

Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR)

– Bridging the Gaps



THE NIGERIAN ACADEMY OF SCIENCE

NATIONAL SECRETARIAT

Academy House
8A, Ransome Kuti Road,
University of Lagos,
Akoka, Lagos
Tel: (234)-1-8508381

Website: nas.org.ng
e-mail: admin@nas.org.ng



Workshop Summary



The Nigerian Academy of Science

West African Book Publishers Ltd.
ISBN: 978-978-153-488-1



Integrated Disease Surveillance and Response (IDSR) -Bridging the Gaps



Editors:
Oyewale Tomori FAS
Scholastica M. Lan
M. Oladoyin Odubanjo



The Nigerian Academy of Science

L'académie Nigériane De Science

ACADEMIE HOUSE

8A, Ramsone Kuti Road

University of Lagos

Lagos, Nigéria

Tel: (+234) 1-8508331

Site Internet: www.nas.org.ng

E-mail: admin@nas.org.ng

NSPRI House, 32-36 Barikisu Iyede Street,
Off University of Lagos Road, Abule Oja, Yaba
PMB 1004, University of Lagos Post Office
Akoka, Yaba, Lagos, Nigéria

© L'Académie Nigériane de Science (Oct. 2010)

ISBN: 978-978-153-488-1

WEST AFRICAN BOOK PUBLISHERS LIMITED

28/32 Industrial Avenue, Ilupeju Industrial Estate

Ilupeju., Lagos

P.O Box 3445, Lagos, Nigeria

Tel: 01-4702757, 7754518, 2799127

E-mail: info@wabp.com

editorialwork@wabp.com

Cette étude a bénéficiée de la subvention du Programme d'Étude et d'Appui sur la Biosécurité
du Département d'État Américain au titre du BEP-CRDF.

Tous droits de traduction, de reproduction et d'adaptation sont réservés pour tous les pays.

Imprimé par: Academy Press, PLC.

PRÉFACE

.....

Une réaction appropriée et surtout au bon moment en cas de déclaration des maladies dépend de la capacité des systèmes de santé en place à fournir à temps une information fiable. Le plus souvent, cette observation est obtenue à travers une surveillance efficace.

Aujourd'hui, la surveillance est considérée comme une activité très importante dans la mesure où elle permet la détection précoce des maladies humaines qui sont causées par des souches à potentiel pandémique.

Des recommandations détaillent ce que les pays doivent faire pour se préparer à affronter les pandémies et les encourager à investir leurs propres ressources pour améliorer les capacités nationales en matière d'observation.

Malheureusement, dans bon nombre de pays, les ressources allouées à l'observation sont très limitées sauf pour le cas de certaines maladies inscrites sur la liste des priorités des États. Il en résulte que les systèmes de surveillance ne sont pas assez flexibles pour faire face efficacement aux situations d'urgence.

Il faut dire que la sous-région Ouest Africaine est confrontée à de nombreuses maladies transmissibles. Il n'est donc pas surprenant que les taux de morbidité et de mortalité soient en hausse.

Le but des stratégies de surveillance intégrées des maladies et riposte (SIMR) est de développer des capacités dans la surveillance et les stratégies de riposte au niveau de chaque État en tenant compte de ses spécificités. L'objectif recherché étant d'obtenir en fin de compte des systèmes standardisés de surveillance des maladies.

Ce document est un résumé des discussions et des papiers présentés à l'atelier qui avait pour thème: "Stratégies de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte (SIMR) en Afrique De L'ouest-Comblant Les Lacunes.

L'atelier s'est déroulé du 03 au 04 Août 2010 à Abuja au Nigéria. Il a été organisé par l'Académie Nigériane de Science avec le soutien du Programme d'Etude et d'Appui à la Biosécurité du Département d'État Américain.

L'atelier a réuni des participants venus des pays de l'Afrique de l'Ouest, des Départements Ministériels du Nigéria, les Organisations Non-Gouvernementales (NGO) ainsi que les Instituts de Recherche et Établissements d'Enseignement Supérieur.

L'Académie Nigériane de Science tient à remercier tous ceux et toutes celles qui y ont présenté des papiers ainsi que tous ceux ou toutes celles qui par leur soutien technique ont contribué au succès de l'évènement.

Les participants à cet atelier n'étaient tenus ni à faire des recommandations, ni à influencer la rédaction des conclusions de ce document.

Les participants qui s'y expriment le font à leur nom personnel. Leurs déclarations ou leurs points de vue ne reflètent pas nécessairement la position officielle de l'Académie Nigériane de Science.

Ce rapport a été relu et corrigé par certains participants et d'autres personnes avant sa publication et conformément aux procédures de l'Académie Nigériane de Science.

REMERCIEMENTS

.....

L'Académie Nigériane de Science exprime toute sa gratitude aux nombreuses personnes dont le soutien a permis l'organisation et le bon déroulement des travaux de l'atelier. Leur contribution a rehaussé le niveau des débats et des discussions et enrichi la qualité de ce rapport.

Nos remerciements vont particulièrement au professeur Oyewale Tomori, FAS qui a occupé le poste de conseiller de l'Atelier et qui s'est assuré que tout se passe dans de bonnes conditions. Nous remercions également les personnalités dont les noms suivent pour avoir accepté de relire le rapport.

- Professeur Ekanem I. Braide, FAS, OFR Département de Zoologie, Université de Calabar État de Cross River, Nigéria.
- Dr Lami Hanatu Lombin, Directeur Général de l'Institut de Recherche Vétérinaire, Vom près de Jos. État du Plateau, Nigéria.
- Dr Fenella Avokey, membre de l'équipe d'Appui Inter-État de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), Bureau Régional pour l'Afrique, Ouagadougou, Burkina Faso.
- Dr Amadou Alpha Sall, Unité Arbovirus Institut Pasteur, Dakar, Sénégal.
- Dr Andrew H. Hebbeler, Expert en questions de définition des Politiques de Science et de Technologie Département d'État Américain, Washington D. C.

Bien qu'ils aient fait des commentaires positifs et apporté de nombreuses suggestions constructives, ceux qui ont relu et corrigé la version initiale de ce rapport étaient libres ou non de se reconnaître dans le contenu de sa dernière mouture.

Ce projet a bénéficié de l'assistance financière du Programme d'Etude et d'Appui sur la Biosécurité du Département d'État Américain à travers la subvention BEP-CRDF-22006.

L'assistance technique a été offerte par le Ministère Fédéral de la Santé, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Centre de Contrôle des Maladies.

AVANT-PROPOS

.....

Ce rapport sur l'Atelier Régional sur le thème: 'Stratégies de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte' qui s'est déroulé en Août 2010 à Abuja au Nigéria est un document important à plusieurs égards: En effet, c'est la toute première fois que des scientifiques, des épidémiologistes, des cliniciens, d'autres professionnels de la santé et ceux qui ont la charge de définir les politiques et les orientations dans le secteur de la santé se sont rencontrés pour discuter clairement et échanger les points de vues sur ce sujet, qui est crucial dans la mesure où il touche la surveillance et les stratégies de lutte contre les maladies infectieuses dans la sous-région Ouest Africaine.

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a travers son Bureau Régional pour l'Afrique, a adopté en 1998 une approche intégrée de surveillance et d'échange d'informations sur les maladies. Avant cette période, chaque État avait sa propre méthode de surveillance qui correspondait à sa politique et à sa vision en matière de santé.

Cette vision étroite ne produisait pas de bons résultats puisqu'elle ne tenait pas compte du fait que les États appartiennent à un même espace géographique et devraient être considérés comme une entité unique.

Deuxièmement, le rapport souligne les nombreuses difficultés auxquelles les États sont confrontés lorsqu'ils décident de mettre en place des mécanismes efficaces de surveillance des maladies infectieuses, surtout celles susceptibles de prendre des dimensions épidémiques comme la rougeole, la fièvre jaune, les maladies hémorragiques d'origine virale, le choléra et la méningite cérébro-spinale. Ces difficultés sont pour la plupart liées à l'insuffisance ou la mauvaise qualité des infrastructures, le mauvais état des outils de surveillance, l'insuffisance et la vétusté des équipements. Tout cela ne garantit pas toujours une analyse et un diagnostic fiables des infections. Il y a aussi l'incompétence des décideurs, l'utilisation très limitée des technologies de l'information et de la communication, l'absence ou le peu de collaboration entre les différents pays et institutions en Afrique de l'Ouest, l'incapacité à mettre en place les systèmes efficaces qui sont devenus presque archaïques à cause de la manière de rédaction des rapports, de remplissage et de restitution des formulaires de surveillance et de Notification des Maladies aux différents États.

Il faut aussi dire que les informations sur les maladies ne partaient pas de la base au sommet, c'est-à-dire de la plus petite unité administrative telle que le District ou la sous-préfecture/l'Arrondissement vers les plus grandes unités telles que les Départements, les Provinces ou les Régions. C'est ce qu'on appelle circulation de l'information à sens unique alors que la condition préalable pour une intervention rapide et efficace en cas de maladie ou d'épidémie est d'avoir en place un système où les informations circulent de la base au sommet et vice-versa, ce que l'on appelle "circulation d'information à double sens (Aller/Retour)".

On se rend compte de l'importance des stratégies de surveillance intégrées des maladies et riposte lorsqu'on se réfère à la grande épidémie de méningite cérébro-spinale qui a sévit au Nigéria en 1996 entraînant la mort de 40,000 personnes sur les 400,000 recensées. Selon l'OMS, cette épidémie était la plus meurtrière de toute l'histoire. Pourtant, elle pouvait être évitée. En effet, les premiers cas de méningite avaient été signalés dans la ville de Jibia située à la frontière avec la République du Niger, au début de l'année 1995. Mais c'est en 1996 que le rapport sur cette maladie était parvenu au Ministère Fédéral de la Santé, entre temps, l'épidémie avait pris des proportions alarmantes.

Le constat est que les mécanismes de prévention, de contrôle et d'intervention en cas d'épidémie n'avaient jamais fonctionné de façon efficace au Nigéria ainsi que dans la plupart des États de l'Afrique de l'Ouest.

Une illustration parfaite de ce constat est l'épidémie de méningite qui a fait rage au Nigéria en 1996. Elle s'était déclarée juste deux ans après celle qui avait frappé le Niger voisin. Le fait aussi que la ville de Jibia soit située seulement à trois kilomètres de la frontière Nigéro-Nigériane souligne la nécessité de mettre en place en Afrique de l'Ouest, une stratégie de surveillance intégrée et de riposte en cas de maladie. Si ça avait été le cas, l'épidémie aurait été contrôlée à temps et on aurait ainsi sauvé de nombreuses vies. L'échec des plans d'éradication de la poliomyélite dans les délais fixés par le projet "Initiative d'Éradication de la Polio" et même sa résurgence dans certaines régions sont des preuves que les stratégies de surveillance intégrées et de riposte en cas de maladie sont indispensables dans la sous-région Ouest Africaine. Les participants ont touché du doigt les difficultés qui militent contre la mise en place des SIMR dans la sous-région et ont proposé des solutions durables.

Il y a eu des recommandations qui sont le résultat des débats francs et des discussions approfondies et soutenues et tous les acteurs à savoir les différents gouvernements, les décideurs, les épidémiologistes, les scientifiques, les professionnels du secteur de la santé publique qui travaillent dans les formations hospitalières des soins de santé primaires, les leaders des collectivités locales, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les Centres de Prévention et de Contrôle des Maladies (États-Unis), le DFID, LE Fond Mondiale (Global Fund), et ceux qui sont chargés de piloter les projets dans le cadre des Objectifs Millénaires pour le Développement, les fondations telles que la Fondation Bill et Melinda Gates et le Programme d'Étude et d'Appui à la Biosécurité du Département d'État Américain devraient soutenir toute initiative qui va dans le sens de mettre en place des systèmes durables et efficaces des SIMR en Afrique de l'Ouest. Les participants ont également mené des réflexions approfondies sur des sujets nouveaux ou d'actualité tels que : la Biosécurité/Biosureté, les systèmes de surveillance des maladies zoonotique, le cadre légal et le cadre de coopération qui doivent régler les SIMR, ainsi que le monitoring de la surveillance.

En prévision à la mise en place des SIMR en Afrique de l'Ouest, les participants ont décidé de constituer des équipes suivantes: Surveillance, détection, rédaction de rapports sur les maladies, analyse et d'interprétation des données, investigation et riposte en cas de maladie, feed back, suivi évaluation et enfin une équipe qui doit travailler pour attirer l'attention et obtenir le soutien des pouvoirs publics pour les SIMR.

L'Académie Nigériane de Science mérite des éloges pour la parfaite organisation et la tenue de cet atelier qui a vu la participation des experts chevronnés dans la prévention et le contrôle des maladies. Ces personnalités sont venues non seulement de la sous-région Ouest Africaine, mais aussi de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies (États-Unis d'Amérique) et d'un certain nombre d'organisations non-gouvernementales.

Le rapport lui-même à été très bien rédigé et devrait servir de document de référence à tous ceux qui sont engagés dans la lutte pour l'éradication des maladies susceptibles de devenir des épidémies en Afrique de l'Ouest.

À partir de ce moment, les pouvoirs publics et tous ceux qui ont la charge de définir les politiques et les orientations en matière de santé dans la sous-région Ouest Africaine sont mis devant leurs responsabilités. Ils doivent mettre ou contribuer à mettre en place des SIMR fiables et durables. Pour y parvenir, il faudrait une forte volonté politique, un financement adéquat et un personnel bien formé.



IDRIS MOHAMMED, NNOM, OON, FAS

Professeur Agrégé de Médecine

Médecin Chef, Centre Médical Fédéral, Gombé, Nigéria,

SOMMAIRE

Ce document est un bref compte rendu des travaux de l'atelier organisé par l'Académie Nigérienne de Science sur le thème: "Stratégies de Surveillance Intégrées des Maladies Et Riposte dans La Sous-Région Ouest Africaine -Comblers les Lacunes." L'atelier qui a duré deux jours (le 03 et 04 Août 2010) a eu pour cadre, le Centre de Conférence Ladi Kwali de l'Hôtel Sheraton à Abuja au Nigéria. Le projet était soutenu par le Programme d'Étude et d'Appui à la Biosécurité (Département d'État Américain), le Ministère Fédéral de la Santé du Nigéria, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ainsi que le Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies (CDC, États-Unis d'Amérique).

C'est le Ministre Fédéral de la Santé du Nigéria, le Professeur Onyebuchi Chukwu qui a ouvert les travaux de l'atelier qui a vu la participation de 139 invités venus de plusieurs pays. C'étaient des personnalités ou des experts dans différents domaines. Il y avait des représentants de gouvernements, des universitaires, des professionnels de la santé, des vétérinaires, des représentants des organisations non-gouvernementales et de la presse. Des papiers étaient présentés par les représentants des Ministères de la Santé des pays suivants: Togo, Sénégal, Mauritanie, Ghana, Côte d'Ivoire et bien sûr le Nigéria. Les représentants des Établissements d'Enseignement Supérieur et des Instituts de Recherche, de l'Organisation Mondiale de la Santé et de l'Académie de Science de l'Ouganda ont aussi présenté des papiers.

Le programme de déroulement des travaux de l'atelier et la liste des participants sont attachés comme annexe 1 et 2 respectivement.

Les participants ont identifié les obstacles majeurs à la mise en place des SIMR. En voici quelques uns: les cadres de fonctionnement des SIMR mal définies. -Le personnel médical peu ou pas informé de l'existence et du fonctionnement des SIMR.

l'insuffisance des outils, des équipements et des produits, des laboratoires peu équipés, le manque ou l'insuffisance du matériel informatique ainsi que des infrastructures de communication, un personnel qualifié en nombre très insuffisant. Il s'agit des gens capables d'analyser et d'interpréter les données, de faire des investigations et de préparer les ripostes en cas de maladie ou d'épidémie, enfin, le manque de soutien de la part des autorités politiques.

Les recommandations suivantes ont été faites pour surmonter les obstacles:

Renforcer les capacités des agents du secteur de la santé par rapport aux objectifs des SIMR. Il s'agit d'incorporer les SSIMR dans les programmes d'études des Écoles de formation des cadres du secteur de la santé (écoles d'Aide soignants/ d'Infirmiers, facultés de Microbiologie, facultés de Médecine, etc.), organiser des programmes de formation continue pour le personnel du secteur de la santé, mettre sur pied des systèmes de contrôle à base communautaire, mobiliser les ressources pour les SIMR à travers des campagnes de sensibilisation auprès des pouvoirs publics pour les convaincre de la nécessité d'investir dans les SIMR et la fabrication sur place des médicaments et des vaccins. Il a été aussi recommandé de créer des cadres juridiques et règlementaires pour le fonctionnement des SIMR et le renforcement du planning, du suivi-évaluation.

Ce rapport contient les points saillants des présentations et des discussions qui ont marqué les deux jours de travaux.

Il est destiné aux hauts responsables des Ministères de la Santé, aux chercheurs, à tous ceux qui ont la charge de définir les politiques et les orientations des gouvernements et tous ceux qui s'intéressent au développement et au renforcement des systèmes de surveillance intégrées et de riposte en cas de maladie dans la sous-région Ouest Africaine.

TABLE DES MATIÈRES



Préface	ii
Remerciements	iii
Avant-propos	iv
Sommaire	vi
Les Sigles	viii

CHAPITRES

Arrière-plan	1
Les systèmes et les infrastructures pour des SIMR efficaces en Afrique de l’Ouest	5
Les difficultés dans la mise en place des SIMR en Afrique de l’Ouest	11
Opportunités de renforcement des simr systemes en afrique de l’ouest	19
Conclusion	28
Annexe 1 : L’Ordre du jour des travaux de l’atelier	29
Annexe 2 : Les Membres du comité d’organisation	33
Annexe 3 : Les participants	34
Annexe 4 : L’Académie Nigériane de Science en bref	41
Annexe 5 : Les Organisations qui ont soutenu le projet	42

LES SIGLES

.....

AEFI :	Effets Indésirables Post Vaccination
AFENET :	Réseau Africain d'Épidémiologistes du Terrain
PFA :	Paralyse Flaccide Aiguë
BLL :	Niveaux de Plomb dans le Sang
CBC :	Contrôle à Base Communautaire
CDC :	Centre de Prévention et de Contrôle des Maladies (États-Unis)
DNS :	Notification et Surveillance de la Maladie
EIS :	Service d'Information sur les Maladies (États-Unis)
FELTP :	Programme de Formation Épidémiologique du terrain
FMOH :	Ministère Fédéral de la Santé (Nigéria)
SIMR (SIMR) :	Surveillance Intégré des Maladies et Riposte
RIS :	Règlements Internationaux en matière de Santé
LGA :	District/Arrondissement, Sous-Préfecture ou Commune Rurale
MSF :	Médecins Sans Frontières
NAS :	Académie Nigériane de Science
ONG :	Organisation Non-Gouvernementale
SMOH :	Délégation de la Santé de la Province/Région/Département
TEPHINET :	Réseau de Formation en Épidémiologie et en Intervention en Santé Publique
OAS :	Organisation Ouest-Africaine de la Santé
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OMS AFRO :	Organisation Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique
IST :	Infection Sexuellement Transmissibles
USA :	États- Unies d'Amérique

1. ARRIÈRE-PLAN

.....

La surveillance des maladies est le fait de réunir de façon systématique et continue, des données en matière de santé pour les analyser et les interpréter. Ces données sont indispensables pour planifier, mettre en place et évaluer le fonctionnement du système de santé publique et ensuite les mettre au moment opportun à la disposition de ceux qui en ont besoin.

La surveillance de la maladie est une partie intégrante du système de santé publique.

Les maladies infectieuses continuent d'être un problème épineux en Afrique de l'Ouest. Certaines maladies qu'on croyait pourtant avoir éradiqué refont surface ces dernières années. On note aussi une apparition de nouvelles maladies. L'amélioration des moyens de communication et de transport et la réduction des entraves à la libre circulation des biens et des personnes à l'intérieur et à l'extérieur des États favorisent la propagation des maladies infectieuses. Il faut dire que la sous-région Ouest Africaine fait aussi face à une augmentation des épidémies des maladies non-transmissibles qui sont la conséquence des changements de régimes alimentaires des individus et d'un style de vie moins actif et plus sédentaire. On remarque aussi les effets négatifs du changement progressif de l'environnement sur la santé des populations. La nécessité d'avoir au moment opportun une information fiable et scientifiquement exacte s'impose si on veut faciliter les interventions basées sur des données fiables pour circonscrire et contrôler les maladies.

Les observations obtenues à partir de l'observation peuvent être utilisées pour prévoir et détecter les épidémies, suivre leur évolution par rapport à un objectif de contrôle bien défini, permettre une bonne compréhension des antécédents des maladies, fixer les priorités de

recherche et faciliter le planning des soins de santé et des actions en faveur d'une augmentation de ressources. Les pays de la sous-région Ouest Africaine ont à différentes périodes, mis en place des systèmes de surveillance pour des maladies précises. Par exemple, un système de surveillance des maladies avait été introduit au Nigéria en 1988, suite à une épidémie de fièvre jaune qui s'était déclarée en 1986/1987, touchant 10 États sur les 19 que comptait le pays à l'époque. Quarante maladies qui selon les autorités représentaient des problèmes sérieux de santé publique avaient alors été identifiées et inscrites sur la liste des maladies devant faire l'objet de notification mensuelle de routine. Sur cette liste, dix maladies considérées comme ayant une épidémicité élevée devaient être sélectionnées pour faire l'objet d'un rapport immédiat.

Ce système de surveillance et de notification des maladies a été approuvé par la Commission Nationale Nigériane de la Santé en 1989 pour être adoptée¹.

Stratégies de Surveillance Intégrées des Maladies et Riposte

Face aux difficultés de plus en plus nombreuses que les États membres rencontrent pour contenir les maladies infectieuses, l'Organisation

¹ Ministère Fédéral de la Santé (2005) Politique Nationale sur les Stratégies Intégrées d'Observation et d'Intervention en cas de Maladie, FMOH, Abuja.

Mondiale de la Santé, Bureau Régional pour l'Afrique a approuvé, Les stratégies de surveillance Intégrées des Maladies et Riposte (SIMR), pendant la réunion de son comité régional qui se tenait à Harare au Zimbabwe en 1998, afin de renforcer les capacités en matière de surveillance et de lutte contre les maladies infectieuses².

La force de cette stratégie est le renforcement des activités de surveillance à tous les niveaux du système des soins de santé. Elle met l'accent sur la nécessité d'avoir un système surveillance simple, flexible, pratique et focalisé sur l'utilisation rationnelle des ressources en ayant un système intégré unique qui fournit des informations sur les maladies considérées comme des problèmes majeurs de santé publique.

Cette stratégie est devenue un point de référence pour les activités de surveillance dans les pays Africains. Elle a été adoptée par 44 sur 46 membres que compte Bureau Régional pour l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé.

SUGGESTIONS POUR LE CONTENU DES DIRECTIVES DES SIMR AU NIVEAU DES PAYS.

- ◆ Une liste des maladies inscrites sur la liste des priorités et devant faire l'objet de notification.
- ◆ Les définitions de cas et les algorithmes de diagnostic pour chaque maladie.
- ◆ Une quantité réduite de données à chaque niveau.
- ◆ le chemin à suivre pour le reportage.
- ◆ La périodicité et le moment choisi pour la publication des rapports.
- ◆ Le type d'analyse à faire.

² OMS (1999) Stratégies Intégrées d'Observation des Maladies. Une stratégie régionale pour les maladies transmissibles (1999-2003), OMS, Afrique, Harare (AFR/RC48/8).

- ◆ La forme sous laquelle les rapports doivent être présentés.
- ◆ La diffusion de routine et les canaux de feedback.
- ◆ Le processus de prise de décision en cas d'urgence.

LES DIRECTIVES POUR LA MISE EN PLACE DES SIMR

Depuis 1998, Bureau Régional pour l'Afrique de l'Organisation Mondiale de la Santé a constitué des groupes de travail et des équipes inter-états de soutien aux SIMR.

L'OMS Afrique a également convoqué des réunions pour un échange d'expériences et de discussions sur les voies et moyens pour faire progresser la mise en place des SIMR³.

L'OMS a aussi développé un cadre et des directives génériques pour la mise en place des système de surveillance fonctionne efficacement SIMR. Ils sont à la disposition des pays qui peuvent les adapter et les adopter.

Ces directives donnent les détails sur les éléments essentiels qui doivent être en place pour qu'un système de surveillance fonctionne efficacement.

L'OMS recommande à chaque pays d'adapter et d'adopter les directives tout en prenant soin de les modifier pour qu'elles correspondent au cadre de fonctionnement de son système de santé et aux types de maladies dont il fait souvent face. (Voir le contenu des directives dans le cadre).

Les directives ainsi adaptées doivent être partagées avec un grand nombre d'acteurs, passées à l'essai préalable dans une ou plusieurs régions avant leur dernière version et éventuellement leur impression.

³ OMS (2003) La mise en place des SIOBIM dans les Régions de l'Afrique de l'Ouest et de la Méditerranée Orientale. Rapport de synthèse, OMS, Genève.

RÈGLEMENTS INTERNATIONAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ

Un autre document qui a influencé le développement des systèmes de surveillance en Afrique de l'Ouest est la version révisée en 2005 des Règlements Internationaux en Matière de Santé. Les Règlements Internationaux sur la Santé et les Voyages sont des mesures prises par les pays pour prévenir la propagation des maladies à travers les frontières internationales. Les Règlements Internationaux en matière de Santé (2005) les définissent comme des actions entreprises pour "prévenir, se protéger, contrôler et apporter une solution à la propagation des maladies, tout en restant dans le cadre strict de la santé publique et éviter d'entraver la libre circulation des biens et des personnes."⁴

La nouvelle version des Règlements Internationaux en matière de santé propose un changement d'approche et de stratégie. Plus précisément, elle propose que l'approche défensive qui consiste à se contenter d'empêcher

au niveau des frontières d'un pays, l'entrée sur le territoire, de personnes ou d'animaux malades ou infectés soit remplacée par l'approche de la détection précoce, la rédaction des rapports et la circonscription des maladies à la source. Avec cette nouvelle vision, les infrastructures dans le secteur de la santé au niveau national et connectées à un système global d'alerte et d'intervention, sont la pierre angulaire de la sécurité en matière de santé sur le plan international. Les Règlements Internationaux en matière de santé sont mis en place en collaboration les SIMR dans bon nombre de pays. Cette nouvelle approche souligne la nécessité d'une coopération solide au niveau régionale et internationale et un investissement dans les activités de surveillance de routine des maladies dans chaque pays.

⁴ (2005) Règlements Internationaux en Matière de Santé (2e Edition), OMS, Genève.

LISTE MISE À JOUR DES MALADIES ET ÉTATS DE SANTÉ INSCRITES SUR LA LISTE DES PRIORITÉS

Maladies et Etats de Santé a Epidémicité Elévée	Maladies sur la liste des maladies à éradiquer	Et états de santé qui constituent des problèmes majeurs de santé publique autres maladies
Choléra Méningite Méningococal Diarrhée Sanguinolante (Shigella) Fièvres hémorragiques d'origine virale *1 Dengue Fièvre Typhoïde Fièvre Jaune1 Rougeole Influenza (Nouveau type) 1 Peste1 Anthrax Chikungunya <i>Maladies que les Règlements Internationaux en matière de Santé demandent de notifier.</i> <i>* Ebola, Marburg, RiftValley, Lassa Crimean Congo, Fièvre de la région du Nil.</i>	Dracunculoses Lèpre Tétanos Néonatal Poliomyélite1 (AFP) Onchocercose Ulcer Buruli Filaires Noma Rage	Diarrhée accompagnée de deshydratation Pneumonie sévère Nouvelle forme de VIH/SIDA Infections Sexuellement Transmissibles Tuberculose Paludisme Trypanosomiase Trachome Hépatite Virale Aiguë Mortalité maternelle Malnutrition Hypertension Diabète Mellitus Effets pervers consécutifs à la Vaccination (AEFI)

Les maladies ou les états de santé préoccupants qui ont une incidence internationale, en plus de ceux mentionnés dans d'autres colonnes: N'importe quelle situation grave de santé publique de portée internationale (infectieuses, zoonotiques, causée par l'eau contaminée, due à un produit chimique, radio nucléaire ou due à des causes inconnues.

Un bon système De surveillance doit être simple, flexible avec un bon rapport qualité/coût, dynamique et complètement intégré dans les systèmes des soins de santé et capable d'identifier les maladies lorsqu'elles se déclarent. Il doit être aussi capable d'identifier les priorités dans la lutte contre les maladies.

2. LES SYSTÈMES ET LES INFRASTRUCTURES POUR DES SIMR EFFICACES EN AFRIQUE DE L'OUEST

.....

Un Système National efficace de surveillance et de riposte en cas de maladie est un ensemble d'activités pluridisciplinaires, à plusieurs niveaux, à forte intensité de ressources, qui demande un planning méticuleux et une mise en œuvre suivie et méthodique, un feedback et un monitoring réguliers. Quoique les pays de l'Afrique de l'Ouest aient adopté les SIMR, le succès de leur mise en œuvre dépend de la manière dont leurs directives et leurs outils sont adaptés et aussi de la disponibilité des fonds et des ressources humaines mobilisées pour soutenir la stratégie. L'évaluation continue de la performance est aussi un facteur clé qui permet d'identifier les lacunes et d'y apporter des corrections. Le but ultime étant l'amélioration de la qualité de la surveillance.

Les systèmes nationaux de surveillance sont le socle sur lequel repose un système régional efficace de surveillance et de riposte en cas de maladie. D'où la nécessité pour les États de collaborer entre eux en vue de développer des SIMR dans la sous-région. Comme pour d'autres interventions dans le secteur de la santé publique, des ressources et des cadres de fonctionnement sont nécessaires à leur mise en place. En voici quelques uns:

Compétence humaine

Pour que l'observation fonctionne normalement, toutes les personnes qui jouent un rôle dans la rédaction des rapports, dans l'intervention en cas de maladie ou d'épidémie doivent avoir une bonne connaissance du système en place et une bonne compréhension de leurs propres responsabilités. Le personnel en charge des soins

de santé et les techniciens de laboratoire ont la charge de rédiger les rapports. Pour y parvenir, ils doivent être suffisamment formés dans les domaines suivants:

- Les définitions de cas et les algorithmes de diagnostic pour les maladies à notifier.
- Les voies à suivre pour l'observation et les mécanismes d'intervention.
- L'utilisation des formulaires de rédaction des rapports.

Le contenu des programmes de formation, le matériel didactique, des manuels de référence et des guides doivent être conçus pour être utilisés par différentes catégories de professionnels de la santé au moment de la mise en place des systèmes de surveillance et de riposte.

À un niveau plus élevé, l'observation demande l'implication et la collaboration entre personnes qualifiées appartenant à des disciplines différentes, à savoir:

- La médecine
- La médecine vétérinaire
- Les sciences de laboratoires
- L'épidémiologie
- Les technologies de l'information et de la communication
- L'agriculture et les sciences de l'environnement.

Il faut que le système éducatif en place soit capable de produire des scientifiques en nombre suffisant. Il est aussi impératif de développer les capacités dans les domaines des technologies de l'information et de la communication. Il faut former des gens pour assurer la maintenance des équipements, la conception, l'installation et l'utilisation des logiciels.

LES OUTILS D'OBSERVATION

Une gamme variée d'outils sont nécessaires pour faire fonctionner le système de surveillance. On peut citer entre autre:

Les formulaires d'enregistrement des données.
Les documents pour faire le sommaire et le modèle de fiche pour enregistrer les données.
Les documents qui décrivent le procédé de confirmation par une analyse au laboratoire des maladies susceptibles d'être notifiées.

Les outils de communication tels que des fiches d'enregistrement des événements et des bulletins pour disséminer l'information et aussi pour la garder pour être examiné plus tard.

Ces outils doivent être conservés sous une forme simple et ne contenir que des données qui permettent de prendre une décision. Chaque État doit développer ses propres outils et ce en fonction de la nature de son système d'observation. Les définitions standards de cas pour les maladies figurant sur la liste des priorités.

Les technologies de l'information

En Afrique de l'Ouest, le niveau de développement des technologies de l'information détermine celui des systèmes d'observation. En effet, il y a des volumes considérables de données qui sont réunies à travers l'observation et qui ne peuvent être traitées de manière fiable que de manière électronique. Une place importante doit donc être accordée à l'acquisition du matériel informatique. Il faut ajouter que la disponibilité de l'électricité et l'état d'autres matériels de communication et des infrastructures telles que les PDA, les réseaux téléphoniques, les talkies walkies et le matériel pour la messagerie électronique. La question de trouver des compétences pour

procurer, installer, utiliser et assurer la maintenance de ces matériels doit être examinée avec la plus grande attention.

L'appui du Laboratoire d'analyse

Un réseau solide de laboratoires d'analyse médicale est une composante importante du système de surveillance des maladies. Des techniciens de laboratoire bien formés sont en mesure de faire des simples examens de certaines maladies. Les laboratoires d'analyse à la base c'est-à-dire, au niveau des formations hospitalières primaires sont des points de collecte où les échantillons sont prélevés et acheminés aux laboratoires de référence régionaux ou nationaux, plus équipés pour identifier et isoler les agents pathogènes. Un réseau solide et fiable de laboratoires d'analyse doit reposer sur un système de transport muni d'une chaîne de froid pour conserver l'intégrité des échantillons pendant le transport et une chaîne d'approvisionnement en réactifs et produits divers.

Les médicaments, les vaccins et les produits divers

L'objectif premier de n'importe quel système de surveillance est de détecter et d'intervenir en cas de maladies ou d'épidémies. L'intervention doit être proportionnelle à la gravité de chaque situation. En cas d'épidémie grave, l'intervention peut prendre la forme d'une mobilisation des quantités importantes de médicaments, de vaccins et d'autres produits et consommables médicaux et leur acheminement vers les zones touchées par l'épidémie. Un mécanisme qui permet de se préparer à affronter efficacement des urgences est une composante essentielle des SIMR. Ce mécanisme permet de s'assurer que les stocks sont disponibles ou qu'ils peuvent facilement et rapidement être

livrés quand on en a besoin. Il permet aussi de s'assurer qu'il y a sur place des moyens de transport sûrs ainsi que des magasins munis d'équipements de froid qui puisse conserver l'intégrité des médicaments et des vaccins du lieu où ils sont achetés ou produits jusqu'aux localités où ils doivent être utilisés. Ce système de chaîne d'approvisionnement d'urgence exige une organisation et une planification continues ainsi qu'une coopération et une collaboration étroite entre les Ministères de la Santé, les structures qui les représentent au niveau local ou régional, les professionnels du secteur pharmaceutique, le personnel travaillant sur la chaîne logistique d'approvisionnement et des équipes prêtes à intervenir en cas d'urgence.

Les systèmes d'observation zoonotique

La surveillance zoonotique est une composante essentielle du système de surveillance national ou régional. Presque 61% d'agents pathogènes des maladies infectieuses connues sont d'origine zoonotique et peuvent infecter les êtres humains ainsi que de nombreuses espèces animales⁵. Le nombre de maladies qui se déclarent ces dernières années est en nette progression. Dans le même temps, de nouvelles maladies zoonotiques font leur apparition et sont considérées de plus en plus comme des problèmes majeurs de santé publique et susceptibles d'avoir un impact très négatif sur l'économie et la santé des populations.

Les animaux peuvent être aussi utilisés comme des sentinelles pour surveiller les systèmes de surveillance dans la mesure où ils partagent avec l'Homme le même environnement et de ce fait, présentent des signes similaires à ceux de l'Homme quand ils sont au contact des produits toxiques ou d'agents pathogènes. Des signes cliniques peuvent se manifester chez les

animaux bien avant qu'on ne les voit chez les hommes. Ceci peut servir d'avertissement qu'une maladie est imminente ou que l'environnement n'est pas sain. Au Nigéria, pendant l'intoxication au plomb de 2010, il avait été constaté que les animaux étaient morts dans les zones affectées quelques jours avant que les hommes ne tombent malades et meurent à leur tour. La surveillance zoonotique intégrée des maladies nécessite de la part des professionnels du secteur de la santé et de la médecine vétérinaire, une collaboration étroite pour surveiller, analyser et intervenir de façon concertée face aux maladies et aux intoxications.

La Biosécurité

La santé ou la vie des être vivants c'est-à dire les Hommes, les animaux et les végétaux sont exposés à de nombreux risques du fait qu'ils vivent ou travaillent dans un environnement où existent des agents pathogènes. Les laboratoires d'analyse médicale ou les laboratoires scientifiques sont des exemples d'endroits où vivent des agents pathogènes... La biosécurité est une approche stratégique intégrée qui inclue les politiques et les cadres réglementaires d'analyse et de gestion des risques. La biosécurité couvre aussi l'introduction dans notre environnement des pestes animales, végétales, les organismes génétiquement modifiés (OGM) et leurs produits dérivés ainsi que la gestion de nouvelles espèces et génotypes envahissants.

La biosécurité a une incidence directe sur la santé humaine et à ce titre est intimement liée à la surveillance zoonotique. La biosécurité nécessite une collaboration étroite entre les disciplines scientifiques suivantes : La médecine, la médecine vétérinaire, la santé publique, l'épidémiologie, la microbiologie, la botanique, la zoologie, les sciences de l'environnement et l'agriculture.⁶

⁵ Taylor LH Lathan SM Woolhouse ME. Les facteurs à risque pour la résurgence des maladies de l'Homme Philos Trans R. Soc. London. Biol Sci 2001 ; 356:839

⁶

Le cadre juridique de fonctionnement des SIMR

La version révisée des Règlements Internationaux de 2005 est entrée en vigueur le 15 Juin 2007. C'est un accord qui lie toutes les parties signataires et qui contribue de façon significative à la sécurité internationale en santé publique. Il offre un nouveau cadre de coordination de l'intervention en cas de problème de santé public urgent et de dimension internationale. Les Règlements Internationaux en matière de santé doivent être ratifiés au niveau de chaque État qui doit mettre en place et faire appliquer les orientations, les lois et les règlements qui touchent à la notification et au contrôle des maladies ainsi qu'à l'observation transfrontalière. La nécessité d'avoir un cadre juridique va au delà de l'observation et de la lutte contre les maladies. Elle touche à la biosécurité.

Des protocoles et des règlements sont indispensables si on veut prévenir les accidents de travail ou la propagation criminelle des produits nocifs. Ces règlements doivent reposer sur une législation appropriée.

Le cadre de coordination des SIMR

Les activités de surveillance et de riposte ne tiennent compte d'aucune coloration politique. Elles touchent à plusieurs disciplines. D'où l'impérieuse nécessité d'avoir un cadre de coordination dynamique dans lequel les différents composants s'intègrent harmonieusement pour former un ensemble qui fonctionne parfaitement. Mais il faut veiller à ce que les SIMR ne deviennent pas un programme en elles-mêmes, mais qu'elles fonctionnent comme un outil intégré du système de santé pour faire le monitoring et intervenir lorsqu'il y a une menace ou lorsqu'une maladie ou une épidémie se déclare.

Au niveau national, le cadre de coordination doit définir le rôle de chaque agence et organisation et indiquer les canaux de communication, le flux

de financement et préciser ceux qui ont la charge de faire la supervision et le monitoring du système et ce, à différents niveaux du système de santé. Les équipes de coordination multidisciplinaires, composées d'agents appartenant à différentes agences sont indispensables et devraient se réunir à des périodes bien définies à l'avance pour évaluer le système d'observation. Au niveau régional, les équipes de coordination inter-états doivent être formées et des plans d'action communs doivent être développés. Ces plans doivent préciser les rôles et les responsabilités de chaque pays participant pour la mise en place et de façon concertée des activités de surveillance.

Le Monitoring de l'Observation

Les indicateurs du monitoring sont des outils importants qui permettent de déceler les anomalies dans le fonctionnement des SIMR. Ils aident aussi à planifier les interventions afin d'améliorer la qualité de l'information sur la Surveillance. Les indicateurs du Monitoring ne font pas une description complète du Système de surveillance et de riposte, mais ils peuvent fournir des informations utiles sur son état. Il y a en général deux types d'indicateurs : Les indicateurs du monitoring qui sont utilisés pour suivre la progression de l'exécution des travaux et détecter de temps en temps d'éventuels changements dans le système de surveillance. Les indicateurs d'évaluation qui sont utilisés pour jauger l'efficacité du système à travers l'évaluation des processus des rendements et des impacts. Les résultats des indicateurs doivent être interprétés avec d'autres sources d'information telles que les données de surveillance, les rapports de supervision et les études spéciales.

EXEMPLE D'INDICATEURS DU MONITORING DE L'OBSERVATION DE LA FIÈVRE JAUNE

- ◆ *Pourcentage des cas suspects sur lesquels a porté l'investigation. Des échantillons de sang doivent être utilisés.*
- ◆ *Pourcentage des échantillons de sang prélevé en 14 jours de maladie à compter du premier jour de la maladie.*
- ◆ *Pourcentage des échantillons qui arrivent au laboratoire en 3 jours de collecte.*
- ◆ *Le temps que mettent les rapports pour parvenir premièrement au niveau national, et ensuite à l'OMS ensuite, à partir du District/Arrondissement/Sous-préfecture.*
- ◆ *La qualité des rapports soumis aux différents ministères de la Santé et à l'OMS. La question fondamentale doit être de savoir si les rapports contiennent tous les éléments.*

COMPOSITION DES ÉQUIPES ET DES COMITÉS DES SIMR AU TOGO

1. Qualité de membre des SIMR la Division Monitoring du District et de la région.
 - ◆ Le Directeur de la santé du District ou de la Région.
 - ◆ Personnes indispensables en charge des maladies transmissibles (Paludisme, Tuberculose, VIH/SIDA, Dracunculias, etc).
 - ◆ Personnes indispensable en charge des maladies non-transmissibles. (Hypertension, Diabète, Anémie Falciforme, etc.).
 - ◆ Le technicien en chef de Laboratoire.
 - ◆ Le chef de service des statistiques.

2. Composition de l'Équipe d'Intervention Rapide.
 - ◆ Un épidémiologiste ou un agent du secteur de la santé publique.
 - ◆ Des pathologistes et des microbiologistes.
 - ◆ Un clinicien spécialiste des maladies infectieuses.
 - ◆ Un professionnel de la communication.
 - ◆ D'autres spécialistes selon l'endroit où l'investigation est faite. (Exemples : vétérinaires, spécialistes des sciences de l'environnement, des spécialistes des sciences de la Terre, etc.).

3. Composition du Comité de Gestion De L'épidémié
 - A. Les Autorités Administratives et les Forces de Maintien de l'Ordre.
 - ◆ L'Autorité Administrative le plus haut placé du District.
 - ◆ Le Commissaire de Police.
 - ◆ Le Commandant des brigades d'investigation.
 - ◆ Les Autorités traditionnelles et religieuses.

 - B. Les Autorités et les professionnels de la santé.
 - ◆ Le Directeur de la santé du District ou de la région.
 - ◆ Le Directeur des services hospitaliers.
 - ◆ Les Pharmaciens.
 - ◆ Les techniciens de laboratoire.
 - ◆ Les épidémiologistes du terrain.

 - C. Autres Autorités.
 - ◆ L'Inspecteur de l'Enseignement.
 - ◆ Le Directeur de la santé animale.
 - ◆ Le Directeur des services sociaux.

 - D. Les Représentants des ONG opérant dans le secteur de la santé (Croix Rouge/Croissant Rouge, Plan Togo, GTZ (Coopération Allemande)).

3. LES OBSTACLES À LA MISE EN PLACE DES SIMR EN AFRIQUE DE L'OUEST.

.....

Douze ans après l'introduction des Stratégies Intégrées d'Observation et d'Intervention en cas de Maladie, la sous-région Ouest Africaine continue de faire face à des épidémies de maladies infectieuses. Il n'y a pas eu de progrès significatif dans la lutte pour contrôler ou éradiquer les maladies. Les SIMR sont présentement en train d'être mises en place dans presque tous les pays de la sous-région mais les systèmes de surveillance sont en général limités. Il y a aussi un manque de collaboration et de coopération sous-régionale. Des documents de stratégies, des directives et des outils ont été conçus et développés par l'OMS pour aider les pays à développer des SIMR, mais leur mise en place effective rencontrent de nombreuses difficultés dont en voici quelques unes : financement inadéquat, insuffisance de la main d'œuvre, le manque de volonté politique. Lorsqu'on examine les rôles des systèmes de surveillance, on comprend les problèmes spécifiques qui peuvent entraver la mise en place effective des SIMR.

La détection des maladies

Pour détecter les maladies, il faut que le personnel médical dans les formations hospitalières qui dispensent des soins de santé primaires soit particulièrement vigilant par rapport aux maladies considérées comme fréquentes dans la localité. Malheureusement, dans de nombreux pays, le personnel médical n'est pas toujours suffisamment informé de

l'existence des SIMR, encore moins de son utilité. Par conséquent, il n'a aucune idée des maladies susceptibles d'être notifiées. Ceci est encore plus vrai dans les zones rurales où ne travaille en général que du personnel médical de niveau moyen ou inférieur.

Une évaluation des SIMR faites en 2009 au Nigéria révèle que 68% des formations hospitalières visitées n'avaient pas de définitions de cas pour aucune maladie sur les cinq sélectionnées et susceptibles de faire l'objet de notification. Plus grave, le personnel n'avait pas été formé pour détecter les maladies à partir des signes cliniques.

Dans le cas des malades hospitalisés qui quittent les structures hospitalières, on ne trouve aucune information sur leurs cas dans les cahiers observations. La conséquence en est que les professionnels de la technologie de l'information et de la communication qui saisissent les données et compilent les rapports de notification de routine n'ont pas la possibilité de déterminer à quelle catégorie chaque patient appartient. Il y a un problème supplémentaire qui se pose lorsque les définitions de certaines maladies nécessitent un examen de laboratoire pour confirmation, puisqu'il n'existe pas de laboratoire dans certaines structures hospitalières. Certaines hôpitaux ont des laboratoires mais ils sont sous-équipés, manque de personnel qualifié et de réactifs.

Information et rapport sur les maladies

Comme il a été mentionné plus tôt, le personnel médical, à savoir les médecins, les infirmiers, les techniciens de laboratoire, etc. ignorent l'existence des SIMR. Ceux d'entre eux qui en ont une idée ne savent pas les maladies sur lesquelles il faut réunir des informations et faire un rapport. Ils ne savent pas aussi quels formulaires de rédaction de rapport doit être utilisé, comment les remplir et quels sont les voies de circulation du rapport. Dans de nombreux pays, les programmes d'études dans les écoles de formation des professionnels de la santé n'incluent pas les SIMR. Dans ce cas, la seule solution est soit qu'ils se forment sur le terrain, soit à travers des stages de formation l'état déplorable des réseaux et voies de communication à savoir le mauvais état des routes, l'accès limité au réseau internet ou téléphonique peuvent constituer de sérieux obstacles à leur acheminement.

Pourquoi ne pouvons-nous pas avoir des stages de formation pratique sur les SIMR directement dans les formations hospitalières en lieu et place des séances de formation de niveau plus élevé pour formateurs ? Elles coûtent cher et la plupart d'entre elles ne produisent pas les résultats escomptés parce que certaines personnes formées ne sont pas suffisamment compétentes pour transmettre les connaissances acquises aux niveaux inférieurs du système de santé.

« Un participant »

Analyse et interprétation des données

L'observation des données n'est utile que lorsqu'elle est utilisée pour générer des informations qui permettent de prendre des décisions. Dans beaucoup de pays de la sous-région Ouest Africaine, un volume important de données sont réunies, mais dans la plupart des cas ne sont pas analysées. Ces défaillances Une autre difficulté est le manque de données fiables sur la population et l'absence desont dues à l'insuffisance des équipements de première nécessité tels que les calculatrices, les ordinateurs, les logiciels et l'absence de

ou régionale, elle (l'autorité) ne se voit pas ten d'envoyer les données de surveillance aux autorités en charge de la santé dans leur localité.

sur les SIMR. Un autre problème qui se pose au personnel médical dans les hôpitaux et dispensaires est qu'ils sont tellement surchargés par leur travail quotidien comme les soins aux malades, la gestion de la structure hospitalière, qu'ils relèguent au second plan leur rôle dans les SIMR.

Il faut aussi noter qu'il y a de nombreux formulaires de rédaction de rapport à remplir par les mêmes agents et parfois ces formulaires ne sont pas faciles à remplir. Dans certains cas, ils ne sont même pas disponibles.

Même lorsque les formulaires de rédaction de rapport sont remplis. Dans certains pays, il y a des problèmes liés aux structures des systèmes de santé; par exemple, lorsque les hôpitaux secondaires et tertiaires sont sous l'autorité administrative nationale

sont dues à l'insuffisance des équipements de première main d'œuvre qualifiée pour faire les analyses. Le fait est que, jusqu'à présent, l'importance des données dans le planning des prestations de services de santé n'est pas bien comprise.

données statistiques qui sont pourtant indispensables au calcul des indicateurs de santé. Ces défaillances sont très grandes à mesure qu'on descend de l'échelle du système de santé. On a aussi constaté que le personnel de santé dans les structures hospitalières du District/ Arrondissement/Région analyse rarement les

Les obstacles à la mise en place des SIMR en Afrique de l'Ouest.

- ◆ Le cadre de la mise en place des SIMR mal défini.
- ◆ Personnel médical peu sensibilisé sur les SIMR.
- ◆ Des fiches de rédaction du rapport difficile à utiliser.
- ◆ Insuffisance des outils de SIMR et de directives.
- ◆ Manque d'équipements de laboratoire et de personnel compétents.
- ◆ Le mauvais état des réseaux de transport et de communication.
- ◆ Manque de matériel informatique pour analyser les données.
- ◆ Main d'œuvre qualifiée en nombre insuffisant (pour faire l'analyse/l'interprétation).

données de surveillance. Ils se contentent de les acheminer du district (niveau local) au niveau supérieur et ainsi de suite jusqu'au niveau national. Cette situation rend impossible la prévention, la détection et l'intervention en cas de maladie.

Intervention et investigation en cas d'épidémie

La performance d'un système de surveillance se mesure par le temps que prend la réaction des autorités pour intervenir après avoir été informées de l'apparition des premiers cas de maladie, d'infection ou d'épidémie. La riposte et la surveillance des cas de maladie ou d'épidémie exigent beaucoup de coordination et de supervision qui sont la responsabilité des Comités d'Alerte et de riposte en cas d'épidémie. Ces comités doivent à tous les niveaux faire partie du système de santé. Dans bon nombre de pays en Afrique de l'Ouest, il existe des comités pareils au niveau national mais dans les régions ou les Districts/ Arrondissements, ils ne sont pas fonctionnels ou voir inexistant. Le budget prévu pour riposter en cas de maladie ou d'épidémie est très limité lorsqu'il existe. Généralement, on perd beaucoup de temps à mettre sur pied à la hâte une équipe d'intervention lorsque la maladie ou l'épidémie s'est déjà déclarée et pendant ce temps, elle se propage dans d'autres localités faisant plus de victimes et même de morts. Un autre problème est la mauvaise qualité technique des rapports et de surveillance des cas. Ceci est dû au manque d'épidémiologistes formés sur le terrain et le manque de données de laboratoire fiables dû au mauvais fonctionnement des équipement de laboratoire et à l'absence de mécanisme pour réunir des échantillons et les acheminer jusqu'au laboratoire de référence le plus proche.

Donner le feedback

Le fait que le feedback sur les données de surveillance soit irrégulier ou inexistant est une faiblesse qu'on observe dans beaucoup de systèmes de surveillance et d'autres programmes verticaux. Le financement des mécanismes de feedback est souvent négligé pendant la préparation des budgets. Le résultat en est que les bulletins et les rapports sont parfois produits, mais ne sont jamais mis à la disposition de ceux qui ont la charge de les exploiter. Les feedback dans le sens inférieur sont rarement préparé. Ceci contribue chez les agents du secteur de la santé travaillant dans les structures primaires de croire que le rapport sur la surveillance est une activité contraignante, faite uniquement pour satisfaire les supérieurs hiérarchiques et non un outil de planning et d'évaluation.

Suivi et Evaluation

Beaucoup de difficultés auxquelles les systèmes de surveillance font face en Afrique de l'Ouest sont la conséquence directe d'un système de suivi efficace. En effet, il n'existe pas d'agent d'observation au niveau du District ou de la région et quand bien même ces postes sont créés, leurs titulaires n'ont pas toujours les ressources pour mener à bien leurs missions. Beaucoup de formations hospitalières n'ont pas de personnes centrales en charge des SIMR qui puisse montrer la direction à suivre aux autres agents, et les superviser dans la détection des cas ou leur montrer comment remplir les formulaires de rapport sur les maladies.

L'engagement des pouvoirs publics en faveur des SIMR

Bon nombre de défis mentionnés plus tôt peuvent être relevés si davantage de fonds sont injectés dans les SIMR. Cependant, dans beaucoup de pays Ouest Africaine, le système de santé manque cruellement de fonds pour se développer et se moderniser. Il y a aussi un manque de volonté politique de la part des gouvernants qui sont réticents quand il s'agit de mettre plus de fonds dans le développement des activités de surveillance. Au niveau régional ou inter-état, on rencontre d'énormes difficultés à convaincre les Etats voisins à financer ensemble les activités de surveillance de part et d'autre de leurs frontières communes les autorités politiques soutiennent faiblement les SIMR. Ceci est dû à

la nature même de la surveillance qui est préventive. On peut comparer la surveillance et le riposte en cas de maladie à une police d'assurance. Les SIMR s'articulent autour de la mise en place des systèmes et des processus pour prévenir ou réduire les effets des maladies ou des épidémies dont on ne sait quand elles vont se déclarer. Ces systèmes n'nécessitent des financements importants, notamment pour l'acquisition d'équipements tels que : le matériel de laboratoire, les infrastructures de communication, la formation du personnel et les dépenses de routine. Ceci représente un problème sérieux pour les autorités en charge de la santé publique qui ont la difficile tâche de répartir les maigres ressources financières dont elles disposent entre les activités de surveillance et les prestations habituelles de services de santé. Il faut dans ce cas convaincre les plus hautes autorités par des arguments et des données chiffrées que la surveillance est un investissement viable, rentable et qu'elle mérite des financements supplémentaires. Il faut aussi dans les différents départements ministériels concernés, des gens capables de présenter et défendre un argumentaire en faveur des SIMR pendant la préparation et le planning des budgets.

Quant aux partenaires du développement, Il est difficile de les persuader de financer les SIMR. Beaucoup d'entre eux préfèrent investir leurs fonds dans des programmes concernant des maladies précises et dont ils peuvent facilement mesurer l'impact par le nombre de personnes

ayant bénéficié de leurs prestations. Mais, ils ignorent qu'ils ont aussi besoin des données fiables et au moment opportun ne serait-ce que pour suivre l'évolution et l'impact de leurs programmes. Il est difficile à un seul partenaire d'investir lourdement dans la mise en place d'un système d'information qui fournirait des informations plus complètes sur les maladies courantes. Pour cette raison, beaucoup de partenaires préfèrent concevoir et mettre en place des modèles réduits de systèmes d'information pour des maladies bien précises. Ceci est un investissement non productif pour les partenaires eux-mêmes et pour les pays dans la mesure où les fonds qui sont ainsi dilapidés

dans le développement des programmes parallèles auraient pu être investis d'une manière plus utile à la mise en place d'un système intégré de surveillance qui serait utile à tous les composants du réseau de prestataires des services de santé. C'est de la responsabilité des gouvernements hôtes de définir le cadre de fonctionnement des systèmes intégrés de surveillance, de financer certains de ses composantes essentielles et de persuader l'ensemble des donateurs à soutenir l'initiative.

LES INSTRUMENTS JURIDIQUES ET LES POLITIQUES

Quoiqu'il existe des directives et des règlements internationaux bien détaillés et clairement définis pour la mise en place des SIMR, bon nombre de pays de la sous-région Ouest Africaine ne les ont pas encore ratifiés. La conséquence est qu'il n'y a pas de cadre juridique pour exécuter les activités liées au contrôle des maladies dans ces pays. Dans certains pays, il y a des politiques et des règlements, mais ils ne sont pas suffisamment diffusés et appliqués et le personnel médical n'est pas suffisamment sensibilisé sur de leur existence.

L'absence d'un cadre d'orientation et de politique peut constituer un obstacle quand il faut solliciter le soutien financier des gouvernants pour les activités de surveillance. La promulgation d'une loi faisant de la surveillance une activité statutaire est une étape importante vers l'obtention des financements des activités de surveillance. Dans beaucoup de pays, cela demande une campagne de sensibilisation et d'explication soutenue et des groupes Ad Hoc suffisamment convaincants

Le problème est que la surveillance est orpheline. Personne ne veut financer quelque chose qui ne donne pas des indicateurs par rapport au nombre de personnes touchées ou de cliniques équipées. Ils préfèrent financer la lutte contre le paludisme, la tuberculose et les programmes de vaccination

« Un participant »

La gestion des systèmes de surveillance et de riposte coûte cher. Lorsque des cas de maladies ou d'épidémies se déclarent, les gens doivent se déplacer sur le terrain. Pour cela ils ont besoin des moyens de transport et des équipements. Ils doivent amener les échantillons à être transportés par des moyens de communication spéciaux et cela à partir du point de collecte jusqu'au laboratoire d'analyse. Il faut que quelqu'un paye pour tout cela.

« Un participant »

Je comprends que les SIMR ne sont pas un programme mais ceux qui doivent remplir les formulaires et les envoyer au niveau supérieur sont aussi très surchargés par des responsabilités dans leurs hôpitaux. S'il y avait davantage de financements, les grands hôpitaux pourraient recruter des professionnels en technologie de l'information et de la communication pour faire le travail de collecte d'informations et faire les rapports.

« Un participant »

Nous avons besoin d'un cadre légal si nous voulons que les systèmes de surveillance et de notification des maladies évoluent. Les dirigeants vont et viennent mais le niveau d'engagement politique de celui qui est au pouvoir détermine si les activités de surveillance sont financées ou non. Ceci doit changer.

« Un participant »

INVESTIGATION ET MAÎTRISE D'UNE INTOXICATION AU PLOMB DANS L'ÉTAT DE ZAMFARA AU NIGÉRIA

L'État de Zamfara est une région essentiellement agricole, située au Nord-Ouest du Nigéria. En Mars 2010, des cas suspects d'intoxication au plomb avaient été signalés au Ministère de la Santé de l'État de Zamfara. La plupart des cas concernaient des enfants de moins de cinq ans qui vomissaient et souffraient de convulsion. En Avril de la même année, le Ministère de la Santé de l'État, en collaboration avec l'Association Médecins Sans Frontières a mené une investigation qui a confirmé plus de cent décès dans six villages. Les premières analyses révèlent des niveaux de plomb dans le sang des enfants touchés de 100 400 ug/dl. Le Ministère Fédéral de la Santé informé en Mai de la même année a immédiatement mis sur pied une équipe d'intervention composée de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), du CDC, du FELTP et d'autres et partenaires, qui s'est rendue dans l'État de Zamfara pour faire des investigations.

Les experts venus du CDC d'Atlanta, sont arrivés avec des équipements qui permettent de mesurer le taux de plomb dans l'environnement. Ils ont joint l'équipe déjà mise en place. Après des tests, ils ont découvert très vite que l'environnement dans les zones affectées avait des niveaux de plomb qui atteignaient 100.000 PPM, ce qui était anormalement très élevé. Des examens de sang ont aussi montré que les niveaux de plomb dans le sang des habitants sont les suivants : sur 204 échantillons de sang veineux, 100% présentaient des signes d'intoxication au plomb (supérieur à 10ug/Dl) et 97% avaient des taux qui nécessitaient un traitement au chélateur (supérieur à 45 ug/dl).

Il a été constaté que l'intoxication au plomb était une conséquence directe des activités de broyage, de lavage à grande eau et du séchage des minerais contenant du plomb. La conséquence en est que des sols ont été contaminer dans les concessions et les maisons des villages affectés.

Le 26 mai 2010, le Gouvernement Fédéral a constitué une mission de spécialistes et d'experts afin de contenir l'épidémie. Les médicaments à base de chélateur ont immédiatement été achetés par le Gouvernement Fédéral qui a aussi établi des sites de traitement dans les deux localités les plus affectées.

Des experts en questions de l'environnement étaient sollicités pour aider à la décontamination des villages. L'équipe de spécialistes mise sur pied par les autorités de l'État de Zamfara ont conçu et passé des messages concernant la santé publique et ont lancé des campagnes de sensibilisation et d'éducation sur l'intoxication au plomb dans tous les villages de l'État de Zamfara.

Les activités minières ont été temporairement suspendues par le Ministère Fédéral des Mines. Il a été organisé des séances de formation pour les agents du secteur de la santé du niveau du District/Arrondissement/État. La formation était centrée sur les définitions de cas, les cas suspects d'intoxication au plomb et les actions à mener quand un cas suspect est identifié. Presque 355 cas intoxication aigus d' avec 163 décès avaient été signalés au 31 juillet 2010. À cette date, toutes les énergies étaient encore mobilisées pour purifier l'environnement et soumettre les enfants des autres villages considérés contaminés à un examen de sang.

La réaction à l'intoxication au plomb de 2010 dans l'État de Zamfara au Nigéria est un exemple typique des difficultés et des opportunités en matière de surveillance et intervention en cas de maladie dans les pays Ouest Africains. On a constaté que les premiers cas suspects d'intoxication se sont manifestés en janvier 2010, mais l'information n'est parvenue aux autorités du Ministère Fédéral de la Santé qu'en Mai, c'est-à-dire quatre mois après. Entre Mai et juin, des actions rapides et d'envergure étaient prises pour contrôler et éradiquer enrayer l'épidémie. Le dynamisme et l'engagement des autorités du Ministère Fédéral de la santé ont été déterminants dans le succès de l'intervention. À cela, il faut ajouter la collaboration entre les autotirés des Ministères Fédéraux de la Santé, de l'Environnement, des Mines, de l'Information et ceux de l'État de Zamfara, les Forces de Maintien de l'ordre, les leaders des collectivités locales, des spécialistes en épidémiologie, en sciences de l'environnement, la médecine et les partenaires des Organisations non gouvernementales, locales et internationales.

4. OPPORTUNITÉS DE RENFORCEMENT DES SIMR SYSTEMES EN AFRIQUE DE L'OUEST

.....

Le renforcement des systèmes SIMR en Afrique de l'Ouest va créer un système d'alerte précoce capable de détecter à temps les épidémies lorsqu'elles se déclarent et faciliter la mise en place des mesures pour contenir les maladies et réduire la mortalité et la morbidité. Un certain nombre de difficultés auxquelles les SIMR sont confrontées sont les signes d'une

Le renforcement des capacités humaines pour une amélioration de la performance des SIMR en Afrique de l'Ouest

La Stratégie de Surveillance Intégrée des Maladies et de riposte est un concept important dont tous les travailleurs/agents du secteur de la santé devraient être informés et bien comprendre. La surveillance de la maladie ne fait pas partie des programmes d'études des écoles de formation du personnel médical tels que les écoles d'infirmiers, les écoles de formation des techniciens de laboratoire, les départements de microbiologie et les facultés de médecine.

Comblant ces lacunes, va à coup sûr augmenter le niveau de sensibilisation, de compréhension et faciliter la mise en œuvre des SIMR et réduira les dépenses occasionnées par l'organisation des séances de formation pour les agents du secteur de la santé sur les rudiments de la surveillance des maladies et de la riposte. Les Ministères de la Santé, de l'Éducation, de l'Agriculture et de l'Environnement peuvent se mettre ensemble pour développer un programme d'études qui pourrait être intégré au programme d'études déjà existantes.

Si les stages de formation pour les agents en service sont jugés utiles, il faudrait privilégier

la formation pratique et la formation sur le terrain par rapport aux cours de formation dans les hôtels qui sont plus coûteux, plus théoriques et moins pratiques. Des programmes d'échange doivent être organisés pour que le personnel médical des régions ou faiblesse généralisée du système de santé. La solution passe par un accroissement des investissements dans le secteur de la santé. Il existe encore cependant des opportunités d'améliorer les activités d'observation en Afrique de l'Ouest avec juste un peu plus de ressources humaines et matérielles.

des pays à faible revenu puissent voyager afin d'apprendre de leurs homologues d'autres régions ou des pays plus nantis.

Éventuellement, des définitions de cas simplifiées et des matériels de référence doivent être produits et distribués dans toutes les formations hospitalières, pour aider le personnel médical à exécuter les tâches d'observation.

Pour avoir des systèmes de surveillance en santé publique qui fonctionnent parfaitement, il faut qu'il y ait une catégorie de personnel médical qui ait suivi une formation solide dans la surveillance, l'investigation des cas de maladie ou d'épidémie. Ces agents doivent être capables d'assister, de guider et de superviser d'autres agents sur le terrain. Les programmes de formation en épidémiologie sur le terrain (FETP) existent dans les pays Ouest Africains tel que: le Ghana, le Burkina Faso, le Togo, le Niger, le Mali et bien sûr le Nigéria. Ces programmes avaient été développés en réponse à la demande faite par les pays eux même pour avoir des programmes similaires au programme Américain 'Service d'Information sur les Épidémies. Ils sont soutenus techniquement et financièrement par l'OMS et les Centres

Américains de contrôle et de Prévention des maladies (CDC).

Le programme complet de formation sur le terrain en épidémiologie dure deux ans en temps plein. Il est ouvert aux techniciens de laboratoire, aux médecins, et aux vétérinaires. Les étudiants stagiaires passent environ 25% de leur temps de formation dans les salles de classe pour l'acquisition des connaissances théoriques et 75% sur le terrain où ils reçoivent une formation plus pratique. Ces programmes sont organisés en collaboration avec des Universités Africaines de renommée internationale. Pendant ces deux ans, les étudiants stagiaires prennent de cours d'épidémiologie, de communication, d'économie. Ils acquièrent aussi des connaissances dans les domaines de stratégies quantitatives basées sur le comportement. Une bonne partie de leur formation se fait sur le terrain où ils font des investigations épidémiologiques, des inspections et évaluent les performances des systèmes de surveillance. Ils font le contrôle des maladies et mettent sur pied des méthodes de prévention. Ils font un rapport clair et détaillé de leurs travaux qu'ils soumettront ensuite aux autorités. Enfin, ils forment d'autres agents sur la surveillance et le riposte.

Les diplômés reçoivent un diplôme de technicien moyen ou une Licence selon les programmes. Il y a aussi des programmes de formation courte qui durent entre quelques semaines et quelques mois. Ces programmes de formation sont soutenus par des réseaux internationaux comme le Réseau des Interventions en Santé Publique et en Épidémiologie (TELPHINET)⁷ et le Réseau Africain de l'Épidémiologie sur le Terrain (AFENET)⁸.

Les Ministères de la Santé profitent déjà de ces programmes pour former leurs personnels et ils

devraient être en train d'envisager de les inclure dans le programme des universités locales.

Une autre approche au développement des capacités pour les SIMR est d'exploiter les avantages qu'offrent les réseaux communautaires. Les membres des communautés peuvent faciliter la notification précoce en signalant aux autorités de la Santé chaque fois que quelqu'un présente des signes ou des symptômes d'une maladie inscrite sur la liste des priorités.

On appelle ceci Surveillance à base communautaire les définitions de cas simples accompagnées d'illustrations visuelles peuvent être traduites en langues locales et des bénévoles peuvent être formés pour identifier et signaler les cas suspects.

On doit faire comprendre aux communautés qu'il est de leur intérêt de signaler à temps les cas suspects en utilisant la surveillance à base communautaire. Ceci réduirait à coup sûr la propagation des maladies à d'autres membres de la communauté. L'itinéraire de reportage et la personne à contacter doivent être précisés. L'exemple de la surveillance de la paralysie Flaccide Aiguë pour l'éradication de la poliomyélite prouve bien que la surveillance à base communautaire est efficace.

Au Niger, des personnels médicaux dans les zones rurales qui avaient suivi une formation en surveillance à base communautaire ont identifié et signalé à temps des cas de polio aux formations hospitalières de leurs localités. Ils ont ainsi contribué à améliorer la détection des cas, en utilisant les méthodiques syndromiques. Le fait d'avoir signalé à temps (entre 20 et 30 jours après la détection des premiers cas) a augmenté considérablement les chances d'isoler le virus et de limiter la maladie. En plus de cela, des bénévoles formés ont fait du porte à porte, tenu des réunions et porté des messages aux populations pour les informer et changer leur

⁷ www.tephinet.org

⁸ www.afenet.net

perception par rapport aux causes et au traitement des maladies transmissibles courantes.⁹ Cette approche est la plus convenable, surtout dans les localités où les hôpitaux font défaut mais, où il existe des réseaux sociaux solides.

Le Financement Des SIMR en Afrique de L'Ouest

Les SIMR en Afrique l'Ouest dépendent largement des financements extérieurs pour leur fonctionnement, cette approche ne peut pas garantir sa pérennité à long terme. Un financement adéquat et soutenu par des gouvernements à tous les niveaux est fondamental pour faire face aux dépenses liées au fonctionnement du système.

Les fonds octroyés par les donateurs doivent être perçus comme un complément et non une alternative au soutien des gouvernements. Ils doivent servir à l'acquisition des équipements tels que le matériel de laboratoire, le développement des capacités du personnel et l'assistance pour le développement des outils et des directives.

Des programmes bien ficelés et présentés sous forme d'argumentaires en faveur des SIMR sont indispensables pour convaincre les décideurs politiques de la nécessité d'allouer un budget adéquat au développement des SIMR et assurer aussi que ces fonds ne soient pas détournés au profit d'autres projets considérés comme plus urgents. Un exemple qui mérite d'être salué est le financement de la surveillance au niveau de certains services de santé publique et du système de surveillance à partir des fonds

de l'assurance maladie au Ghana. D'autres pays peuvent suivre cet exemple ou trouver d'autres formes de taxation pour financer les soins de santé en général et les SIMR en particulier. L'Organisation Ouest Africaine de la santé a récemment développe des outils qui constituent une pièce d'arguments et de preuves que les systèmes de surveillance sont indispensables si l'Afrique de l'Ouest veut améliorer sa situation dans le secteur de la santé.

Ces arguments permettront de solliciter des fonds pour financer les activités des SIMR. Ces outils peuvent être adaptés et utilisés par les pays de la Sous-région.

Injecter des fonds supplémentaires contribuera sans doute à lever certains obstacles au bon fonctionnement des systèmes de surveillance tels que l'insuffisance des formulaires de rédaction des rapports, du matériel informatique, des produits utilisés au laboratoire, des médicaments et des vaccins. Des fonds supplémentaires permettraient aussi aux ministères de la santé de recruter des agents à temps plein pour s'occuper de l'analyse des données de la surveillance et de dispatcher les rapports mensuels aux parties, acteurs et organisations concernés. Bien que le gros du financement des SIMR doive provenir du gouvernement, il y a tout de même des investissements assez importants qui viennent des pays donateurs sous forme de partenariat.

⁹ Ndiaye S.M Quick L, Sanda O. Nianda S. (2000) L'Importance de la Participation dans l'observation des maladies. Un cas du Niger. Revue en ligne. www.heapre.oxfordjournals.org/cgi/content/full/18/2/09.

Pour le renforcement des capacités, l'acquisition des équipements médicaux et de la chaîne logistique d'approvisionnement dans tous les pays de l'Afrique de l'Ouest, les SIMR favorisent le partage et la coordination des ressources à travers ces programmes. Cette stratégie a produit de bons résultats au Nigéria pendant l'épidémie de la grippe aviaire en 2006. Cette défaillance peut être corrigée avec le recrutement du personnel de différents niveaux de formation en adoptant une approche de la "base au sommet" pour concevoir des plans de travail et des objectifs. Ces plans devraient préciser les indicateurs à utiliser pour faire le monitoring du système et les personnes chargées de faire le monitoring et la supervision ainsi que les ressources nécessaires au fonctionnement du système. Les réunions de coordination et d'évaluation sur les SIMR doivent se tenir de façon

périodique entre les responsables du ministère de la santé au niveau des districts et les personnes à la tête des institutions en charge de la santé pour s'assurer que les objectifs des indicateurs sont atteints et que de compte rendus des réunions sont transmises de bas en haut, c'est-à-dire du district jusqu'au niveau national. Cette approche de bas en haut va mieux exposer les défaillances du système et permettre le développement des solutions pratiques. Par exemple, il serait plus réaliste pour les pays ayant des ressources limitées de solliciter des financements pour améliorer les activités de surveillance (voir page 17).

Les pays devraient commencer à compter sur eux-mêmes pour la production, la fabrication sur place des médicaments, des réactifs, des accessoires et consommables médicaux et des vaccins.

Même les médecins ne savent pas grand chose des SIMR puisqu'on ne leur aient pas enseigné pas dans les facultés de médecine. Les stratégies intégrées de surveillance et de riposte sont seulement incluent dans programme des écoles de formation en soins de santé publique. Les SIMR devraient être dans les programmes écoles de formation du personnel médical.

Un participant

Accroître les fonds des donateurs pour financer les activités de surveillance au Nigéria.

Dans le but de mettre en place et de faire fonctionner de façon optimale les SIMR, le Nigéria a tiré profit des opportunités qu'offraient les pays donateurs entre 2004 et 2010 pour améliorer de façon significative les systèmes de surveillance et de riposte. Le point de départ de cet effort est l'épidémie de la grippe aviaire de type A/H5N1HPAI (type très pathogène) dans les fermes SAMBAWA dans la banlieue de Kaduna, au nord du Nigéria. En Janvier 2006. Voici la liste des pays donateurs et des programmes qui ont participé à l'initiative du gouvernement Nigérian:

- Le dispositif de surveillance de la paralysie flaccide aiguë du Programme d'Éradication de la Poliomyélite, financé par l'OMS.
- Le projet de contrôle de la grippe aviaire (2006-2010) financé par la Banque Mondiale.
- Les subventions du Fond Mondial (*Global Fund*) pour lutter contre le VIH/SIDA, la tuberculose et le paludisme.
- La subvention au titre de l'allègement de la dette dans le cadre des objectifs du millénaire pour le développement. Subvention accordée à l'Agence Nationale de Développement des Soins de Santé Primaire. La subvention est destinée et au projet des sages-femmes pour la réduction de la mortalité maternelle et infantile.

Les actions entreprises

- ◆ Développement des directives cliniques pour les SIMR et leur distribution aux autorités de santé publiques des Districts/ Arrondissements/États/Régions.
- ◆ Formation des agents de santé et des agents chargés de la surveillance des systèmes au niveau des districts Arrondissements/ État/National.
- ◆ Achat des véhicules pour soutenir les activités de surveillance au niveau de l'État/région et national.
- ◆ Financement des activités de surveillance à tous les niveaux.
- ◆ Achat et stockage des produits pharmaceutiques et non pharmaceutiques pour la prévention en santé publique et des produits pour le secteur de la biosécurité à tous les niveaux.
- ◆ Formation et mise en place des équipes d'intervention rapides à tous les niveaux pour intervenir en cas de problème de santé publique.
- ◆ Installation et équipement (RT PCR) des laboratoires avec un niveau de biosécurité 2 (BSL2) dans 8 centres à travers le Nigéria.
- ◆ Formation du personnel sur l'utilisation de RT-PCR (environ 2500 techniciens de laboratoire).

Ce qui précède est un exemple de la vision de faire des SIMR un outil efficace de surveillance au niveau national mais avec une attention au niveau du district et capable de répondre aux besoins des populations par rapport à la prévention et au contrôle des maladies. Une volonté politique et une campagne de sensibilisation soutenue sont nécessaires pour consolider et pérenniser ces acquis.

MISE EN PLACE DES SIMR EN CÔTE-D'IVOIRE

La mise en place des SIMR en Côte-d'Ivoire a commencé en 2002 par une campagne de sensibilisation pour mettre les autorités du secteur de la santé au courant de la nouvelle initiative. Une évaluation du système de surveillance existant sera faite en 2003 et révélera l'existence de plusieurs systèmes parallèles de surveillance et l'absence d'un document de politique nationale pour guider la surveillance épidémiologique dans le pays. En 2008, le pays a sorti des directives techniques nationales adaptées pour le fonctionnement des SIMR et un plan stratégique de cinq ans pour la mise en place totale des SIMR en Côte-d'Ivoire. L'exécution du plan a commencé avec les actions suivantes:

1. Formation de 1200 agents de santé à travers les 80 districts de la santé du pays.
2. Constitution des comités d'alerte et de riposte au niveau local, du district et national.
3. Acquisition des outils d'interprétations de cas et des directives pour la rédaction des rapports et leur distribution aux districts.
4. Mise en place des réunions trimestrielles des autorités en charge de la santé pour faire le monitoring du système de surveillance et l'harmonisation des données recueillies.
5. Participation à une série de réunions sur les activités transfrontalières qui a conduit à la mise en place par deux pays voisins d'un plan d'action commun pour les activités transfrontalières.

Entre 2008 et 2010, le pays a réussi à intervenir face aux épidémies suivantes:

- ◆ Meningite cérébro spinale (2008)
- ◆ Rougeole (2009-2010)
- ◆ Fièvre Jaune (2008, 2009 et 2010)
- ◆ Poliomyélite (2008-2009)
- ◆ Dengue (2009-2010)
- ◆ Grippe Aviaire type A/HINI (2009)

Les prochaines étapes seront la mise en place d'un réseau de laboratoire, système stockage des vaccins, médicaments et d'autres consommables pour intervenir en cas d'épidémies, créer un fond National d'Intervention et renforcer les opérations et la supervision des équipes d'Alerte et de riposte des districts.

Renforcement du planning, mise en place et évaluation des SIMR

Des faibles systèmes de planning et de monitoring sont un obstacle majeur à la mise en place effective des SIMR en Afrique de l'Ouest. Présentement, une bonne partie du planning se fait aux ministères de la santé. La conséquence en est que les employés du système de santé à un niveau inférieur ne se sentent pas concernés par les SIMR. Un autre désavantage du planning fait au niveau national est que les cadres du ministère de la santé ne savent pas toujours les difficultés que rencontrent les employés du niveau inférieur du système de santé.

Cette anomalie peut être corrigée si on adopte l'approche "basé au sommet" au développement des plans de surveillance et aux objectifs. Ces plans de travail doivent préciser les indicateurs à être utilisés pour le monitoring du système et les personnes qui sont responsables du monitoring et de la supervision ainsi que les ressources que nécessitent le fonctionnement du système.

Les réunions de coordination et d'évaluation devraient se tenir de façon périodique entre les responsables du ministère de la santé au niveau des districts, et les personnes à la tête des institutions en charge de la santé pour s'assurer que les objectifs de l'indicateur sont atteints et le compte rendu de telles réunions transmis aux autorités au niveau supérieur jusqu'au niveau national.

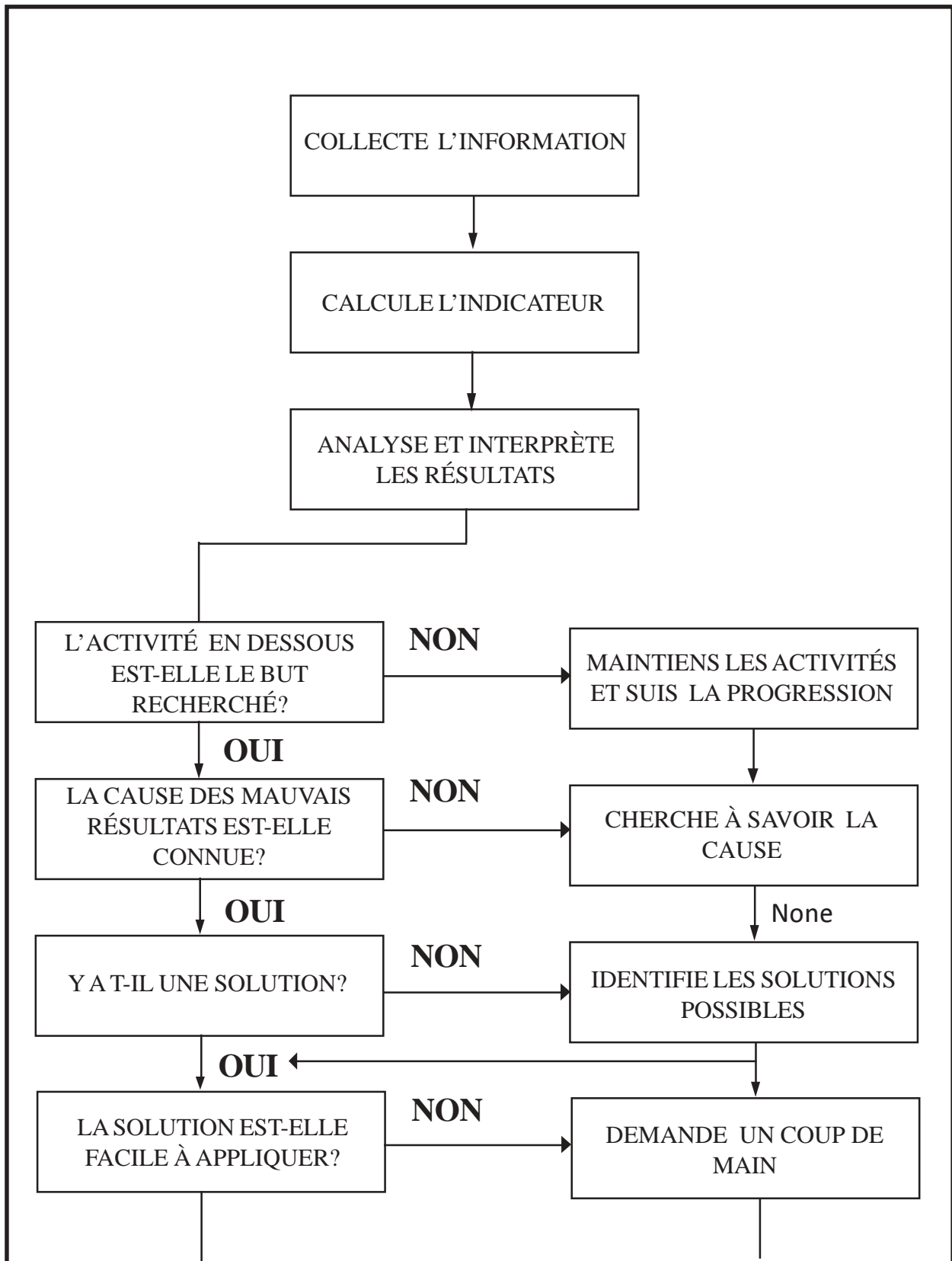
Cette approche de "bas en haut" est en même de mieux exposer les insuffisances du système

et permettre le développement des solutions pratiques. Par exemple, il serait plus pragmatique pour les pays en voie de développement de mettre en place un système simple avec peu de maladies sur la liste des maladies prioritaires et agrandir le système au fur et à mesure que leurs ressources augmentent.

Des ajustements simples tels que la simplification des formulaires de rédaction des rapports peut avoir un impact positif sur la fréquence et la qualité des rapports dans les zones où la main d'œuvre est rare et le personnel de santé dans les formations hospitalières très surchargé.

Pour fonctionner de façon optimale, les SIMR doivent reposer sur un large éventail de disciplines. Malheureusement, on a tendance à croire que les SIMR sont une affaire du Ministère de la Santé seulement. Le secteur privé a un rôle à jouer. Il doit s'identifier aussi aux efforts ainsi déployés pour améliorer la santé des populations à travers leur adhésion aux SIMR.

Chaque pays de l'Afrique de l'Ouest doit identifier la structure chargée de coordonner les activités de surveillance et de riposte et définir les responsabilités de chaque acteur. Les différents partenaires doivent être associés au développement des SIMR et leur rôle doit aussi être clairement défini.



Le Rôle de Décideurs Politiques dans la Mise en œuvre des SIMR en Afrique De L'Ouest

Les politiques et les règlements ont une place très importante dans la mise en place des simr. Les Règlements Internationaux en Matière de Santé (2005) étaient adoptés par consensus au cinquante-huitième Assemblée Mondiale sur la Santé le 23 Mai 3005 et sont entrés en vigueur le 15 Juin 2007. En Juin 2010, l'Organisation Ouest Africaine de la Santé a validé le Plan Régional de l'Afrique de l'Ouest sur le Contrôle des Maladies et la Gestion des Épidémies sur la période 2010-2013. Ce document est une opportunité pour améliorer le niveau de collaboration et de coopération entre tous les pays de la Sous-région dans le planning et la mise en place des Systèmes SIMR.

A l'intérieur des pays, le rôle clef que joue les décideurs est de ratifier ces Traités et Directives Internationales. Il faudrait avoir sur place une politique et un plan stratégique pour obtenir une ligne budgétaire pour les SIMR. Ces documents serviront de cadre pour les activités des SIMR dans le pays. Ils peuvent être utilisés pour persuader les autorités d'ouvrir une ligne budgétaire pour les SIMR.

IL est aussi important de créer des mécanismes juridiques pour faire appliquer les lois sur les activités de surveillance. La priorité de tous les Ministères de la Santé dans tous les pays de la région devrait être de créer des groupes de Ad Hoc ayant pour rôle de persuader les Parlements nationaux a voter des lois et des décrets pour soutenir et organiser les systèmes de surveillance et de riposte. À ce sujet, les organisations scientifiques respectables et respectées comme les Académies de Science et une coalition des Instituts de Recherche peuvent assister les ministères de la Santé à développer un argumentaire et à prendre part aux activités et campagnes de sensibilisation, d'information et de persuasion en faveur des activités de surveillance.

Les Orientations et le Cadre de Fonctionnement Des SIMR

La Politique Nationale du Nigéria sur les SIMR a été adoptée par le Comité National sur la Santé en Février 2006, et approuvée pour être utilisée par toutes les structures gouvernementales par le Conseil Ministériel en Avril 2006. Le but de cette politique est de faire en sorte que les Nigériens jouissent d'une bonne santé, en mettant en place un cadre favorable, en développant les capacités du personnel médical et en mettant des moyens pour la prévention, la détection à temps et une intervention appropriée et au bon moment contre les maladies et les états de santé.

La politique en matière de SIMR fait partie intégrante de la Politique Nationale de la Santé qui elle-même est régie par la Loi Nationale sur la Santé. Cette politique définit le cadre nécessaire pour le planning, le monitoring et l'évaluation d'un **Système de Surveillance Intégré des Maladies et Riposte** par toutes les structures gouvernementales, avec la collaboration du secteur privé, les ONGs, et les partenaires.

Elle fixe des objectifs précis et précisent les rôles que chaque acteur/partie prenante doit jouer dans la stratégie de mise en œuvre des SIMR.

Cette politique a facilité la création au sein des Ministères de la Santé (national, provincial ou régional) des comités SIMR. Il y a maintenant une ligne budgétaire pour les SIMR, ce qui facilite le débloqué à temps des fonds pour l'investigation et le contrôle en cas de maladie ou d'épidémie.

SOMMAIRE DES RECOMMANDATIONS IMPORTANTES POUR RENFORCER LES SIMR EN AFRIQUE DE L'OUEST

Développement des Ressources Humaines

- ◆ Inclure les SIMR dans les Programmes d'Études des Ecoles de Formation du Personnel Médical.
- ◆ Mettre l'accent sur les formations orientées vers la pratique et les formations sur le terrain.
- ◆ Introduire des programmes d'échange entre les pays et régions.
- ◆ Produire du matériel didactique simplifié.
- ◆ Institutionnaliser les programmes de formation où des diplômes sont remis à l'issue de la formation (Diplôme de Technicien moyen, Licence, etc.).
- ◆ Développer des systèmes de surveillance à base communautaire.
- ◆ Encourager le Programme communautaire et multidisciplinaire FELTP.

Mobilisation de Ressources

- ◆ Accroître les ressources existantes à travers l'intégration.
- ◆ Encourager la production locale de médicaments et de Vaccins.
- ◆ Utiliser des argumentaires pour solliciter des fonds supplémentaires pour le développement des SIMR.
- ◆ Explorer des nouvelles pistes telles que les impôts, l'Assurance maladie, etc., pour financer les SIMR.

Planning, Monitoring et Supervision

- ◆ Indiquer tous les acteurs dans le Planning.
- ◆ Simplifier le Système de surveillance.
- ◆ Identifier toutes les parties prenantes.
- ◆ Instituer des réunions régulières d'évaluation.

Politique et Persuasion en Faveur des SIMR

- ◆ Ratifier les Directives et Règlements Internationaux.
- ◆ Développer des Plans de Stratégie pour les SIMR.
- ◆ Faire du Lobbying pour la mise en place d'un cadre Juridique.
- ◆ Impliquer à l'avenir le Pouvoir Législatif dans les Ateliers Scientifiques et Techniques organisés par l'Académie Nigériane de Science.
- ◆ Utiliser des Argumentaires solides pour persuader le Pouvoir Législatif à approuver des Fonds supplémentaires pour les SIMR.

5. CONCLUSION

La Sous-région Ouest Africaine met progressivement un cadre de surveillance des maladies basé sur les **Stratégies de Surveillance Intégrée des Maladies et Riposte** qui avaient été proposées par l’OMS. Ceci est en train d’être mis en place au même moment avec les Règlements Internationaux en matière de santé qui ont été adoptés par les pays de la sous-région. La mise en place des SIMR en Afrique de l’Ouest dépend en grande partie des financements extérieurs.

Il y a de nombreuses autres difficultés auxquelles le système fait face telles que:

Le manque de personnel.

Le manque des directives.

Des cadres de fonctionnement mal définis.

Insuffisance d’outils, d’équipements et de produits. Faible niveau de collaboration et de coopération.

En dépit de ces problèmes, il y a eu des progrès, notamment l’amélioration de la mise en place des SIMR par un accroissement de ressources en provenance d’autres programmes, le développement des programmes de formation en Épidémiologie de terrain et l’utilisation des systèmes à base communautaire. Plusieurs pays ont adopté avec succès les directives pour les SIMR et développé des politiques et des plans stratégiques pour la mise en place des systèmes de surveillance intégrés.

Les pays de l’Afrique de l’Ouest doivent continuer à collaborer entre eux pour explorer de nouvelles voies, afin de mobiliser les ressources humaines et matérielles nécessaire pour une mise en place efficace des **Stratégies de Surveillance Intégrées des Maladies et Riposte** dans la Sous-région.

Annexe 1

LES OBJECTIFS DE L'ATELIER

1. Échanger les informations sur les performances actuelles de la surveillance des maladies et le poids des maladies en Afrique de l'Ouest.
2. Identifier les problèmes majeurs qui se posent au succès de la mise en place des SIMR en Afrique de l'Ouest.
3. Concevoir des actions concrètes et des priorités pour surmonter les difficultés identifiées.

Ordre du jour de L'atelier

Premier Jour Arrivée : Lundi 02 Août, 2010		
Deuxième Jour: Mardi 03 Août, 2010		
Heure	Activité	Présentateur
08.00-09.00	Arrivée et Inscription des participants	
Ouverture de la SessionPrésident: Prof. Oye Ibidapo-Obe FAS, OFR		
9.00-9.05	Mot de Bienvenue	Prof. Oye Ibidapo-Obe FAS, OFR, President, NAS
9.05-9.10	Les objectifs de l'Atelier	Prof. O. Tomori FAS- Président du comité d'organisation
Messages de sympathie de la part de:		
9.10-9.20	Programme D'Appui à la Biosécurité	Dr. Andrew Hebbeler
09.20-09.25	Ministre de la Santé, Côte-D'Ivoire	Prof. Ehile Etienne- Cef du Cabinet
09.25-09.30	Institut Biomédical du Libéria	Dr. Fatorma Bolay
09.30-09.35	Ministre de la Santé, Sénégal	Dr. Ibrahim Oumar
09.35-09.40	Ministre de la Santé, Togo	Dr. Tsidi Tamekloe
09.40-09.50	Directeur Général Organisation Ouest Africaine de la Santé	Dr. Felicite Chokki (représentant du DG)

009.50-10.05	Représentant National OMS, Abuja	Dr. Peter Eriki
10:05-10:25	Ministre de la Santé, Invité d'Honneur. Va ouvrir l'Atelier	Prof. Onyebuchi C. Chukwu
10:25-10:30	Message de appreciation	Dr. Oladoyin Odubanjo- Ag ES, NAS
10:30-11:00	Photo de Famille Pause-Thé	
Les connaissances de base sur le Système de Surveillance Intégré des Maladies et Riposte Président de Session: Prof. Idris Mohammed FAS, OON		
HEURE	Présentation	Présentateur
11:00-11:20	Système de Surveillance Intégré des Maladies et Riposte. Comprendre et appliquer les connaissances de base pour contenir les maladies en Afrique de l'Ouest	Dr. Emmanuel Musa
11.20-11.40	Les systèmes et les structures pour des SIMR efficaces en Afrique de l'Ouest	Dr. Berthe Adanma
11.40-11.55	Discussion	
11.55-12.15	Les indicateurs SIMR/Directives/ prototypes d'outils-OMS pour une surveillance efficace	Dr. Fenella Avokey or Dr. Alex Gasasira
12.35-12.50	Collecte de données pour les SIMR et son importance pour le planning et les prestations des soins de santé dans les pays de l'Afrique de l'Ouest.	Dr Fatorma Bolay
LES SIMR ET LE PLANNING DES SOINS DE SANTÉ TRANSFRONTALIÈRES PRÉSIDENT DE SESSION: Prof. Ehile Etienne		
12.50-13.10	La surveillance et l'Assurance Maladie : Promouvoir l'accès aux soins de santé de qualité dans des situations d'urgence.	Dr. Henry Akpan
13.10-13.30	Biosécurité/Zoonose et la surveillance de la maladie :La nouvelle menace qui vient des animaux et des plantes	Dr. Lami Lombin
13.30-13.45	Discussion	
13.45-14.45	Déjeuner	
14.45-15.05	Surveillance et santé internationale/règlements de voyage. Garantir des frontières sans maladie.	Mr. Moses Aniefiok

15.05-15.25	LES SIMR et Le Tourisme :Quelles retombées économiques pour l'Afrique. de l'Ouest ?	Dr. Mike Ochoga
Les difficultés de la mise en place des SIMR Président de session : Dr. Fenella Avokey		
15.40-16.00	Les SIMR en Afrique de l'Ouest :Quels défis et comment les relever ?	Prof. Ekanem Ekanem
16.00-16.20	Améliorer les activités des SIMR en Afrique de l'Ouest. Comment y parvenir et par qui ?	Dr. Felicite Chokki-Laleye
16.20-16.35	Discussion	
16.35-16.45	Pause-thé	
16.45-17.00	La Promotion d'une bonne santé et des SIMR efficace	Dr. Ademola Ajuwon
17.00-17.15	Le rapport de l'UNAS « les contours de la biosécurité, dans le cas de l'Ouganda	Dr. Maxwell Otim Onapa
17.15-17.25	Discussions/questions	
17.25-17.30	Annonces	
Troisième jour- Mercredi, 04 Août, 2010		
8.30-08.45	Résumé des Activités de Deuxième jour	Dr. Mrs. Joanna Nwosu
RENFORCEMENT DES CAPACITÉS HUMAINES POUR LES SIMR :Quelles sont les capacités qui existent en Afrique de l'Ouest ?Président de session: Prof. Ekanem Braide FAS, OFR		
	Présentation	Présentateur
08.45-09.05	Ressources humaines/Renforcement des capacités pour les SIMR: Le rôle des laboratoires et des Instituts de recherche	Dr. Patrick Nguku
09.05-09.25	Le développement des vaccins et la sécurité : Des SIMR efficaces à travers la disponibilité des vaccins	Dr. Abdul Nasidi
09.25-09.40	Discussion/questions	
09.40-10.00	Les opportunités et les mécanismes des réseaux. Quelles retombées pour la coordination des activités des SIMR	Dr. Oumoru Sangare Loko
10.00-10.20	La gestion des données dans les SIMR	Mr. Tunji Ajiboye
10.20-10.35	Discussion	
10.35-10.50	Pause-thé	

Table ronde : Réussir des SIMR efficaces en Afrique de l'Ouest : Le rôle des décideurs politiques Président de session: Dr. Lami Lombin		
10.50-11.10	Réprésentant du Sénégal	Dr. Ibrahim Oumar BA
11.10-11.30	Réprésentant du Togo	Dr. Tsidi Tamekloe
11.30-11.50	Représentant de la Côte-D'Ivoire	Prof. Ehile Ehouan Etienne
11.50-12.10	Réprésentant du Nigéria	R. Micheal Anibueze
12.10-12.30	Discussion	
12.30-13.00	Pause-déjeuner	
Les meilleurs pratiques/expériences sur le terrain		
13.30-13.50	Intoxication au plomb dans l'État de Zamfara	DR. Henry Akpan
13.50-14.10	L'étude du virus coronaire (État d'Ondo), Nigéria.	Dr. Albert Ogunkoya
14.10-14.45	Discussions	
14.45-15.15	Discussions générales, Étape suivante et Conclusions	Prof. Ekanem Braide FAS, OFR
15.15-15.30	Clôture des Travaux	

Annexe 2

LES MEMBRES DU COMITÉ D'ORGANISATION

	NOM	Organisation
1	Prof. Oyewale Tomori	Conseiller/Président du comité d'organisation Recteur Redeemer University, Nigéria
2	Dr. Amaodu Alpha Sall	Institut Pasteur, Sénégal
3	Dr. Henry Akpan	Directeur Chef de division Épidémiologie , Ministère Fédéral de la Santé, Abuja Nigéria
4	Dr. Lami Lombin	Directeur Général, Institut National de Recherche Vétérinaire, Vom JOS
5	Dr. Fenella Avokey	Equipe D'appui Inter-Etat OMS, Burkina Faso
6	Dr. Alex Gasasira	Bureau OMS Nigeria, Abuja, Nigeria
7	Dr. Patrick Nguku	Conseiller-Résident NFELTPCD, Abuja Nigeria
8	Perry Helen PhD	Coordinateur SIMR –NCPDCID, Service de surveillance des Nouvelles Infections
L'équipe du Secrétariat du Projet		
1.	Dr. M. Oladoyin Odubanjo	Sécrétaire
2	Scholastica Mnena Lan	Agent du programme
3.	Adedamola F. Badejo	Assistant de recherché
4	Samuel SHofuyi	Adjoint au Directeur Administratif

Annexe 3

LES PARTIIPANTS À L'ATELIER

S/N	NOM	ADRESSE
1	DR AWORH MABEL	PROGRAMME DE FORMATION EN EPIDEMIOLOGIE DE LABORATOIRE RESIDENT, 2, JUSTICE SOWEMIMO STREET ASOKORO ABUJA NIGERIA
2	OLATUNDE OLASUNKANMI	FACUTE DE MEDECINE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE LAGOS NIGERIA
3	DR. N.U. NWAKANMA	ASSOCIATION MEDICALE ET DENTAIRE DU NIGERIA, ABUJA
4	DR. ADEDEJI A. ADEBAYO	LABORATOIRE DE SANTE PUBLIQUE, YABA
5	AKALA BOLAJI M.	FACULTE DE MEDECINE, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSTAIRE LAGOS
6	MRS. S. MNENA LAN	ACADÉMIE NIGÉRIANE DE SCIENCE, 8A RAMSONE KUTI ROAD UNIVERSITY OF LAGOS
7	DR. OLADOYIN ODUBANJO	ACADEMIE NIGERIANE DE SCIENE
8	MISS DAMOLA BADEJO	ACADEMIE NIGERIANE DE SCIENCE
9	MISS BOLAJI DASAOLU	ACADEMIE NIGERIANE DE SCIENCE
10	DR. IBRAHIM N. MAMADU	INSTITUT DE VIROLOGIE HUMAINE DU NIGERIA PLOT, 251 MACAULEY WAY ABUJA
11	DR. SAIDU AHMED	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA, NIGERIA
12	DR. NANDU DURFA	GROUPE D'ETURE ECHITAP
13	OKECHUKWU A.	AGENCE NATIONALE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
14	DR. MSHELLA P.W.	FACULTE DE MEDECINE VETERINAIRE AHMADU BELLO UNIVERSITY, ZARIA, NIGERA
15	PHARM. UCHE E.	AGENCE NATIONALE DE CONTROLE DES PRODUITS ALIMENTAIRES ET PHARMACEUTIQUES
16	DR. IDRIS A HALLIRU	MINISTERE DE LA SANTE DE L'ETAT DE KATSINA, KATSINA, NIGERIA
17	DR. KEHINDE T. CRAIG	OMS, ABUJA, NIGERIA

18	DR. IRENE ISIBOR	OMS, ABUJA, NIGERIA,
19	ENGR. UWAEZU VICTOR E.	1A, ADENEJI ST OGBA LAGOS
20	AUSTIN PEACEMAKER	JOURNAL TODAY, ABUJA
21	PROF. C.O. ONYEBUCHI	MINISTERE DE LA SANTE DU NIGERIA, ABUJA, NIGERIA
22	CHRIS IBEH	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA, NIGERIA
23	S.M. ATTAH	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA, NIGERIA
24	CHIJOKE UGWU	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA, NIGERIA
25	DR. E. MERIBOLE	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA NIGERIA
26	OJO CAROLINE O.	DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE, MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
27	EGWATU PIUS	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE ABUJA
28	FALODUN OLANREWAJU	HÔPITAL NATIONAL. ABUJA
29	J.S. KEHINDE	DIVISION DE L'EPIDEMIOLOGIE, MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
30	BOLA M. ENAHORO	DIVISION DE L'EPIDEMIOLOGIE, MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
31	EKWOYI OCHIGBO	GROUPE DE SOUTIEN , DUTSE
32	MRS. I.N. ANAGBOGU	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA, NIGERIA
33	OLORUNDARE I.A	MINISTERER FEDERAL DE LA SANTE ABUJA
34	DR. SAKA M. JIMOH	FONDATION POUR LA REFORME DU SECTEUR DE LA SANTE, NIGERIA
35	MAYANGE COMFORT	UNITE D'EPIDEMIOLOGIE MINISTERE DE LA SANTE DE L'ETAT DE BENUE, MAKURDI,
36	PROF. TEKENA HARRY	696, UBOGA CRESCENT GARKI ABUJA
37	DR. ETUJUDO I.U.	DEPARTEMENT DE CHIMIE UNIVERSITE D'IBADAN, IBADAN
38	HEMBA TERNA	GLADI
39	PROF. EKANEM EKANEM	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE IDI ARABA, LAGOS
40	OCHAI M.	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE ABUJA
41	TAIWO ADEBESIN	AGENCE NATIONALE DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES, ABUJA

42	DR. MONDAY OJIEAMIREN	ASSOCIATION DE LA MEDECINE VETERINAIRE DU NIGERIA,
43	DR. B.D. REMI-ADEWUNMI	DEPARTEMENT DE CHIRURGIE VETERINAIRE ET DE MEDECINE, AHMADU BELLO UNIVERSITY, ZARIA, NIGERIA
44	PROF. S.S. DAUBAUCHI	CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ZARIA, NIGERIA
45	DR. AGUSTIN C. IGWEH	INSTITUTE DE RECHERCHE SUR LA TRYPANOSIMIASE DU NIGERIA, KADUNA, NIGERIA
46	DR. IBRAHIM T. DALHATU	CENTRES DE CONTROLE DES MALADIES (ETATS-UNIS) ABUJA, NIGERIA
47	DR. MUSANGO ANTHONY D.	ACCESS HOSPITAL ABUJA
48	DAVID FIASE	GLOBAL AWARENESS FOR DEVELOPPEMENT
49	FOLA ESAN	FACULTE DE MEDECINE UNIVERSITE D'ADO EKITI, ADO EKITI, NIGERIA
50	MUSA ABDULRAZAQ	AGENCE NATIONALE DE GESTION DES URGENCES ABUJA
51	DR A.A MAKINDE	INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE VETERINAIRE VOM, JOS, NIGERIA
52	PROF. N.D.G IBRAHIM	DOYEN, FACULTE DE MEDECINE VETERINAIRE AHMADU BELLO UNIVERSITY ZARIA, NIGERIA
53	ANIEFOK MOSES	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
54	ANIA S.A.	MINISTERE FEDIERAL DE LA SANTE ABUJA
55	MOHAMMED J.	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE ABUJA,
56	DR. DANIEL MUSA HARUNA	DEPARTEMENT DE MEDECINE ET DE MICROBIOLOGIE CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE AHMADU BELLO UNIVERSITY ZARIA,
57	SALIU OLADELE	OMS UN HOUSE ABUJA
58.	ADENUGA ADETOUN Y.	DEPARTEMENT DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE, FACULTE DE MEDECINE UNIVERSITY OF LAGOS
59	JUDE T. IGUNDUNASE	JUTERIG HSE CONSULTANTS LTD
60	OLALEYE DAVID	UNIVERSITE D'IBADAN
61	DR. OLABODE OLATUNDE	UNIVERSITE D'ABUJA, ABUJA
62	PROF. S. BWALA	HOSPITAL NATIONAL ABUJA, NIGERIA
63	OLOWOFOYEKU AYoola	MINISTERE FEDERAL DE LA TECHNOLOGIE ABUJA, NIGERIA

64	TAMEKLOEE TSIDI	MINISTERE DE LA SANTE TOGO
65	ZOUMANA ISAAC TRORE	CENTRE DE FORMATION ET DE RECHERCHE SUR LE PALUDISME, MALI
66	MAXWELL OTIM ONAPA	ORGANISATION NATIONALE POUR LA SCIENCE ET LA TECHNOLOGIE, OUGANDA
67	FENELLA AVOKEY	158, AVENUE DE L'INDEPENDANCE OUAGADOUGOU BURKINA FASO
68	DR. CHARLES EJOFOR	DEPARTEMENT DE PARASITOLOGIE UNIVERSITE D'ABUJA, ABUJA
69	DR. ADAMU NUHU	AGENCE NATIONALE DE DEVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRES
70	KABIR YUSUF	ABUJA
71	KEHINDE OLANIKE	FACULTE DE MEDECINE UNIVERSITE DE LAGOS
72	ANYANNUN CHRUSTIAN	47, LAKE CHAD CRESCENT MAITAMA ABUJA
73	DR. OLUFUNMILAYO IDOWU	UNIVERSITE D'AGRICULTURE ABEOKUTA ETAT D'OGUN NIGERIA
74	PATRICK M. NGUKU	PROGRAMME DE FORMATION EN EPIDEMIOLOGIE DU LABORATOIRE/CENTRES POUR LE CONTROLE DES MALADIES ABUJA
75	NSIKANABASI SILAS UMO	UNIVERSITE D'IBADAN
76	OSEGHE E. EKEMENA	UNIVERSITE D'IBADAN
77	EMMANUEL MUSA	OMS ABUJA
78	ANDREW MBEWE	OMS ABUJA
79	PROF. M. MAMMAN	INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE SUR LA TRYPANOSOMIASE
80	OLUBUNMI OJO	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE
81	DR. PETER M. DEDE	INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE SUR LA TRYPANOSOMIASE
82	DR. (MRS) LAMI LOMBIM	INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE VETERINAIRE, VOM, JOS
83	DR. ADEMOLA ANJUWON	UNIVERSITE D'IBADAN
84	DR. HENRI KABORE	BUREAU INTER-AFRICAIN DE RESSOURCES ANIMALES, UNION AFRICAINE BAMAKO

85	MUSA MATO	CELLULE DE COMMUNICATION, MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
86	A.A. LAIDO	NEW AGE NETWORK, KADUNA
87	PROF A. B OGUNKOYA	UNIVERSITE AHMADOU BELLO ZARIA, KADUNA
88	CHIKA NWOSUH	INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE VETERINAIRE, VOM, JOS
89	DR. NICK NWANKPA	INSTITUT NATIONALE DE RECHERCHE VETERINAIRE VOM, JOS
90	FRANK EHIZOJE	VISION FM, ABUJA
91	ELEMUWA CHRIS	AGENCE NATIONAL DE DEVELOPPEMENT DES SOINS DE SANTE PRIMAIRE, ABUJA
92	ELSIE ILORI	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE ABUJA
93	BOSAH N.C.	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE ABUJA
94	DR. PETER ERIKI	REPRESENTANT OMS AU NIGERIA, ABUJA
95	MERCY AKPUHIO	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE
96	YUSUF A. YUSUF	INSTITUT DE RECHERCHE PHARMACEUTIQUE DU NIGERIA
97	DR. AKPAN H.	MINISTRE FEDERAL DA LA SANTE
98	DR. J. E. D. TERRY	MINISTERE DE L'AGRICULTURE ET DE LA FORET, FREETOWN, SIERRA LEONE
99	AGBI MORAYO O.	ASSEMBLEE NATIONALE, ABUJA
100	PROF. EKANEM I. BRAIDE	DEPARTEMENT DE ZOOLOGIE, UNIVERSITED DE CALABAR, CALABAR, NIGERIA
101	PROF. ETIM ESSIEN	UNIVERSITE D'UYO, AKWA IBOM, NIGERIA
102	PROF. ADEYINKA FALUSI	UNIVERSITE D'IBADAN, IBADAN
103	OYEWALE TOMORI	REDEEMEERS'UNIVERSITY KM48, LAGOS-IBADAN EXP.WAY LAGOS
104	PROF. O. IBIDAPO-OBE	ACADEMIE NIGERIANE DE SCIENCE, 8A, RAMSOSONE KUTI ROAD UNIVERSITE DE LAGOS
105	DR. IYORHEMBA UTIM ATE	DEPARTEMENT DE CHIRURGIE VETERINAIRE ET DE MEDECINE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE UNIVERSITE AHMADU BELLO, ZARIA, NIGERIA,
106	DR. AJUMOBI OLUFEMI	PROGRAMME DE FORMATION D'EPIDEMIOLOGISTE DE TERRAIN MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
107	C.V. AGBAI	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA

108	ONYEMEKE J. I.	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
109	JOANNA NWOSU	3, GOMBE CLOSE, GARKI
110	BERTHE ADAMA	BP7019 OUAGA BURKINA FASO PROGRAM
111	DR. ZAINAB MUHAMMED IDRIS	PATHS 2 PROGRAM, KADUNA
112	DR. R. S. NAPHTALI	UNIVERSITE FEDERALE DE TECHNOLOGIE YOLA ADAMAWA NIGERIA
113	ROWLAND SEGUN ANTHONY	PHILLIP PHARMACY NIG LTD LAGOS
114	MRS ADEDA P. O.	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE, ABUJA
115	ODOR KING	UNIVERSITE D'IBADAN, NIGERIA
116	DR. MITULA P. A.	OMS, ABUJA
117	DR. GOITIM G WELDEGEBRIEL	OMS. ABUJA
118	DR. OSEI KUFFOR AFREH	KITAMPO RESEARCH INSTITUTE, GHANA
119	DR. JACOB O. KALEJAIYE	INSTITUT NATIONAL DE RECHERCHE SUR LA TRYPANOSOMIASE, KADUNA, NIGERIA
120	DR. FALICITE CHOKKI LALEYE	ORGANISATION OUEST AFRICAINE DE LA SANTE BP
153	BOBO BURKINA FASO	
121	DR. MIKE OCHOGA	MINISTERE FEDERAL DE LA SANTE
122	PROF. ABDSALLAMI NASIDI	28 CAIRO ST, WUSE, ABUJA
123	ADINDU CHIMAOBI A.	12 NUNKE LANE JOS PLATEAU
124	DR. C. A. AWASUM	DEPARTEMENT DE CHIRURGIE VETERINAIRE ET DE MEDECINE CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE, 12 NUNIVERSITE AHMADU BELLO ZARIA
125	DR. OLAPEJU ESIMAI	DEPARTEMENT DE LA SANTE COMMUNAUTAIRE UNIVERSITE OBAFEMI AWOLOWO IFE, NIGERIA
126	PROF. LOLA ADEKUNLE	CENTRE HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE FACULTE DE MEDECINE UNIVERSITE D'IBADAN
127	PROF S. S. BABA	FACULTE DE MEDECINE VETERINAIRE UNIVERSITE DE MAIDUGURI
128	DR. IBANGA INYAMG	DEPARTEMENT DE LA SANTE PUBLIQUE, CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE UYO
129	DR. (MRS) M. A. MAFE	INSTITUT DE RECHERCHE MEDICALE YABA, LAGOS
130	DR. AKA LEPRI NICAISE	MINISTERE DE LA SANTE COTE-D'IVOIRE

131	PROF. ETIENNE E. EHLE	MINISTERE DE LA SANTE COT-D'IVOIRE
132	PROF. J. O. A. OKOYE	UNIVERSITE DU NIGERIA NSUKKA ENUGU
133	DR. S. A. AHMED	ASSOCIATION MEDICALE DU NIGERIA, ABUJA, NIGERIA
134	ANDREW HEBELLER	DEPARTEMENT D'ETAT MERICAIN 2201CSCNWIN3327 WASHINGTON DC USA2056
135	CHI PRIMUS C.	INSTITUT SUPERIEUR DE LA SANTE, CAMEROON
136	SAMUEL SHOFUYI	ACADEMIE NEGERIANE DE SCIENCE, LAGOS, NIGERIA

Annexe 4

L'ACADÉMIE NIGÉRIANE DE SCIENCE

.....

L'Académie Nigériane de Science a été inaugurée le 08 Janvier 1977 lors d'une cérémonie grandiose et solennelle dans la salle de conférence de l'université d'Ibadan. C'était le point culminant de cinq ans d'effort soutenu déployé par des scientifiques précurseurs, réunis au sein de « Association des scientifiques Nigériens (SAN) » pour surmonter les obstacles qui avaient auparavant anéanti les efforts de presque vingt ans de lutte en faveur de la création d'une Académie de science. L'événement marquant, avant cette date était la mise sur pied d'un comité de membres pour préparer un papier sur la création de l'Académie Nigériane de Science. Le 22 Mars 1975, le comité adoptait la première mouture des statuts de la future Académie et approuvait une liste de quarante-cinq Membres émérites de l'Académie.

Le comité va former un autre comité ad hoc de pilotage plus restreint pour préparer l'inauguration de la nouvelle Académie qui aura lieu le 08 Janvier 1977.

Aujourd'hui, le nombre de membres est passé de quarante-cinq à cent vingt-cinq et touchant toutes les disciplines scientifiques.

Le but et les Objectif de l'Académie

Les objectifs de l'Académie sont de soutenir le développement, l'acquisition et la vulgarisation de la connaissance scientifique pour faciliter son exploitation afin d'apporter des solutions aux grands problèmes d'intérêt national.

L'Académie s'efforce d'atteindre ses objectifs en:

Jouant le rôle de conseiller auprès du gouvernement, de ses Agences ainsi que du secteur privé pour les problèmes ou des projets précis dans les domaines de la science et de la technologie.

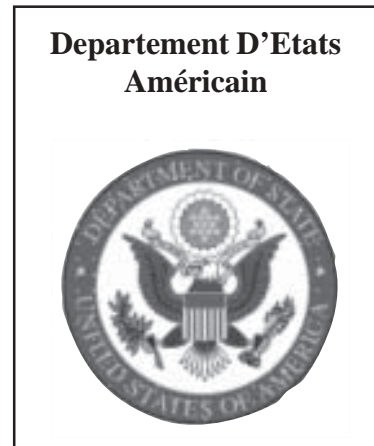
Attirer l'attention du gouvernement et de ses agences sur les problèmes d'intérêt national que la science et la technologie peuvent aider à résoudre, fixer et maintenir les standard les plus élevés de réalisation scientifique au Nigéria, à travers :

- i. La publication de revues
- ii. L'organisation des conférences, séminaires, ateliers et symposiums
- iii. La reconnaissance des contributions remarquables au progrès de la science au Nigéria.
- iv. Le développement des relations de travail avec d'autres Académies Scientifiques.

LES ORGANISATIONS QUI ONT SOUTENU LE PROJET



OMS



Ministère Fédéral De la Santé, Nigeria

CCM

Division des Services de la Santé humaine
Centres de Contrôle et de Prévention des Maladies