

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
REGIONAL OFFICE FOR AFRICA



ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE  
BUREAU REGIONAL DE L'AFRIQUE

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE  
ESCRITÓRIO REGIONAL AFRICANO

COMITE REGIONAL POUR L'AFRIQUE

AFR/RC53/INF.DOC/2

23 juillet 2003

Cinquante-troisième session

Johannesbourg, Afrique du Sud, 1<sup>er</sup> – 5 septembre 2003

ORIGINAL : ANGLAIS

Point 9.2 de l'ordre du jour provisoire

**SYNDROME RESPIRATOIRE AIGU SEVERE : PREPARATION  
ET ACTION DANS LA REGION AFRICAINE DE L'OMS**

**SOMMAIRE**

**Paragrophes**

Contexte .....	1 – 2
Action du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique face à l'épidémie de SRAS .....	3 – 5
Réalisations .....	6
Conclusion .....	7 – 8



## Contexte

1. Le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) est une pneumonie atypique provoquée par un *coronavirus*. Il s'agit d'une maladie nouvelle chez l'homme, décelée pour la première fois à Hanoi (Viet-Nam) à la fin de février 2003. On sait maintenant que les premiers épisodes se sont produits dans la province du Guangdong (Chine) à la mi novembre 2002. Des chercheurs du Département de Microbiologie de l'Université de Hong Kong sont parvenus à isoler l'agent causal de la maladie, un *coronavirus*, dans les tissus pulmonaires d'un patient atteint par le SRAS. Les travaux remarquables, réalisés par un réseau de scientifiques travaillant dans 11 laboratoires de 10 pays et coordonné par l'OMS, ont abouti à la mise au point d'un test permettant d'identifier le virus, qui est transmis par des gouttelettes projetées lorsque les personnes infectées toussent ou éternuent. La durée d'incubation est de 2 à 10 jours.

2. Vers le 21 février 2003, le SRAS a commencé à se propager vers d'autres pays à partir de l'Hôtel Metropole à Hong Kong, où un patient infecté par le SRAS, originaire de la province du Guangdong, était descendu. En avril 2003, la maladie avait déjà atteint 17 pays. Du 1<sup>er</sup> novembre 2002 au 10 juillet 2003, 32 pays ont enregistré un total de 8 437 cas, dont 812 étaient mortels. Les pays les plus touchés ont été la Chine, avec 1 268 cas confirmés, et Hong Kong, avec 883 cas.

## Action du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique face à l'épidémie de SRAS

3. Dans la Région africaine de l'OMS, trois cas probables ont été déclarés : en Afrique du Sud (avril 2003), au Nigeria où un épisode rétrospectivement attribué au SRAS a entraîné le décès du patient le 28 février et en Zambie, où un cas suspecté a été notifié en mai. Tous ces patients étaient d'origine asiatique et avaient été en contact épidémiologique avec des pays affectés. Aucune transmission locale de la maladie n'a été signalée dans ces trois pays africains.

4. L'OMS ayant lancé une alerte mondiale le 12 mars 2003 à la suite des notifications de pneumonie atypique au Viet-Nam et en Chine, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique a diffusé à l'intention des Etats Membres, le 19 mars 2003, une mise en garde relative à la flambée de SRAS, assortie d'orientations relatives au renforcement des systèmes de surveillance nationaux et de principes directeurs concernant la lutte contre les infections nosocomiales et la prise en charge du SRAS.

5. Simultanément, le Directeur régional de l'OMS pour l'Afrique a établi, dans le cadre de la Division OMS/AFRO de Lutte contre les maladies transmissibles, un groupe de travail régional sur le SRAS. Cette équipe, composée d'épidémiologistes et de spécialistes de laboratoire de l'Unité de surveillance des maladies transmissibles, a coordonné les activités de planification et de riposte dans la Région africaine et assuré le suivi des tendances de la flambée par l'intermédiaire de l'équipe opérationnelle mondiale de l'OMS implantée au Siège de l'Organisation.

## Réalisations

6. Les réalisations accomplies dans la Région africaine de l'OMS depuis l'apparition de l'épidémie de SRAS ont été les suivantes :

- a) un système de vérification des rumeurs, mis en place à l'échelle régionale, a permis de faire le point sur les cas suspectés dans l'ensemble de la Région africaine;
- b) quatre laboratoires de référence (Institut Pasteur à Antananarivo ; Institut Pasteur à Dakar ; *Noguchi Memorial Institute for Medical Research*, à Accra ; *Kenyan Medical Research Institute*, à Nairobi) ont été identifiés dans le but de faciliter le diagnostic du SRAS dans la Région. Un programme de formation a été mis au point à l'intention des experts de laboratoire des institutions susmentionnées et des épidémiologistes de la Région; cette formation devra avoir lieu avant la fin de septembre 2003;
- c) les Etats Membres ont renforcé leur système de surveillance par des réseaux d'alerte précoce. C'est ainsi que l'Afrique du Sud, le Nigeria et la Zambie ont pris des mesures de prévention permettant d'isoler les cas suspectés et de découvrir les contacts, de manière à éviter la transmission locale de la maladie. Grâce à cette mobilisation réalisée à l'échelle nationale, il a été possible de maîtriser cette nouvelle maladie qui est capable de se propager très rapidement dans les établissements sanitaires, les familles et les communautés;
- d) un certain nombre de pays ont défini et mis en œuvre des plans de préparation et de riposte face à l'épidémie de SRAS. Ces plans ont notamment porté sur la prospection et la mise au courant des équipes d'intervention rapide, la création ou la relance des comités de prise en charge des épidémies naturelles, et l'élaboration de plans d'action d'urgence au niveau des hôpitaux, en tenant compte des lignes directrices sur la prise en charge du SRAS et la fourniture de stocks d'urgence, y compris le matériel de protection. Des programmes d'information et d'éducation ont été réalisés à l'intention des personnels de santé, du personnel de bord des compagnies aériennes et du grand public.
- e) le SRAS a été considéré comme un problème majeur de santé publique, susceptible de se propager rapidement au delà des frontières. Dans le cadre de l'accord de coopération conclu en juillet 2000 entre les pays de l'Afrique australe et les Etats insulaires de l'océan Indien, des téléconférences ont été réalisées entre l'OMS et les pays concernés pour débattre d'un plan stratégique de lutte contre le SRAS au sein de ce bloc épidémiologique. Ce plan était axé sur un suivi minutieux du SRAS dans le cadre de la stratégie régionale de surveillance intégrée des maladies, la prise en charge normalisée des cas de SRAS, la sensibilisation du public et l'harmonisation des restrictions applicables aux voyages. A la fin de juin 2003, les ministres de la santé des pays de la région des Grands Lacs se sont réunis à Kampala pour réexaminer leur protocole de coopération, signé en 1997. Les ministres ont inclus le

SRAS dans la nouvelle version du protocole en tant que menace pour la santé publique et adopté des mesures essentielles de lutte contre cette maladie.

## **Conclusion**

7. La mondialisation qui caractérise le 21<sup>ème</sup> siècle renforce le risque de propagation de maladies telles que le SRAS dans toutes les régions du monde, y compris en Afrique, où les systèmes de soins de santé sont relativement fragiles.

8. Après l'apparition du SRAS et dans le cadre du réseau mondial OMS d'alerte et de riposte contre les flambées épidémiques, le Bureau régional de l'OMS a maintenu un état de vigilance très poussée dans la Région. Grâce à la prise de conscience qui est intervenue au cours de cette brève période, un niveau élevé de préparation et de riposte a pu être atteint en ce qui concerne cette maladie. Si à l'échelle mondiale la flambée était sous contrôle en juillet 2003, le SRAS, maladie émergente, d'origine inconnue, demeure un risque pour la santé publique tant que la chaîne de transmission n'aura pas été interrompue. Les efforts de l'OMS viseront donc essentiellement à mener un programme de recherche pour élucider davantage la chaîne de transmission. Des experts de la Région africaine participent aux recherches en cours à l'échelle mondiale. En attendant, et pour être en mesure de contenir une éventuelle flambée, les Etats Membres devraient continuer à renforcer leur système de surveillance des maladies transmissibles afin de pouvoir dépister et isoler rapidement les cas, de placer les contacts en quarantaine, et d'appliquer les restrictions qui s'imposent pour les voyages.