

Le Programme de Transformation

Une capacité accrue à faire face aux flambées épidémiques dans la Région Africaine de L'oms

Leçons tirées des Flambées
de Fièvre Jaune en République
d'Angola et en République
Démocratique du Congo

Juillet 2019



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

Série

**Le Programme de transformation, série 3 – Une capacité accrue à faire face aux flambées épidémiques dans la Région africaine de l'OMS
– Leçons tirées des flambées de fièvre jaune en République d'Angola et en République démocratique du Congo**

ISBN 978-929031314-4

© Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique 2019

Certains droits réservés. La présente publication est disponible sous la licence Creative Commons Attribution – Pas d'utilisation commerciale – Partage dans les mêmes conditions 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO ; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Aux termes de cette licence, vous pouvez copier, distribuer et adapter l'œuvre à des fins non commerciales, pour autant que l'œuvre soit citée de manière appropriée, comme il est indiqué cidessous. Dans l'utilisation qui sera faite de l'œuvre, quelle qu'elle soit, il ne devra pas être suggéré que l'OMS approuve une organisation, des produits ou des services particuliers. L'utilisation de l'emblème de l'OMS est interdite. Si vous adaptez cette œuvre, vous êtes tenu de diffuser toute nouvelle œuvre sous la même licence Creative Commons ou sous une licence équivalente. Si vous traduisez cette œuvre, il vous est demandé d'ajouter la clause de non responsabilité suivante à la citation suggérée : « La présente traduction n'a pas été établie par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). L'OMS ne saurait être tenue pour responsable du contenu ou de l'exactitude de la présente traduction. L'édition originale anglaise est l'édition authentique qui fait foi ».

Toute médiation relative à un différend survenu dans le cadre de la licence sera menée conformément au Règlement de médiation de l'Organisation mondiale de la propriété intellectuelle.

Citation suggérée. Le Programme de transformation, série 3 – Une capacité accrue à faire face aux flambées épidémiques dans la Région africaine de l'OMS – Leçons tirées des flambées de fièvre jaune en République d'Angola et en République démocratique du Congo. Brazzaville : Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Afrique, 2019. Licence : CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Catalogage à la source. Disponible à l'adresse <http://apps.who.int/iris>. Ventes, droits et licences. Pour acheter les publications de l'OMS, voir <http://apps.who.int/bookorders>. Pour soumettre une demande en vue d'un usage commercial ou

une demande concernant les droits et licences, voir <http://www.who.int/about/licensing>.

Matériel attribué à des tiers. Si vous souhaitez réutiliser du matériel figurant dans la présente œuvre qui est attribué à un tiers, tel que des tableaux, figures ou images, il vous appartient de déterminer si une permission doit être obtenue pour un tel usage et d'obtenir cette permission du titulaire du droit d'auteur. L'utilisateur s'expose seul au risque de plaintes résultant d'une infraction au droit d'auteur dont est titulaire un tiers sur un élément de la présente œuvre.

Clause générale de non responsabilité. Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'OMS aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les traits discontinus formés d'une succession de points ou de tirets sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

La mention de firmes et de produits commerciaux ne signifie pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'OMS, de préférence à d'autres de nature analogue. Sauf erreur ou omission, une majuscule initiale indique qu'il s'agit d'un nom déposé.

L'Organisation mondiale de la Santé a pris toutes les précautions raisonnables pour vérifier les informations contenues dans la présente publication. Toutefois, le matériel publié est diffusé sans aucune garantie, expresse ou implicite. La responsabilité de l'interprétation et de l'utilisation dudit matériel incombe au lecteur. En aucun cas, l'OMS ne saurait être tenue responsable des préjudices subis du fait de son utilisation.

Conception et Imprimé en Congo



TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	1
1. CONTEXTE	5
2. LES FLAMBÉES DE FIÈVRE JAUNE EN ANGOLA ET EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO	9
Informations générales sur la fièvre jaune	9
Évolution des flambées de fièvre jaune survenues en 2016	10
La riposte aux flambées épidémiques de fièvre jaune enregistrées en 2016 et résultats	12
Enseignements tirés	16
3. PERSPECTIVES	21



AVANT-PROPOS

Le Programme de transformation du Secrétariat de l'Organisation mondiale de la Santé dans la Région africaine 2015-2020, ambitionne de bâtir « l'OMS que le personnel et les partenaires appellent de leurs vœux ». Ces cinq dernières années, la Région africaine de l'OMS a déployé des efforts concertés en vue de l'édification d'une organisation visionnaire, proactive, capable de répondre aux attentes, axée sur les résultats, transparente, responsable et dotée des ressources appropriées. Les États Membres, les partenaires de développement, les donateurs et les autres parties prenantes œuvrent de concert avec l'OMS à la mise en œuvre de ce programme. Je leur en suis sincèrement reconnaissante.

La mise en œuvre du Programme de transformation, lancée en 2015, a coïncidé avec l'adoption des objectifs de développement durable. L'objectif 3 de développement durable vise tout particulièrement à *permettre à tous de vivre en bonne santé et [à] promouvoir le bien-être de tous à tout âge*. Le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine a saisi cette occasion pour donner une forme concrète à son Programme de transformation en élaborant ce que l'on a appelé *le Programme de transformation de la santé en Afrique 2015-2020 : une vision pour la couverture sanitaire universelle*. Ce document sert de cadre stratégique pour orienter la contribution de l'OMS à la plateforme du développement durable en Afrique. L'objectif de ce cadre stratégique est de garantir l'accès universel à un ensemble de services de santé essentiels dans tous les États Membres de la Région et partant, d'assurer la couverture sanitaire universelle, en éliminant autant que possible les obstacles financiers, géographiques et sociaux à l'accès aux services.

Aujourd'hui, nous pouvons voir l'impact du Programme de transformation dans trois principaux domaines.

- 1) La sécurité sanitaire est mieux garantie grâce au renforcement des capacités de la Région et des pays à détecter rapidement les menaces pour la santé publique et à y riposter efficacement.

- 2) Les États Membres progressent vers la couverture sanitaire universelle grâce aux initiatives de renforcement des systèmes de santé. L'amélioration de l'accès à des interventions sanitaires offrant un bon rapport coût-efficacité permet aux États Membres d'obtenir de meilleurs résultats sanitaires.
- 3) L'émergence d'une culture organisationnelle fondée sur des valeurs et engagée dans une lutte ouverte contre le harcèlement et la création d'un cadre de travail respectueux.

Les séries du Programme de transformation sont publiées en six volumes, pour partager les grandes avancées enregistrées par cette initiative.

- **Le Programme de transformation, série 1** – Renforcement du principe d'action en faveur des pays en vue d'un impact accru sur la santé.
- **Le Programme de transformation, série 2** – Renforcement des partenariats dans l'optique de la couverture sanitaire universelle.
- **Le Programme de transformation, série 3** – Une capacité accrue à faire face aux flambées épidémiques dans la Région africaine de l'OMS – Leçons tirées des flambées de fièvre jaune en République d'Angola et en République démocratique du Congo.
- **Le Programme de transformation, série 4** – Progrès durables accomplis sur la voie de la certification de l'éradication de la poliomyélite dans la Région africaine de l'OMS.
- **Le Programme de transformation, série 5** – Promotion de l'efficacité, de la responsabilisation et de l'optimisation des ressources : les indicateurs de performance essentiels dans le domaine de la gestion.
- **Le Programme de transformation, série 6** – Vers un accent marqué sur la qualité et les résultats – les indicateurs de performance essentiels en matière programmatique.

Au moment où nous célébrons les acquis engrangés, permettez-moi de saisir cette occasion pour exprimer ma gratitude à l'ensemble de nos parties prenantes – États Membres, partenaires de développement, donateurs, fondations et autres – qui ont joint le geste à la parole en œuvrant de concert avec nous.

Aujourd'hui, ces acquis devront être consolidés, soutenus et amplifiés au cours de l'année prochaine et au-delà.

J'ai bon espoir que les réalisations et les succès mis en exergue dans ces publications nous inciteront à poursuivre nos efforts pour assurer la bonne santé et promouvoir le bien-être de tous dans la Région africaine et au-delà, moyennant l'instauration de la couverture sanitaire universelle, la gestion des situations d'urgence sanitaire et la promotion d'une meilleure santé pour toutes les populations.

Dre Matshidiso Moeti

*Directrice régionale de l'OMS pour l'Afrique
Organisation mondiale de la Santé
Juillet 2019*



- 1 Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (2018). Activités de l'OMS dans la Région africaine 2017-2018 : rapport de la Directrice régionale. Brazzaville (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273743/AFR-RC68-2-eng.pdf>, consulté le 25 février 2019).
- 2 WHO Regional Office for Africa (2016). Mapping risks and the distribution of epidemics in the WHO African region, a technical report for the Regional Office for Africa. WHO: Brazzaville. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/206560>, consulté le 25 février 2019). Jones KE, Patel NG, Levy MA et al. (2008). Global trends in emerging infectious diseases. *Nature*, 451: 990-993. Doi :10.1038/nature06536.
- 3 Talisuna TO, Yahaya AA, Rajatonirina SC et al. Joint External Evaluation of the International Health Regulations (2005) capacities: Current status and lessons learnt in Africa (accepté pour publication dans le BMJ).

1. CONTEXTE

Les épidémies font peser de nombreuses menaces sur la santé humaine, sur les moyens de subsistance des populations et sur la sécurité sanitaire mondiale. Chaque pays de la Région africaine de l'OMS est exposé à des menaces liées à la sécurité sanitaire.¹ Des menaces émergentes et ré-émergentes à potentiel pandémique continuent de peser sur des systèmes de santé fragiles sur le continent, engendrant des pertes en vies humaines et des pertes économiques, entraînant des taux de morbidité, de mortalité, d'invalidité élevés et des pertes socio-économiques inacceptables.

Chaque année, la Région africaine enregistre plus de situations d'urgence de santé publique que toute autre Région de l'OMS. Au fil des ans, le risque de maladies infectieuses émergentes s'est accru.^{2,3} En effet, un événement aigu de santé publique est rapporté tous les quatre jours, de sorte que plus de 150 événements aigus de santé publique sont notifiés chaque année.⁴ Plus de 80 % des situations d'urgence de santé publique survenues dans la Région africaine sont dues à des maladies infectieuses, dont environ 75 % à l'interface entre l'environnement humain et animal.⁵ Cette situation est largement due à la hausse des mouvements transfrontaliers et internationaux, à une plus forte densité de la population humaine et à l'essor des établissements informels. Les autres facteurs comprennent le changement climatique, les mutations dans la façon dont les êtres humains et les animaux sauvages interagissent et les évolutions dans le commerce et l'élevage.⁶

Les activités de préparation et de riposte aux situations d'urgence sanitaire sont encadrées par le Règlement sanitaire international (RSI, 2005), la stratégie de surveillance intégrée de la maladie et riposte (SIMR) et la stratégie de gestion des risques de catastrophe (GRC). La Région reste confrontée à des défis tels que la mise en œuvre fragmentée des interventions, la collaboration intersectorielle limitée, la pénurie de ressources, la faiblesse des systèmes de santé et le manque de capacités essentielles requises en vertu du RSI (2005).

- 4 WHO (2018b). Investing global, investing local: supporting value for money towards the health SDGs. (July 2018). WHO Department of Health Systems Governance and Financing. Geneva. (https://www.who.int/docs/default-source/investment-case/value-for-money.pdf?sfvrsn=16e9889b_8, consulté le 6 mars 2019).
- 5 (Oppenheim et al., 2019) McMichael AJ (2004)
- 6 Environmental and social influences on emerging infectious diseases: past, present and future. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences*, 359: 1049-1058 DOI 10.1098/rstb.2004.1480.

En vue de relever les défis liés à la mise en œuvre fragmentée et dans le souci de définir des priorités claires au cours des 100 premiers jours de son mandat, la Directrice régionale a créé le groupe organique Sécurité sanitaire et situations d'urgence (HSE). Ce groupe organique est le fruit d'une fusion des équipes responsables de la riposte aux flambées, du Règlement sanitaire international, et des interventions en cas de catastrophe et de situation d'urgence.

Après avoir tiré les leçons de l'épidémie de maladie à virus Ebola en Afrique de l'Ouest en 2014 et d'autres situations d'urgence sanitaire, l'OMS a entrepris d'importantes réformes en 2015 pour mieux assurer la sécurité sanitaire à l'échelle mondiale en mettant en place le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire (WHE). Les principales fonctions de ce programme sont les suivantes : lutter contre les agents pathogènes particulièrement dangereux et créer des réseaux d'experts ; assurer le suivi et l'évaluation des capacités nationales de préparation, de planification et de renforcement des capacités essentielles requises en vertu du RSI ; veiller à la détection et la vérification des événements, au suivi des opérations d'urgence sanitaire, ainsi qu'à la gestion et l'analyse des données ; assurer la gestion des incidents, des partenariats opérationnels, de l'appui et de la logistique en ce qui concerne la préparation et les opérations ; assurer la gestion et l'administration des opérations d'urgence des relations extérieures, ainsi que la gestion transversale des ressources humaines ; apporter un appui administratif et logistique aux domaines du programme technique.

La création du Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire a permis de mettre en place une plateforme unique à tous les trois niveaux de l'Organisation (Siège, bureaux régionaux et bureaux de pays). Cette plateforme a été conçue pour accélérer et rendre plus prévisible l'action d'urgence de l'OMS, moyennant une approche englobant l'ensemble des menaces, en favorisant l'action collective et en recouvrant les activités de préparation, de riposte et de relèvement rapide. Les principes applicables sont ceux d'un programme unique, avec une relation hiérarchique clairement définie, dotée de ses propres personnels, de son budget, de ses règles et procédures et d'un ensemble de critères normalisés de performance.

Le Programme OMS de gestion des situations d'urgence sanitaire complète le rôle technique et normatif traditionnel de l'OMS et fournit de nouvelles capacités et de nouveaux moyens opérationnels aux interventions en cas de flambées épidémiques et de situations d'urgence humanitaire.

Les évolutions susmentionnées devraient aboutir à la création d'une OMS capable de faire face aux menaces sanitaires mondiales et de fournir un appui plus efficace aux pays en cas de flambée épidémique et de situation d'urgence, avec une meilleure coordination et un déploiement plus rapide des experts. Ces capacités ont été mises à l'épreuve au premier trimestre 2016 lorsque la République d'Angola et la République démocratique du Congo ont connu des flambées épidémiques de fièvre jaune.



2. LES FLAMBÉES DE FIÈVRE JAUNE EN ANGOLA ET EN RÉPUBLIQUE DÉMOCRATIQUE DU CONGO

Informations générales sur la fièvre jaune

La fièvre jaune est causée par un virus (*Flavivirus*) transmis à l'homme par piqûre de moustiques infectés des genres *Aedes* et *Haemogogus*. Les moustiques se reproduisent autour des maisons (habitat domestique), dans les forêts ou dans la jungle (habitats sauvages), voire dans les deux habitats (semi-domestiques). Au cours de la seconde moitié du XXe siècle, les modes de transmission les plus fréquents du virus de la fièvre jaune étaient soit selvatiques – où le réservoir animal (primates non humains vivant dans la forêt ou la jungle) – infecte les moustiques arboricoles tels que *Haemogogus* (en Amérique) et *Aedes spp.* (En Afrique), qui à leur tour piquent les humains qui entrent dans la forêt pour chasser ou travailler ; soit intermédiaires – où diverses espèces de moustiques *Aedes* se déplaçant entre la forêt et les établissements humains sont impliquées, les humains servant d'hôtes dans le cycle de transmission. Ce cycle peut se produire dans les villages et les petites villes, dans ce que l'on appelle la « zone d'émergence » en Afrique, mais de grandes flambées sont survenues lorsque des personnes infectées de ces établissements ruraux se sont déplacées vers les centres urbains. Il existe aussi la transmission en milieu urbain induite par le moustique de type *Aedes aegypti*, qui est capable de favoriser la transmission interhumaine sans avoir à retourner dans la faune. Les flambées urbaines sont particulièrement mortelles et perturbatrices et plus susceptibles de provoquer une propagation internationale.

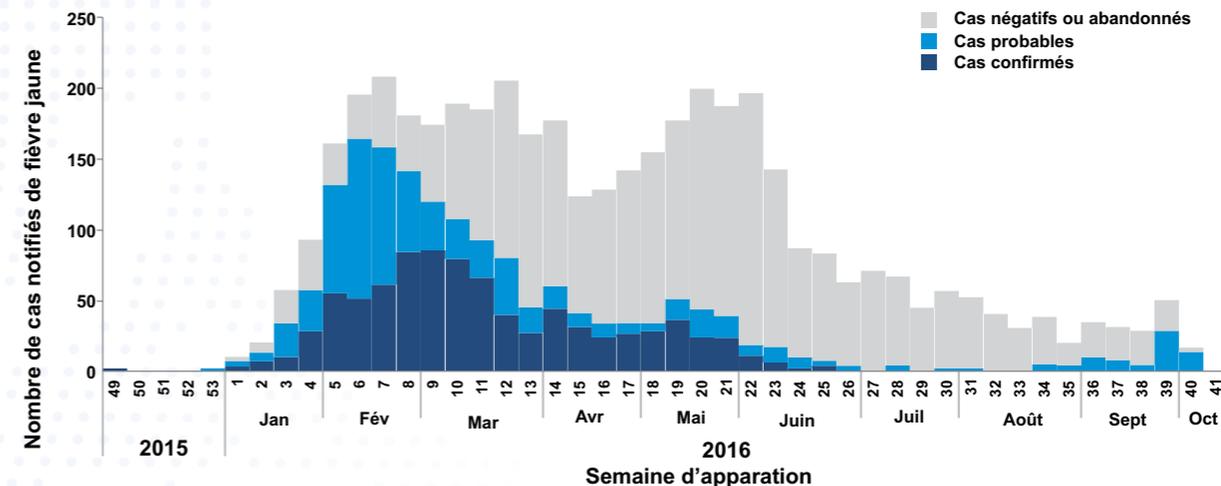
7 Organisation mondiale de la Santé (2010). Initiative Fièvre jaune : offrir la chance de toute une vie (N° WHO/HSE/GAR/ERI/2010.3).

Le monde a en grande partie oublié la menace que représente la fièvre jaune, mais il y a un peu plus d'un siècle, elle semait la panique sur son passage, décimant les populations des villes, détruisant les économies et entraînant des choix politiques forts. Malgré la disponibilité d'un vaccin qui confère une immunité à vie et en dépit des capacités accrues en matière de surveillance et de riposte, au moins 440 millions de personnes sont exposées au risque de contracter la fièvre jaune. En effet, la couverture vaccinale nationale pour la fièvre jaune n'est pas encore optimale, d'où la fréquence des épidémies. Pour riposter aux flambées fréquentes de fièvre jaune en Afrique de l'Ouest, depuis 2015, l'initiative Fièvre jaune⁷ a apporté son appui aux initiatives visant à réduire la charge de morbidité imputable à cette maladie, en renforçant les capacités d'évaluation des risques et de surveillance ; en élargissant la vaccination et la riposte aux flambées ; et en garantissant la disponibilité des vaccins, tout comme le suivi de la qualité et de l'efficacité des interventions.. Même si la fièvre jaune ne peut pas être éradiquée, les épidémies peuvent être éliminées si les niveaux d'immunité de la population sont effectivement élevés grâce à la vaccination de masse, qui doit elle-même être étayée par la vaccination systématique des enfants. La flambée épidémique de fièvre jaune survenue en 2016 en Angola et en République démocratique du Congo a clairement démontré que cette maladie constitue toujours un risque sanitaire grave dans la région et en dehors de celle-ci.

Évolution des flambées de fièvre jaune survenues en 2016

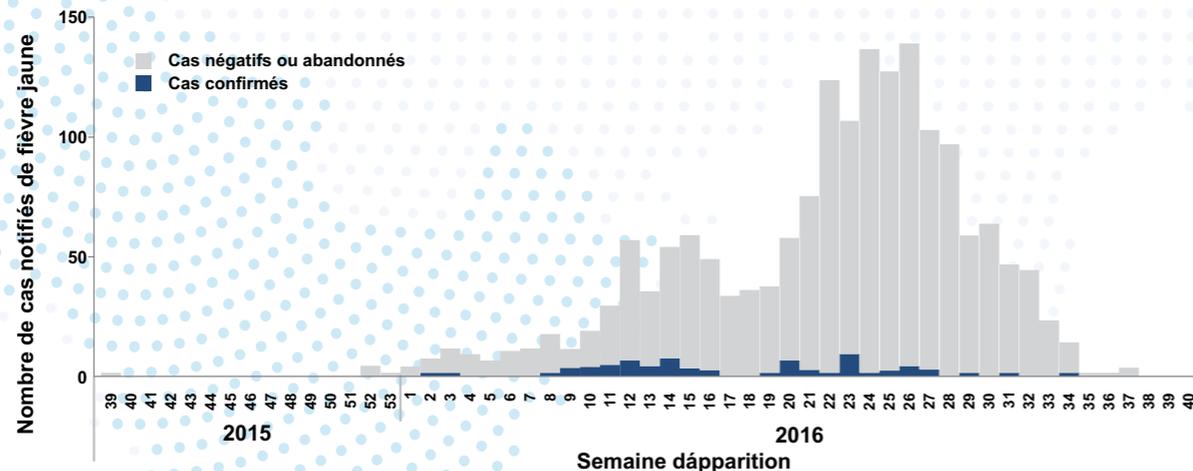
Angola. En janvier 2016, des cas de fièvre jaune ont été notifiés en Angola, d'abord au sein de la communauté érythréenne puis dans la population locale. La flambée s'est déclarée le 5 décembre 2015 dans la commune de Viana. Elle s'est ensuite propagée à l'ensemble du pays et aux pays voisins, notamment en République démocratique du Congo. Du 5 décembre 2015 au 13 juin 2016, en tout 4306 cas suspects, pour 376 décès, ont été recensés en Angola, soit un taux de mortalité de 8,8 % (figure 1). Ces chiffres tiennent compte des 884 cas confirmés en laboratoire, qui ont fait 121 décès (taux de létalité : 13,7 %). Au moment où l'épidémie a été déclarée sous contrôle, des cas suspects avaient été notifiés dans toutes les 18 provinces du pays, alors que des cas confirmés avaient été signalés dans 80 districts de 16 provinces et des cas de transmission autochtone dans 45 districts de 12 provinces. Le dernier cas confirmé a été notifié en 2019, date à laquelle le nombre de cas probables et confirmés avait considérablement diminué.

Figure 1. Nombre hebdomadaire de cas confirmés, probables et négatifs de fièvre jaune au niveau national en Angola, du 5 décembre 2015 au 13 octobre 2016



République démocratique du Congo. Des cas de transmission locale de fièvre jaune ont été notifiés à partir de mars 2016 à Kongo Central et à Kinshasa. Cette transmission locale a été établie après la propagation transfrontalière de la flambée à partir de l'Angola. Du 1er janvier au 26 octobre 2016, au total 2987 cas suspects ont été recensés dans les 26 provinces du pays. Sur ce nombre, 78 cas ont été confirmés en laboratoire par l'Institut national de recherche biomédicale (INRB), le laboratoire national de référence en République démocratique du Congo. Seize décès sont survenus parmi les cas confirmés, soit un taux de létalité de 21 %. Sur les 78 cas confirmés signalés dans huit provinces, 57 cas étaient des infections contractées en Angola, 13 étaient des cas autochtones et huit étaient des cas de transmission selvatique (non liés au foyer). Au 30 juin 2016, le nombre de cas notifiés avait considérablement diminué (figure 2).

Figure 2 : Nombre hebdomadaire de cas confirmés, probables et négatifs de fièvre jaune en au niveau national en République démocratique du Congo, du 21 septembre 2015 au 26 octobre 2016*



La riposte aux flambées épidémiques de fièvre jaune enregistrées en 2016 et résultats

Pour rapidement endiguer l'épidémie, l'OMS et ses partenaires ont fourni un appui administratif, technique, logistique et financier aux deux pays. Conformément aux prescriptions du cadre d'action d'urgence, les deux événements ont été classés dans la catégorie 2 et un système de gestion des incidents a été mis en place dans les 48 heures suivant cette classification. Les équipes chargées de la gestion des incidents ont coordonné la riposte globale aux flambées dans les deux pays, ce qui s'est traduit par une forte diminution du nombre de cas confirmés à la fin du mois de juin 2016.

Au rang des principales stratégies de lutte figuraient le renforcement de la coordination, la surveillance épidémiologique, la confirmation en laboratoire, les interventions de lutte antivectorielle, la communication sur les risques, la mobilisation sociale et la collaboration avec les communautés, ainsi que la prise en charge et les campagnes de vaccination préventive ou réactive. Ces stratégies ont été facilitées par la mise en place de partenariats solides et une mobilisation efficace des ressources.

La prise en main par les pouvoirs publics et le rôle de chef de file joué par les gouvernements.

Les gouvernements de l'Angola et de la République démocratique du Congo doivent être félicités pour avoir déclaré rapidement les flambées, en application des prescriptions du RSI. L'OMS et les partenaires ont apporté leur appui aux interventions menées à l'initiative des pouvoirs publics. Dans ces deux pays, les autorités centrales, les collectivités locales, les autorités religieuses et les chefs traditionnels ont fait preuve d'un engagement résolu.

Dans le cadre de la stratégie de riposte aux flambées, chacun des deux pays a mis en place un comité national de riposte placé sous la direction du Ministre de la santé et chargé de coordonner la riposte. Ce comité tient des réunions hebdomadaires avec d'autres départements ministériels (éducation, intérieur, administration territoriale, défense), des organismes du système des Nations Unies et d'autres partenaires bilatéraux et multilatéraux. Plusieurs sous-comités ont été créés pour traiter les questions techniques, notamment les capacités de surveillance, de recherche et de laboratoire ; la vaccination et la logistique ; la gestion des cas ; la lutte antivectorielle intégrée ; la mobilisation sociale ; et l'hygiène et l'assainissement. Les mêmes structures de coordination ont été établies aux niveaux provincial et municipal grâce à l'implication résolue des gouverneurs, des maires et des commissions locales, telles que la commission pour la protection civile en Angola.

La riposte a bénéficié d'une volonté politique résolue. En Angola, par exemple, les pouvoirs publics ont alloué US \$40 millions à la riposte, dont US \$30 millions ont été consacrés à l'achat de vaccins et US \$10 millions aux opérations. Dans les deux pays, les autorités administratives et politiques à tous les niveaux ont été impliquées dans l'organisation et la conduite des campagnes de vaccination réactive.

Les autorités en charge de la santé ont intensément collaboré avec les responsables religieux et traditionnels. Les églises ont joué un rôle prépondérant dans la mobilisation sociale et la communication des risques. Elles ont largement contribué à rectifier les informations erronées et les préjugés au sujet de la maladie. Les églises ont par exemple facilité la sensibilisation et la mobilisation des populations, en les invitant à se rendre dans les hôpitaux pour recevoir le traitement approprié et se faire vacciner. Les chefs traditionnels ont été formés à communiquer des informations et des messages précis. Ils ont également participé non seulement à la notification des cas suspects et des personnes non vaccinées dans leurs communautés, mais aussi à l'approvisionnement des agents chargés des campagnes de vaccination en denrées alimentaires.

La coordination. Les équipes de gestion des incidents ont été créées pour coordonner l'appui aux interventions dirigées par les autorités. Cette coordination intégrait des liens fonctionnels avec le mécanisme de coordination du Ministère de la santé. Des centres d'opérations sanitaires stratégiques, également appelés centres d'opérations d'urgence, ont été mis en place dans ces deux pays afin de coordonner la riposte. Des réunions de coordination régulières et des téléconférences ont été organisées aux niveaux régional et mondial.

La surveillance. Les définitions de cas de fièvre jaune et les directives en matière de surveillance ont été révisées dans les pays touchés ; des mécanismes de notification quotidienne ont été mis en place. Des travailleurs de la santé et des volontaires communautaires ont été formés à la détection et la notification des cas, ainsi qu'au prélèvement des échantillons et leur transport vers les laboratoires de référence. Des comités de classification des cas ont été établis pour la catégorisation finale des cas. Un appui technique a été fourni avec le déploiement dans les districts sanitaires touchés d'épidémiologistes internationaux et nationaux qualifiés. Des rapports de situation, des rapports d'enquête, des bulletins et autres produits d'information ont été régulièrement élaborés et diffusés.

La confirmation en laboratoire. La confirmation en laboratoire joue un rôle-clé dans la gestion des flambées épidémiques. Les capacités des laboratoires nationaux de référence des deux pays ont été renforcées par le déploiement de laboratoires mobiles. Des experts de laboratoire ont été déployés pour fournir un appui au laboratoire national de référence. Le stock de réactifs a été régulièrement reconstitué afin d'éviter les ruptures de stock et les résultats de laboratoire ont été diffusés quotidiennement pour permettre une prise de décision rapide.

Les interventions de lutte antivectorielle. Sur la base des indices entomologiques des deux pays, des stratégies et plans d'action de lutte antivectorielle ont été élaborés et mis en œuvre. Les principales actions menées auront été la pulvérisation d'insecticides, la destruction des sites de reproduction des moustiques, la gestion environnementale et l'assainissement.

La communication sur les risques, la mobilisation sociale et la collaboration avec les communautés. Des plans d'action pour la communication ont été élaborés et mis en œuvre dans les deux pays. Des experts en communication sur les risques ont été déployés dans les pays touchés dans le but de gérer la communication avec les médias et d'appliquer des approches interpersonnelles.

La prise en charge des cas. Les directives sur la prise en charge ont été actualisées et diffusées. Certains hôpitaux ont été choisis et désignés pour assurer la prise en charge des cas. Des moyens de transport des patients vers les hôpitaux désignés ont été mis en place. Des médicaments et d'autres moyens logistiques pour la prise en charge ont aussi été mis à disposition.

Les campagnes de vaccination préventive ou réactive. La vaccination réactive – (les campagnes de vaccination menées lorsqu'une flambée épidémique se déclare) et les activités de vaccination préventive de masse (dans les régions où aucune flambée n'a été déclarée) constituaient un élément-clé des stratégies de lutte contre les flambées de fièvre jaune. Plus de 29,4 millions de doses de vaccin ont été livrées à l'Angola et à la République démocratique du Congo, respectivement. En Angola, des campagnes de vaccination réactive ou préventive à doses complètes ont été menées dans 73 districts, avec un nombre cumulé de 16 002 820 personnes vaccinées, soit 95 % de la population cible.

Utilisation innovante des vaccins. En raison de l'approvisionnement limité en vaccin à l'échelle mondiale, l'OMS a consulté les experts mondiaux de l'administration d'urgence d'une dose fractionnée du vaccin anti-amaril. Ce constat était fondé sur des études ayant démontré qu'un cinquième de la dose de référence pourrait conférer une immunité d'un an ou plus. L'approche consistant à administrer une dose fractionnée a été utilisée pour endiguer la flambée à Kinshasa (avec une population de 10 millions d'habitants) avant l'augmentation prévue du nombre de moustiques pendant la saison des pluies.

Les campagnes réactives avec des doses complètes ont été menées dans 31 zones de santé, et des campagnes préventives avec des doses fractionnées (un cinquième de la dose habituelle) ont été menées dans 32 zones de santé à Kinshasa en moins de deux semaines. Le personnel du programme de lutte contre la poliomyélite a été rapidement redéployé pour mener les campagnes de vaccination contre la fièvre jaune.

Le principal résultat des mesures mentionnées ci-dessus a été une forte diminution du nombre de cas, l'atténuation et la prévention d'une flambée urbaine imminente à Kinshasa et, finalement, la déclaration de la flambée comme confinée.

Enseignements tirés

Les flambées qui ont sévi en 2016 en Angola et en République démocratique du Congo ont été les plus importantes épidémies de fièvre jaune de l'histoire récente. La flambée en Angola s'est prolongée et s'est largement propagée depuis son épïcêtre initial de Luanda. Elle s'est propagée à 123 districts dans 18 provinces avec 884 cas confirmés en laboratoire, dont 121 décès (taux de létalité de 13,7 %).⁸ Les cas notifiés en Angola se sont propagés à la République démocratique du Congo, au Kenya et à la Chine, la transmission locale s'étant établie en République démocratique du Congo. C'est la preuve que la fièvre jaune est un problème mondial qui représente un risque grave pour la sécurité sanitaire et nécessite de nouvelles actions stratégiques.

Ces flambées ont mis en évidence le besoin urgent de renforcer les systèmes de surveillance avec une forte composante d'investigation sur les rumeurs, de surveillance des événements, de surveillance communautaire et des mécanismes d'alerte précoce. Ces flambées ont aussi fait ressortir la nécessité de renforcer le Règlement sanitaire international dans la Région africaine, tout comme le besoin impérieux d'adopter une stratégie qui vise à éliminer les flambées de fièvre jaune.

⁸ OMS, Rapport de situation sur la flambée de fièvre jaune, Angola, Organisation mondiale de la Santé, décembre 2016.

Les principaux enseignements ci-après ont été tirés

Il faut remédier à la faible couverture vaccinale pour améliorer l'immunité de la population.

La limitation de la vaccination systématique aux enfants de moins de 11 mois et le refus des prestataires de soins d'ouvrir un flacon de 10 ou 20 doses pour traiter un seul enfant sont autant de sources de préoccupation majeure. Par ailleurs, l'approvisionnement en vaccins se fait toujours en priorité pendant les situations de riposte à des flambées plutôt qu'en situation de prévention. Par conséquent, la couverture vaccinale des enfants est trop faible pour garantir une immunité collective suffisante. En raison de priorités concurrentes en matière d'introduction de vaccins et de l'absence de volonté politique, aucun nouveau pays n'a introduit le vaccin contre la fièvre jaune dans les programmes nationaux de vaccination systématique depuis 2008. Tous les moyens doivent être déployés pour accroître la couverture vaccinale des enfants contre la fièvre jaune afin de maintenir une immunité suffisante au sein de la population.

Le problème de l'approvisionnement limité en vaccins et des stocks d'urgence insuffisants à l'échelle mondiale doit être réglé :

entre 2013 et 2015, quinze des 23 pays ayant introduit le vaccin anti-amaril dans leurs programmes de vaccination systématique ont signalé des ruptures de stocks de vaccins contre la fièvre jaune au niveau national. En conséquence, la couverture vaccinale a stagné. Avant les épidémies en Angola et en République démocratique du Congo, seulement six millions de doses étaient conservées chaque année à titre de stocks d'urgence pour faire face à toute flambée de fièvre jaune. En 2016, le stock d'urgence de vaccins contre la fièvre jaune a été reconstitué deux fois et a dépassé 18 millions de doses, le but étant de permettre l'organisation de la riposte aux flambées de fièvre jaune survenues en Angola, en République démocratique du Congo et en Ouganda. Pour que la lutte contre les flambées de fièvre jaune soit efficace, la demande et l'offre doivent s'harmoniser pour que la stratégie de réduction des risques soit efficace et mise en œuvre en temps voulu. Cela nécessitera un engagement soutenu des diverses parties prenantes, ainsi que des mécanismes solides de prévision des besoins et de mise en forme du marché.



Une gouvernance et une coordination mondiales plus fortes grâce à une application plus efficace du RSI sont nécessaires : les prescriptions relatives à la vaccination contre la fièvre jaune sont clairement énoncées dans le RSI (2005), mais leur application est loin d'être optimale.⁹ Les efforts déployés par le passé pour lutter contre les flambées de fièvre jaune n'ont pas été suffisamment harmonisés et n'ont pas permis de rassembler les partenaires autour d'une vision commune et d'un mécanisme unique, coordonné et efficace. Des fonctions essentielles telles que la surveillance, la capacité des laboratoires et la prise en charge n'ont souvent pas été exercées selon une approche intégrée. Malgré l'existence de réseaux nationaux de laboratoires utilisant des méthodes et des outils normalisés pour la détection précoce et la confirmation de la fièvre jaune, la capacité des laboratoires reste insuffisante. Une gouvernance participative forte, le recrutement de ressources humaines appropriées et un engagement financier viable à tous les niveaux seront la clé du succès de la stratégie d'élimination des flambées de fièvre jaune.

Les flambées de fièvre jaune dans les centres urbains doivent faire l'objet d'une attention particulière : l'urbanisation rapide et non planifiée, la forte croissance démographique, la faible immunité collective des populations et les mouvements de population à destination et en provenance des zones touchées créent des conditions qui accroissent la transmissibilité de la fièvre jaune. Il est difficile et coûteux de faire face aux flambées épidémiques dans les grands centres urbains à cause de l'amplification rapide de ces flambées et du risque de propagation internationale, ce qui a un impact négatif sur la santé publique, l'économie, la société et sur le plan politique.

Un engagement politique fort aux niveaux mondial, régional et national est nécessaire : dans les pays les plus exposés aux flambées de fièvre jaune, il est essentiel que les dirigeants s'engagent à prévenir les épidémies et à y faire face. Les campagnes et stratégies ne peuvent fonctionner que si la prise en main est effective dans les pays. Lorsque les stratégies de santé publique, y compris la vaccination, sont efficaces, c'est essentiellement parce que les populations locales ont travaillé sans relâche pour améliorer leur propre santé et sont déterminées à améliorer l'état de santé de la nation.

⁹ OMS, Application du Règlement sanitaire international (2005) dans la Région africaine, Luanda, Organisation mondiale de la Santé, 2012 (AFR/RC62/12)



3. PERSPECTIVES

Les flambées de fièvre jaune qui ont sévi en Angola et en République démocratique du Congo ont créé un besoin urgent de plus de 28 millions de doses de vaccin, ce qui a épuisé le stock mondial existant. La flambée a aussi détourné l'attention des autorités sanitaires et a impacté les systèmes de santé des deux pays. Les exportations internationales plus importantes de l'Angola vers d'autres pays, dont la Chine, ont montré que la fièvre jaune constitue une menace mondiale grave qui appelle une nouvelle réflexion stratégique.

À la suite de ces épidémies, *une stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune (2017-2016)* a été élaborée par l'OMS et une coalition de partenaires, dont le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) et Gavi, l'Alliance du vaccin. Cette stratégie tient compte de l'évolution de l'épidémiologie de la fièvre jaune, de la résurgence des moustiques vecteurs de cette maladie et du risque accru d'épidémies urbaines et de propagation internationale. La stratégie cible les pays les plus vulnérables, tout en s'attaquant au risque à l'échelle mondiale, en renforçant la résilience dans les centres urbains et la préparation dans les zones à risque d'épidémies et en assurant un approvisionnement fiable en vaccins. Les objectifs de la stratégie sont les suivants : protéger les populations à risque, prévenir la propagation internationale et contenir rapidement les épidémies.

En vue d'atteindre ces objectifs, il est fondamental de disposer d'une capacité de diagnostic¹⁰ et de surveillance solide et centrée sur les pays pour détecter rapidement tous les cas de fièvre jaune. L'Afrique est une région prioritaire, avec 27 pays exposés à la menace de flambées de fièvre jaune. Le diagnostic de la fièvre jaune est complexe et nécessite un personnel et des protocoles hautement spécialisés.

Actuellement, un nombre limité de laboratoires sont capables de diagnostiquer de façon incontestable la fièvre jaune en Afrique. Toutefois, des initiatives sont en cours pour améliorer la disponibilité des tests de diagnostic pour la sérologie et le test moléculaire.

¹⁰ Strengthening country capacity for Yellow Fever diagnostics: Yellow Fever at the International Conference on Re-Emerging Infectious Disease in Addis Ababa, Ethiopia, 22 March 2019. <https://www.who.int/emergencies/diseases/yellow-fever/international-conference-on-emerging-infectious-diseases/en/>



Les principaux domaines d'action comprennent le renforcement des systèmes d'information, un transport efficace des échantillons et des réseaux de laboratoires coordonnés pour faire en sorte que les premiers signes d'une flambée puissent être rapidement évalués. Ces fonctions présentent aussi des avantages transversaux pour d'autres maladies infectieuses à potentiel épidémiques.

Le Comité régional de l'OMS pour l'Afrique a adopté, en 2017, un cadre pour soutenir la mise en œuvre de la stratégie mondiale pour l'élimination des épidémies de fièvre jaune. Animé de la vision d'« une Région exempte d'épidémies de fièvre jaune », l'objectif est d'éliminer les épidémies de fièvre jaune dans la Région africaine d'ici à 2026. Les buts poursuivis sont de protéger les populations des 35 pays à risque par la vaccination préventive et systématique, de prévenir la propagation internationale de la fièvre jaune par la vaccination des voyageurs et par un dépistage rigoureux et une vaccination sur place des personnes non vaccinées aux principaux points d'entrée, et de détecter, confirmer et contenir rapidement les flambées.

Guidé par ce cadre, le Secrétariat de l'OMS dans la Région africaine prête assistance aux États Membres pour qu'ils puissent organiser des évaluations de risques et des campagnes de rattrapage ; appliquer le RSI (2005) ; vacciner tous les habitants des zones ou pays à haut risque de contamination de fièvre jaune ; améliorer la vaccination systématique et vacciner chaque enfant ; protéger les travailleurs à haut risque ; construire des centres urbains résistants et élaborer des plans de préparation ; soutenir la surveillance et la lutte antivectorielle dans les villes ; renforcer la surveillance et le dépistage précoce ; créer des réseaux régionaux et sous régionaux ; et stimuler une intervention rapide en cas d'épidémie.

Le Secrétariat intensifiera sa collaboration avec tous les pays à risque pour que les interventions mentionnées ci-dessus soient mises en œuvre. C'est le seul moyen de mettre la Région africaine de l'OMS à l'abri d'autres flambées de fièvre jaune. Le Secrétariat redoublera d'efforts dans les pays à risque pour s'assurer qu'à l'avenir, la Région africaine de l'OMS soit exempte de toute épidémie de fièvre jaune.



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique



Organisation
mondiale de la Santé

BUREAU RÉGIONAL DE L'

Afrique

P. O. Box 06, Djoue | Brazzaville | Congo
Tel | 00 47 241 39437
Website | www.afro.who.int