadre pour lutter contre les crises de maladies infectieuses*), la commission estime à US \$4,5 milliards par an l'augmentation des ressources financières requise à l'échelle mondiale pour la préparation en cas de pandémie.

41. Dans la Région africaine de l'OMS, les États Membres utilisent des plans d'action nationaux pluriannuels pour la sécurité sanitaire pour accélérer la mise en place des capacités requises en vertu du RSI. Le plan d'action national pour la sécurité sanitaire tient compte des priorités nationales en matière de sécurité sanitaire. Avec le concours de l'OMS, 25 États Membres ont élaboré des plans d'action nationaux pour la sécurité sanitaire. Les coûts de ces 25 États Membres ont été utilisés pour obtenir le panier d'investissement de la Région africaine en calculant un coût annuel moyen de préparation et en le multipliant par le nombre d'États Membres de la Région pour estimer les coûts de préparation régionaux. Le coût par habitant et par an, encore appelé l'investissement de préparation par personne, a été calculé en divisant le coût de l'investissement régional par la population totale. L'investissement dont a besoin au cours des trois prochaines années oscille entre US \$9 milliards et US 10 milliards, ce qui équivaut à US \$ 3-4 milliards par an. Cela se traduit par US \$2,5 à 3,5 par personne et par an, ce qui donne à penser que l'investissement dans la préparation en cas de pandémie est un bien de santé publique d'un prix abordable. Enfin, US \$10 millions sont nécessaires chaque année pour permettre au Secrétariat de l'OMS de fournir un appui aux programmes menés par les États Membres.

SUIVI ET ÉVALUATION

42. Les progrès réalisés par les États Membres dans la mise en œuvre de la présente stratégie feront l'objet d'un suivi trimestriel et annuel. Les données seront recueillies au moyen de KPI de la SIMR (annexe 4) et des rapports annuels du RSI. Le suivi et l'évaluation seront ajustés en fonction du contexte qui prévaut. En outre, des analyses coûts-avantages de la SIMR seront effectuées au moins deux fois au cours de la période couverte par la présente stratégie. Enfin, tous les deux ans, la Directrice régionale rendra compte au Comité régional des progrès réalisés dans la mise en œuvre de la présente stratégie.

¹³ National Academy of Medicine (2016). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington, DC: The National Academies Press (disponible à l'adresse <https://doi.org/10.17226/21891>).

CONCLUSION

43. Si elle est mise en œuvre rapidement, la présente stratégie régionale de SIMR améliorera la détection précoce et la déclaration des maladies, affections et événements prioritaires, ce qui permettra d'organiser une riposte rapide et efficace. Lorsqu'elle a été mise en œuvre de façon complète à l'échelle nationale, la SIMR a permis d'améliorer les délais d'intervention et de réduire la morbidité, la mortalité et la durée des flambées épidémiques.¹⁴

44. Tous les États Membres sont invités instamment à se doter d'un personnel de santé publique suffisant. En outre, les États Membres doivent se doter de programmes de renforcement des capacités incluant un changement de paradigme pour passer d'une formation théorique lors d'ateliers à des approches qui renforcent les connaissances, les aptitudes et les compétences par des simulations et des exercices pratiques. Enfin, il est nécessaire d'utiliser les innovations de la technologie pour renforcer la SIMR électronique, à l'exemple des approches de la téléphonie mobile appliquée à la santé, du cyberapprentissage et de l'enseignement en ligne.

45. Tous les États Membres sont invités instamment à accroître la visibilité des unités responsables de la SIMR aux niveaux national et infranational. Enfin, tous les États Membres sont invités instamment à accorder la priorité au financement de la SIMR.

46. Le Comité régional est invité à examiner et à adopter la présente stratégie.

¹⁴ Shoemaker TR, Balinandi S, Tumusiime A, Nyakarahuka L, et al. Impact of enhanced viral haemorrhagic fever surveillance on outbreak detection and response in Uganda. Lancet Infect Dis. 2018; 18:373–375.

Annexe 1. État d'avancement de l'organisation de la SIMR dans les États Membres en 2018

Pays	Adapté de la deuxième édition du guide technique pour la SIMR	Formation des formateurs dans le domaine de la SIMR	Formation en cascade dans le domaine de la SIMR, jusqu'au niveau périphérique	Nombre total de districts	Districts ayant reçu une formation sur la SIMR entre 2015 et 2017 (KPI) (%)	Bulletin de la SIMR produit et diffusé	Rapidité de présentation des rapports sur la SIMR (%)	Exhaustivité des rapports sur la SIMR (%)
Algérie	Non	ND		--				
Angola	Oui	Non	--	166	50 à 89	Oui	--	--
Bénin	Oui	Oui	Non	77	< 50	Non	92	100
Botswana	Oui	Oui	Non	28	50 à 89	Non	82	92
Burkina Faso	Oui	Non	--	70	50 à 89	Oui	100	100
Burundi	Oui	Oui	Oui	46	> 90	Oui	90	91
Cameroun	Oui	Oui	Oui	189	50 à 89	Oui	72	84
Cabo Verde	Non	ND		22				
République centrafricaine	Oui	Oui	Oui	30	< 50	--	15	75
Tchad	Oui	Oui	Non	146	50 à 89	Oui	100	100
Comores	Oui	Oui	Oui	17	> 90	Oui	40	60
Congo	Oui	Oui	Non	41	< 50	Non	--	--
Côte d'Ivoire	Oui	Oui	Oui	83	> 90	Oui	96	100
République démocratique du Congo	Oui	Non	--	516	50 à 89	Oui	80	95
Guinée équatoriale	Oui	Non	Non	18	< 50	--	--	--
Érythrée	Oui	Oui	Oui	58	50 à 89	--	47	100
Eswatini	Oui	Oui	Oui	4	50 à 89	Oui	85	52
Éthiopie	Oui	--	--	904	50 à 89	Oui	--	--
Gabon	Oui	Non	--	51	50 à 89	Oui	99	100
Gambie	Oui	Oui	Oui	43	50 à 89	--	66	100
Ghana	Oui	Oui	Oui	216	< 50	Oui	90	99
Guinée	Oui	--	--	38	> 90	Oui	99	100
Guinée-Bissau	Oui	Non	Non	11	50 à 89	Oui	90	100
Kenya	Oui	--	--	301	50 à 89	Oui	--	--
Lesotho	Oui	--	--	10	> 90	--	--	--
Libéria	Oui	--	Non	90	> 90	Oui	95	98
Madagascar	Oui	Oui	Oui	114	< 50	Oui	54	55
Malawi	Oui	--	--	29	< 50	Non	--	--
Mali	Oui	--	--	65	50 à 89	Oui	90	97
Mauritanie	Oui	Oui	Oui	55	50 à 89	Oui	100	80
Maurice	Non	ND	--	6		--	--	--
Mozambique	Oui	Non	Non	159	< 50	Non	52	92
Namibie	Oui	--	--	35	ND	Oui	90	99
Niger	Oui	Oui	Oui	72	50 à 89	Oui	89	98
Nigéria	Oui	Oui	Oui	774	< 50	Oui	85	85
Rwanda	Oui	Oui	Oui	46	> 90	Oui	78	98
Sao Tomé-et-Principe	Oui	Oui	Oui	7	< 50	Oui	99	100
Sénégal	Oui	Non	Oui	76	> 90	Oui	96	98
Seychelles	Oui	--	Non	26	> 90	Oui	--	--
Sierra Leone	Oui	Non	Oui	14	> 90	Oui	99	98
Afrique du Sud	Oui	--	--	52	50 à 89	--	--	--
Soudan du Sud	Oui	Oui	Oui	80	> 90	Oui	39	57
République-Unie de Tanzanie	Oui	Non	Non	192	50 à 89	Oui	80	100
Togo	Oui	Non	Oui	40	> 90	Oui	75	75
Ouganda	Oui	Oui	Oui	116	> 90	Oui	69	70
Zambie	Oui	--	--	105	50 à 89	Oui	--	--
Zimbabwe	Oui	Oui	--	63	50 à 89	--	90	90

-- : Informations non fournies

ND : données non disponibles

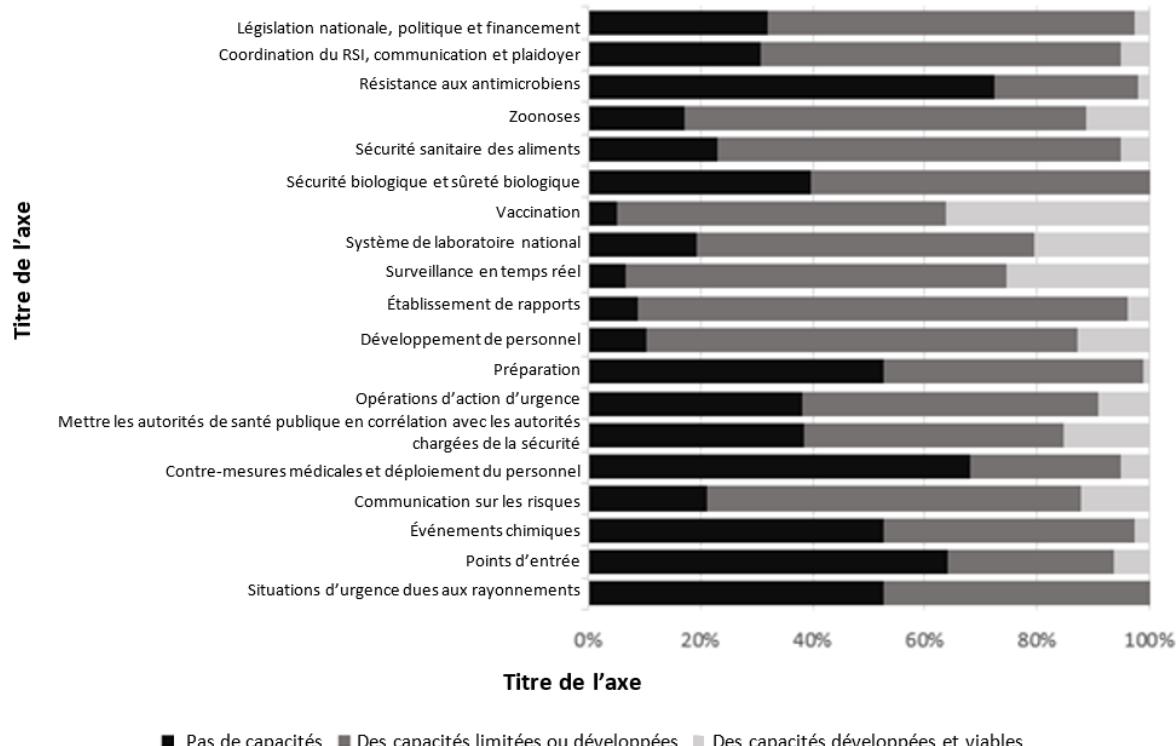
*Formation organisée en fin 2016

Annexe 2. Situation régionale de l'organisation de la SIMR en 2018

Indicateur	Statut (N = 47)	Pourcentage atteint
États Membres mettant en œuvre la SIMR	44	94 %
États Membres ayant initié une formation à la SIMR au niveau des districts	40	85 %
États Membres ayant commencé la surveillance des événements dans le cadre de la SIMR	35	74 %
États Membres fournissant des informations sur le respect des délais et l'exhaustivité des rapports sur la SIMR	34	72 %
États Membres utilisant des systèmes de SIMR électronique	33	70 %
États Membres ayant commencé la surveillance communautaire dans le cadre de la SIMR	32	68 %
États Membres ayant atteint l'objectif souhaité en matière de respect des délais et d'exhaustivité des rapports de la SIMR, à savoir au moins 80 %	23	49 %
États Membres dont l'objectif visé est d'atteindre une couverture d'au moins 90 % de l'organisation de la SIMR dans les établissements de santé périphériques	12	26 %

Annexe 3. Pourcentage d'États Membres africains à chaque niveau de notation des capacités du RSI pour chacun des 19 domaines techniques de l'évaluation externe conjointe (N = 43)

Capacité des pays par domaine technique des évaluations externes conjointes – Région africaine de l'OMS



Annexe 4. Indicateurs de suivi des performances de la SIMR au niveau des États Membres

1. Proportion des formations sanitaires transmettant des rapports de surveillance hebdomadaires (ou mensuels) en temps voulu au « district ».
2. Proportion des districts soumettant des rapports de surveillance hebdomadaires (ou mensuels) en temps voulu au niveau immédiatement supérieur.
3. Proportion des cas de maladies ciblées pour élimination et éradication et d'autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiés au district à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives.
4. Proportion des flambées présumées de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau immédiatement supérieur dans les 48 heures suivant le dépassement du seuil d'alerte.
5. Proportion des formations sanitaires dans lesquelles une analyse des tendances en cours (graphique en courbes ou histogramme) ou une carte de répartition des sujets est disponible pour certaines maladies prioritaires.
6. Proportion des districts publiant régulièrement un bulletin hebdomadaire (ou mensuel) sur la SIMR.
7. Proportion des rapports d'investigation de flambée et d'autres situations d'urgence de santé publique comportant une analyse des données individuelles.
8. Proportion des flambées ou des événements ayant fait l'objet d'une enquête et dont les résultats de laboratoire ont été obtenus dans un délai de sept jours.
9. Proportion des flambées confirmées ou des autres situations d'urgence de santé publique ayant fait l'objet d'une action de santé publique recommandée à l'échelle nationale dans les 48 heures suivant leur apparition.
10. Taux de létalité pour chaque maladie à potentiel épidémique notifiée.
11. Incidence des maladies, événements et affections prioritaires.
12. Mortalité due aux maladies, événements et affections prioritaires.
13. Nombre d'épidémies détectées au niveau national qui étaient passées inaperçues au niveau du « district » l'année précédente.
14. Proportion des districts déclarant des données de laboratoire pour les maladies sous surveillance.
15. Proportion des laboratoires de district ayant reçu au moins une visite de supervision du niveau provincial ou national sanctionnée par un retour d'information écrit au cours de l'année précédente.
16. Proportion des districts rapportant des données de laboratoire analysées mensuellement au laboratoire national de référence.

Aux fins de la présente stratégie, le terme « district » désigne le niveau administratif inférieur au niveau national.