

**GUIDE POUR L'INTRODUCTION DE LA
SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE
ET LA RIPOSTE DANS LES PROGRAMMES
DES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION EN
SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE
L'OMS**



BUREAU RÉGIONAL DE L'

**Organisation
mondiale de la Santé**

Afrique

GUIDE POUR L'INTRODUCTION DE LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE DANS LES PROGRAMMES DES ÉTABLISSEMENTS DE FORMATION EN SANTÉ DANS LA RÉGION AFRICAINE DE L'OMS

**Programme de Surveillance Intégrée de Maladies
Groupe Organique chargé de la sécurité et des urgences sanitaire**

**Organisation Mondiale de la Santé
Bureau Régional pour l'Afrique
Brazzaville · 2015**

OMS/AFRO Catalogue de Bibliothèque – dans – Publication de données

Guide pour l'introduction de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans les programmes des établissements de formation en santé dans la région africaine de l'OMS

1. Monitoring Epidémiologique
2. Control des Maladies Transmissibles – administration et organisation
3. Surveillance Sentinelle
4. Prestations de soins de santé, Intégré

5. Ecoles
6. Guide
- I. Organisation Mondiale de la Santé. Bureau Régional pour l'Afrique

ISBN: 978-929023296-4

(NLM Classification: WA 105)

© Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 2015

Les publications de l'Organisation mondiale de la Santé bénéficient de la protection par les dispositions du protocole n° 2 de la Convention pour la Protection du Droit d'Auteur. Tous droits réservés. Il est possible de se procurer la présente publication auprès de la Bibliothèque du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, B.P. 6, Brazzaville, République du Congo (téléphone : +47 241 39100; télécopie : +47 241 39507 ; courriel : afrgoafrobooks@who.int). Les demandes relatives à la permission de reproduire ou de traduire la présente publication – que ce soit pour la vente ou une diffusion non commerciale – doivent être envoyées à la même adresse.

Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé 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 lignes en pointillé 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 n'implique pas que ces firmes et ces produits commerciaux sont agréés ou recommandés par l'Organisation mondiale de la Santé, 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 mesures raisonnables pour vérifier l'exactitude des informations contenues dans la présente publication. Toutefois, cette publication est diffusée sans aucune garantie, fut-elle expresse ou sous-entendue. Le lecteur est responsable de l'interprétation des informations qu'elle contient et de l'utilisation qui en est faite. L'OMS ne peut en aucun cas être tenue responsable des dommages qui pourraient découler de l'utilisation de ces informations.

Imprimé en République du Congo

TABLE DES MATIERES

ABRÉVIATIONS	V
REMERCIEMENTS	IV
Résumé d'orientation	1
I. Contexte et justification	2
1. Surveillance intégrée de la maladie et riposte	2
2. Règlement sanitaire international (2005)	4
3. Renforcement des capacités de la SIMR/RSI	5
III. Objectifs:	8
IV. Groupes cible	8
V. Définition des concepts de la SIMR ²	9
VI. Description des méthodes de formation	11
VII. Principales étapes pour l'introduction de la SIMR dans les programmes des établissements de formation en santé	12
VIII. Suivi, évaluation et pérennité	13
Références	14
Annexes	15
Annexe 1: Termes de référence du Groupe de Réflexion sur la formation pré-service.....	16
Annexe 2: Feuille de route pour la mise en œuvre du guide.....	17
Annexe 3: Modules de formation en dernière année d'enseignement théorique dans les écoles de médecine ou les établissements paramédicaux/Niveau intermédiaire (Heures d'enseignement).....	17

ABRÉVIATIONS

AFRO Regional Office for Africa

EPI Expanded Programme on Immunization

EVD Ebola virus disease

FELTP Field Epidemiological and Laboratory Training Programme

HIV human immunodeficiency virus

HMIS Health Management Information System

IDSR integrated disease surveillance and response

IHR International Health Regulations (2005)

IMCI integrated management of childhood illnesses

NGO nongovernmental organization

RC Regional Committee

SARS severe acute respiratory syndrome

WHO World Health Organization

REMERCIEMENTS

Ce document a été préparé par le bureau régional de l'Organisation Mondiale de la Santé pour l'Afrique. Les personnels listés ci-dessous ont joué des rôles variés durant son développement.

Compilé et édité par:

Dr Ali Ahmed Yahaya,
Conseiller Régional, Surveillance Intégrée des Maladies
Groupe organique, Santé sécuritaire et urgence
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo;

Dr Ibrahima-Socé FALL,
Directeur, Groupe organique Sécurité Sanitaire et urgences,
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo;

Auteurs

Les personnes listées ci-dessous ont participé à différents étapes de l'écriture et de révision du document.

- Dr Saïnda Mohamed, Bureau de l'OMS pays, Comores;
- Dr Peter Gaturuku,
- Dr Soatiana Cathycia Rajatonirina, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo;
- Dr Vincent Dossou Sodjinou, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo;
- Dr Honoré Djimrassingar, Bureau de l'OMS pays, Chad;
- Dr Corera Choueibou, OMS bureau inter pays , Ouagadougou, Burkina Faso;
- Dr EL Khalef Ishagh, Bureau de l'OMS pays Gabon
- Dr Djona Atchenemou Avocksouma, Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Brazzaville, République du Congo;
- Dr Noel Djemadji-Oudjiel, Bureau de l'OMS pays, Chad;
- Dr Grace Saguti, Bureau de l'OMS pays, Tanzania;
- Dr Sally-Ann Ohene, Bureau de l'OMS pays, Ghana;
- Dr Charles Okot, Bureau de l'OMS pays, Uganda;
- Dr Joyce Onsongo, , Bureau de l'OMS pays, Kenya;
- Dr Mugo Muita, OMS Genève;
- Dr Phillipe Gasquet , OMS Genève;

Reviewers

- Dr Helen Perry, Centers for Disease Control & Prevention (CDC), Atlanta, USA;
- Dr Samuel Sackey, Ecole de Santé publique, Université du Ghana;
- Dr Dismas Ongore, Ecole de Santé publique, Université du Nairobi, Kenya;
- Dr Patrick Mboya Nguku, Réseau des épidémiologies de terrain en Afrique, Nigeria;
- Dr Solomon Demamu Yigeremu, Faculté de la science de la santé, Université de Namibia

Résumé d'orientation

Au cours des quinze dernières années, deux étapes majeures, tant au niveau mondial que régional, ont démontré le rôle essentiel de la surveillance de la maladie en Afrique, par le biais de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) et du Règlement sanitaire international (RSI) 2005. Ces mesures importantes étaient destinées à renforcer les capacités des États membres leur permettant de développer leurs capacités fonctionnelles pour la détection précoce et la réponse aux maladies, affections et événements prioritaires qui touchent leurs populations.

La mise en œuvre réussie de la SIMR et du RSI nécessite un personnel formé et compétent. La principale stratégie qui a été la formation en cours d'emploi a été entravée par le nombre insuffisant et la forte rotation du personnel. L'une des voies efficaces et efficaces d'accroître la disponibilité de ressources humaines qualifiées pour la SIMR est d'incorporer celle-ci dans les programmes des institutions chargées de la formation du personnel de santé pré-service, notamment les écoles de santé publique, les écoles de médecine, les écoles d'infirmiers/infirmières, les écoles de formation en santé, les écoles vétérinaires, les collèges de formation de niveau intermédiaire, les programmes de formation en épidémiologie de terrain.

L'Inclusion des modules de la SIMR dans les programmes pré-emploi fera en sorte que la formation soit adaptée aux exigences de l'emploi et accroîtra la réputation de la formation. Plus important encore, elle assurera un approvisionnement fiable et continu de personnels bien formés, prêts à être utilisés pour la SIMR, afin de relever le défi actuel posé par la multiplication des événements de santé publique dans la région.

L'objectif global de ce Guide est présenté et souligne comment promouvoir l'incorporation des connaissances et compétences de la SIMR dans les établissements de formation en santé pré-service et contribuer à la pérennisation des capacités nationales de surveillance et de riposte dans la Région africaine. Le groupe cible de ce guide est abordé. Les concepts de la SIMR, ainsi que les niveaux du système de santé qui devraient jouer un rôle spécifique dans la mise en œuvre de la SIMR sont également définis. Ceci est suivi par la description des méthodes de formation.

Les principales étapes de l'introduction de la SIMR dans les programmes des établissements de formation en santé sont également décrites. Les autres faits saillants relevés sont notamment l'adaptation et la validation du guide, la stratégie de formation et la préparation des plans de mise en œuvre. La mise en œuvre du plan ainsi que la documentation des leçons apprises est également décrite. Le suivi et l'évaluation ainsi que la pérennité sont aussi abordés.

I. Contexte et justification

Au cours des quinze dernières années, deux étapes majeures, tant au niveau mondial que régional, ont démontré le rôle essentiel de la surveillance de la maladie en Afrique, par le biais de la **surveillance intégrée de la maladie et la riposte (SIMR) et du Règlement sanitaire international (RSI) 2005**. Ces mesures importantes étaient destinées à renforcer les capacités des États membres leur permettant de développer leurs capacités fonctionnelles pour la détection précoce et la réponse aux maladies, affections et événements prioritaires qui touchent leurs populations. La mise en œuvre réussie de la SIMR et du RSI nécessite un personnel formé et compétent. La stratégie qui était orientée vers la formation en cours d'emploi a malheureusement été entravée par le nombre insuffisant et la forte rotation du personnel.

1. Surveillance intégrée de la maladie et riposte

La première étape a été l'adoption de la stratégie de surveillance intégrée de la maladie (SIM), au cours de la quarante-huitième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique qui a eu lieu en Septembre 1998 à Harare (Zimbabwe). Les États membres ont adopté la résolution AFR / RC48 / R2 appelant à l'amélioration de la disponibilité et de l'utilisation des données de surveillance pour la prise de décision en matière de santé publique à tous les niveaux du système de santé national. Compte tenu de la corrélation entre l'information et la mesure de riposte, la stratégie a été mise à jour et renommée surveillance intégrée de la maladie et riposte, ou SIMR. La stratégie globale visait à renforcer les capacités de détection, de confirmation et de riposte face aux cas suspects et aux flambées, et d'utilisation de l'information pour prévoir et planifier en cas d'événements de santé publique, à tous les niveaux du système de santé. Le but d'une approche SMIR entièrement fonctionnelle était de contribuer à la réduction de la morbidité, de la mortalité et des invalidités causées par des menaces de maladies déjà connues pour le bien-être des communautés africaines. La stratégie SIMR favorise la mise au point et en œuvre de systèmes intégrés pour la détection, la notification, la confirmation, les investigations et la riposte par rapport aux données de surveillance à tous les niveaux du système de santé. La SIMR a ciblé, pour commencer, 19 maladies et affections transmissibles prioritaires.¹

La première édition du Guide technique SIMR (2001) a été largement adoptée et adaptée dans les 46 États Membres de la Région africaine de l'OMS. Bien que les pays et leurs partenaires aient investi des ressources considérables dans le renforcement de leurs capacités de détection et de confirmation des menaces pour la santé publique, les progrès ont été mitigés en matière de respect des critères d'un système de surveillance coordonnée et intégrée de santé publique. Par exemple, au niveau national, tous les pays ont mis en place des structures nationales de surveillance et ont identifié les maladies ou affections

prioritaires devant faire l'objet de la surveillance. Toutefois, en ce qui concerne la préparation et la réponse aux situations d'urgence, seuls 24 des 45 pays qui ont rempli le questionnaire d'auto-évaluation en 2010 sur les progrès accomplis dans la mise en œuvre de la stratégie SIMR, ont indiqué qu'ils avaient mis en place un centre chargé de coordonner et contrôler les opérations en cas d'épidémie ou d'autres urgences sanitaires. En outre, l'auto-évaluation de 2010 a indiqué que sur les 4386 districts de santé dans 45 pays, 3801 (86%) avaient entamé la mise en œuvre de la SMIR 12 mois avant l'évaluation, et plusieurs pays avaient commencé à inclure la surveillance des maladies non transmissibles.¹

Bien que des mesures aient été prises pour instaurer la SIMR dans les pays au niveau national, un certain nombre de problèmes continuent à entraver la mise en œuvre au niveau des districts², notamment:

- (a) L'insuffisance du personnel pour la gestion du programme SIMR et rotation fréquente du personnel;
- (b) L'équipement et la formation inadéquats des équipes d'intervention rapide;
- (c) L'insuffisance des capacités pour la confirmation en laboratoire;
- (d) L'absence de leadership et de mécanisme de coordination;
- (e) L'absence de comités de prise en charge des épidémies et des urgences;
- (f) L'insuffisance d'infrastructures logistiques et de communication;
- (g) L'utilisation insuffisante et incohérente des indicateurs de base de la SIMR pour le suivi et l'évaluation des rendements à tous les niveaux.

Des bonnes pratiques ont été relevées dans l'auto-évaluation de 2010, en particulier sur l'intégration des ressources destinées à la surveillance et aux interventions. En fait, la SIMR encourage l'utilisation rationnelle des ressources en intégrant et en canalisant les ressources et les processus pour les activités de surveillance de routine. Indépendamment de la maladie, les activités de surveillance utilisent les mêmes fonctions essentiellement l'alerte, la détection, la notification, l'analyse et l'interprétation, le retour d'informations, les interventions, le suivi / évaluation. Ceux-ci utilisent souvent les mêmes structures, les mêmes procédures et le même personnel.

En outre, la SIMR intègre le concept de «One World, One Health», «Un Monde, Une seule Santé», stratégie qui prend en compte l'interphase des événements de santé entre la santé humaine, la santé animale et l'écosystème. En fait, 75% des maladies émergentes ou ré-émergentes récentes qui ont considérablement affecté la santé humaine sont d'origine animale (par exemple, la grippe aviaire).² Le concept «Un Monde, Une seule Santé» met donc en exergue une approche interdisciplinaire, globale et intégrée par rapport aux menaces pour la santé. Une seule Santé implique l'intégration et la coordination de la

surveillance épidémiologique, les enquêtes sur les épidémies et les activités d'intervention menées par des professionnels de différents secteurs. Elle renforce les liens entre eux pour une utilisation plus efficace et optimale des ressources souvent limitées et fait le plaidoyer pour une utilisation rapide et efficace des capacités des différents secteurs en vue de la prévention et du contrôle plus efficaces des maladies.²

Un personnel multidisciplinaire bien formé est essentiel pour le fonctionnement du système de la SIMR. La surveillance intégrée de la maladie et la riposte a donc pour but de renforcer l'ensemble système de surveillance de la santé publique afin de permettre la détection, la notification et la riposte opportunes en cas de menaces pour la santé publique. Un personnel bien formé et dévouée est essentiel au fonctionnement d'un système opérationnel qui peut détecter les principales causes de maladie, de décès et d'invalidité et intervenir en conséquence.

2. Règlement sanitaire international (2005)

La deuxième étape importante a été l'adoption du Règlement sanitaire international (RSI), le 23 mai 2005, lors de la Cinquante-huitième Assemblée mondiale de la Santé à Genève (Suisse)³. Le RSI, qui est entré en vigueur le 15 Juin 2007, est un instrument juridiquement contraignant, destiné à aider les États à prévenir la propagation internationale des maladies, sans interférer avec le trafic et le commerce internationaux. Il traite de toutes les menaces pour la santé publique, du commerce international, de l'émergence ou de la réémergence de maladies et, en particulier, les urgences sanitaires de portée internationale. Le RSI (2005) met l'accent sur le renforcement de l'ensemble des capacités de surveillance et d'intervention nationales multisectorielles et concerne donc l'ensemble système national de santé.² Par conséquent, tous les pays sont appelés à assurer le perfectionnement du personnel en vue de la mise en œuvre des exigences en capacités de base du RSI, à savoir la législation nationale, la coordination et les communications du PFN, la surveillance, la riposte, la préparation, la communication des risques, les capacités des ressources humaines, le laboratoire, les points d'entrée, les événements zoonotiques, les événements chimiques, les urgences dues à l'irradiation.

Par la suite, les pays ont bénéficié d'un appui pour développer les ressources humaines par le biais de la formation sur l'application du RSI en utilisant diverses directives dans les différents domaines, principalement sur les points d'entrée du RSI, la surveillance, les laboratoires, la biosécurité et la bio-sûreté, l'épidémiologie de terrain et la législation nationale.⁴

Alors que certains pays ont fait des progrès significatifs dans l'application du RSI, il a également été noté que de nombreux pays ont demandé une prolongation de l'échéancier pour la mise en place de leurs capacités de base, ce qui constitue un véritable défi,

notamment en ce qui concerne la législation, les points d'entrée, la surveillance et l'action, les capacités de laboratoire, le développement des ressources humaines et la sécurité chimique / sécurité.⁴

C'est à la lumière des défis mentionnés ci-dessus, qu'une deuxième édition du Guide SIMR a été élaborée en 2010.

La deuxième édition qui a été élaborée à la suite de la cinquante-sixième session du Comité régional de l'OMS pour l'Afrique tenue à Addis-Abeba (Ethiopie), en 2006, prend en compte le RSI et comprend 44 maladies, affections et événements de santé publique qui^{2, 5}:

- (a) relèvent des exigences internationales du RSI (la variole, la poliomyélite due au poliovirus sauvage, la grippe humaine due à un nouveau sous-type de virus, le SRAS);
- (b) ont un fort potentiel pour provoquer des épidémies, avec des conséquences graves de santé publique, en raison de leur capacité à se propager rapidement au niveau international (choléra, peste, fièvre jaune et les fièvres hémorragiques d'origine virale) ;
- (c) sont parmi les principales causes de morbidité et de mortalité dans la Région africaine (paludisme, pneumonie, maladies diarrhéiques, tuberculose et VIH / sida); sont parmi les maladies non transmissibles prioritaires dans la région (hypertension artérielle, diabète, santé mentale et malnutrition) ;
- (d) peuvent être contrôlées et empêchées efficacement afin de faire face aux problèmes de santé publique qu'elles provoquent (onchocercose et trypanosomiase) ;
- (e) font partie des programmes d'intervention bénéficiant de l'appui de l'OMS en vue de leur prévention, contrôle, éradication ou élimination [Programme élargi de vaccination (PEV), prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).

3. Renforcement des capacités de la SIMR/RSI

Au mois de septembre 2015, 41 des 47 pays¹ avaient adapté la deuxième édition du Guide technique SIMR et 32 (70%) avaient adapté le matériel de formation à leurs contextes nationaux respectifs, alors que 25 pays avaient mené, au niveau national, la formation des formateurs sur la SIMR révisée ¹. L'adoption de la stratégie SIMR a entraîné des effets positifs significatifs sur l'organisation des activités de surveillance. Par conséquent, l'existence, à tous les niveaux du système de santé, d'un système de surveillance de fonctionnel a facilité la compréhension, la maîtrise et la mise en œuvre des principes standards de la SIMR. De même, l'intégration des activités de surveillance a permis

¹ Un nouveau membre inclus (Soudan du Sud)

l'utilisation des ressources de programmes financés pour renforcer et à améliorer la surveillance des maladies négligées.

Aussi, sur la base de la deuxième édition du Guide technique SIMR, une documentation de formation en ligne (e-learning) ont été élaborée, testée, finalisée et est en train d'être lancée largement. Toutefois, la mise en œuvre, de la SIMR est confrontée à de nombreux problèmes, notamment l'insuffisance de personnel formé sur la stratégie SIMR ; ceci constitue une menace majeure pour la mise en œuvre de la SIMR dans les pays. En outre, la répartition inadéquate des ressources humaines, la migration des professionnels qualifiés et le manque de formation en SIMR des jeunes diplômés affectés dans les districts constitue un sérieux obstacle à la mise en œuvre de la SIMR. Dans un grand nombre de districts de santé, les ressources humaines formées pour assurer l'application correcte et efficace de la SIMR sont insuffisantes. Cette situation a entravé l'atteinte des résultats attendus de la surveillance et a ainsi contribué à la détection et aux notifications tardives des cas, à une préparation et à une riposte inadéquates et au retard dans la réponse appropriée aux événements de santé publique. Ces faiblesses contribuent aux flambées récurrentes de maladies évitables dans la région, par exemple le choléra et la maladie à virus Ebola (EVD) qui touche actuellement l'Afrique de l'Ouest. Si cette situation ne trouve pas de solution, elle risque, à long terme de mettre en péril non seulement les acquis en matière de surveillance, mais aussi le rendement global des systèmes de santé des pays africains.

L'une des manières efficaces et efficientes d'accroître la disponibilité de ressources humaines formées pour la SIMR est d'incorporer la SIMR dans les programmes des institutions chargées de la formation initiale du personnel de santé. Malgré l'adoption de la SIMR comme stratégie pour améliorer les capacités de surveillance des maladies par tous les pays de la Région africaine, la SIMR ne fait pas encore partie des programmes de la plupart des programmes et des institutions de formation en santé, notamment les écoles de santé publique, les écoles de médecine, les écoles d'infirmiers/infirmières, les écoles de formation en santé, les écoles vétérinaires, les collèges de formation de niveau intermédiaire, les programmes de formation en épidémiologie de terrain, etc. En outre, le temps alloué à la surveillance dans les écoles de santé publique et les écoles de médecine va d'un seul cours magistral à une série limitée de cours magistraux dans les cours existants. Ainsi, les diplômés de ces institutions ne commencent pas le service avec une connaissance suffisante des principes et stratégies de mise en œuvre de la SIMR et de la corrélation avec leur travail de santé clinique et publique et avec leurs rôles de leadership. Cette initiative vise à améliorer l'intégration de la fonction santé publique de la surveillance et de la riposte dans les établissements de formation pré-service². Par conséquent, après leur recrutement par

² L'expression "**formation en cours d'emploi**" renvoie à la formation de personnes déjà employées, par exemple les agents de santé qui travaillent dans le secteur public ou privé.

"**Pré-service**" renvoie aux activités qui se déroulent avant qu'une personne accède à un emploi qui nécessite une formation spécifique, i.e. avant qu'une personne prenne le service'. En réalité les

des formations sanitaires privées ou publiques, ils ne peuvent pas mettre en œuvre la SIMR, situation qui contraste évidemment avec la formation clinique dispensée des les établissements de formation en santé.

II. Justification

L'introduction de la SIMR dans les programmes constituera un avantage important non seulement pour les institutions de formation, mais aussi pour l'ensemble des systèmes de santé des pays de la Région. En fait, la formation sera mieux adaptée aux exigences de l'emploi en termes de surveillance épidémiologique, et améliorera la compréhension et la conscience de la surveillance de la santé publique dans le déploiement des activités de mise en œuvre de la SIMR par des professionnels formés. En même temps, l'inclusion d'une composante SIMR dans le programme pré-service contribuera à accroître la réputation des institutions de formation et à élargir les opportunités de partenariats aux niveaux local, national et mondial. Par ailleurs, l'introduction de la SIMR dans les programmes des établissements de formation permettra de fournir de manière fiable et continue un personnel bien formé, prêt à être utilisé pour la SIMR, afin de relever le défi actuel posé dans la région par des événements de santé publique. Cette méthode permettra de réduire le temps consacré à la formation continue en cours d'emploi nécessaire et de s'assurer que les diplômés des établissements de formation en santé viennent à leurs postes d'affectation en ayant conscience que la surveillance de la maladie est une compétence essentielle pour leur réussite. Elle permettra également de faire des économies et d'affecter les ressources disponibles limitées à des activités autres que la formation.

cours dispensés aux diplômés, en plus de ceux dispensés aux étudiants du premier cycle sont des 'cours pré-service' s'ils confèrent la compétence nécessaire pour effectuer de nouveaux 'services'.

Dans le présent document, l'expression "**formation pré-service**" est utilisée pour faire état d'une activité structurée visant à développer ou à renforcer les connaissances et les compétences avant qu'un professionnel des soins de santé intègre le service de santé publique ou une clinique privée.

III. Objectifs:

L'objectif global de ce Guide est de promouvoir l'intégration des connaissances et compétences de la SIMR dans les programmes des établissements de formation en santé pré-service et de contribuer à la pérennité des capacités nationales de surveillance et de riposte dans la Région africaine.

Les objectifs spécifiques de renforcement de la formation pré-service sont :

- (a) d'établir des normes et procédures nationales pour l'incorporation de la SIMR dans les programmes d'étude des établissements de formation dans la Région africaine en utilisant les matériels de formation existants ;
- (b) d'adapter les modules de formation en SIMR existants aux programmes pré-service ;
- (c) de permettre aux diplômés des établissements de formation d'acquérir des connaissances et des compétences en matière de mise en œuvre de la SIMR ;
- (d) de mettre à disposition de manière fiable et continue un personnel de santé qui vient au service avec des connaissances fondamentales sur la surveillance de la santé publique et la riposte à travers le cadre de la SIMR.

IV. Groupes cible

Les informations et recommandations contenues dans ce Guide ont pour cibles les groupes suivants:

- (a) Établissements de formation:**
 - Directeurs, doyens et chefs d'établissements de formation en santé animale et humaine.
- (b) Ministère de la Santé et/ou de l'Éducation:**
 - Responsables de la surveillance de la maladie à tous les niveaux du système de santé;
 - Points focaux nationaux de la SIMR et du RSI (2005);
 - Équipes de gestion de la santé des districts;
 - Responsables des infrastructures sanitaires;
- (c) Organismes professionnels et règlementaires;**
- (d) Partenaires de développement.**

V. Définition des concepts de la SIMR²

Le Guide technique de la Surveillance intégrée de la maladie et la riposte (2010) présente une vision globale de la surveillance intégrée de la maladie et la réponse. Tous les niveaux du système de santé sont impliqués dans la surveillance et la riposte aux maladies, affections et événements de santé publique prioritaires. Les activités de surveillance comprennent les huit fonctions essentielles interdépendantes et intimement liées suivantes :

- (a) **Identification des cas et des événements de santé publique:** utiliser les définitions de cas standard pour identifier les maladies, affections et événements de santé publique prioritaires.
- (b) **Notification:** signaler les maladies, affections et événements de santé publique prioritaires à l'échelon supérieur. S'il s'agit d'une maladie à potentiel épidémique, un événement qui peut constituer une urgence de santé d'importance internationale ou d'une maladie ciblée pour élimination ou éradication, le cas ou l'événement doivent faire immédiatement l'objet d'investigations et un rapport détaillé doit être soumis. En ce qui concerne les événements qui doivent être notifiés conformément au RSI, utiliser l'instrument de décision (Annexe 2) pour identifier les événements pouvant constituer une urgence de santé d'importance internationale.
- (c) **Analyse et interprétation des résultats:** compiler et analyser les données pour montrer les tendances. Comparer les informations avec celles des périodes antérieures et synthétiser les résultats.
- (d) **Investigation et confirmation des cas suspects, des épidémies et des événements de santé :** veiller à ce que le cas, l'épidémie ou l'événement soit confirmé, de préférence par le laboratoire. Recueillir des bases factuelles sur les causes probables de l'épidémie ou de l'événement et utiliser l'information pour prendre des mesures de prévention ou de contrôle appropriées.
- (e) **Préparation:** prendre rapidement des mesures, avant une épidémie ou un événement de santé publique, afin de permettre une riposte rapide et à veiller à ce que la documentation et les équipements nécessaires soient disponibles pour une action immédiate.
- (f) **Riposte:** coordonner et mobiliser les ressources permettant de mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées à tous les niveaux.
- (g) **Retour de l'information:** encourager une coopération future en assurant un retour de l'information sur les résultats des enquêtes et des interventions aux différents

niveaux qui ont transmis les données et signalé le cas ou les événements, ainsi qu'aux partenaires.

- (h) **Évaluation et amélioration des systèmes de surveillance:** évaluer l'efficacité des systèmes de surveillance et de riposte en termes de rapidité, de qualité des données, de préparation, de détection des seuils, de prise en charge des cas et de rendement global. Corriger les lacunes identifiées et améliorer le système.

Chaque niveau du système de santé est appelé à jouer un rôle spécifique dans la mise en œuvre de la SIMR. Les différents niveaux sont :

- (a) **Communauté** – c'est le niveau le plus bas dans le système de surveillance. Il comprend les personnes qui fournissent les services de base dans les villages : accoucheurs/accoucheuses qualifiés, agents de santé de la communauté, agents de santé villageois ou personnes assimilées, leaders communautaires (autorités religieuses, traditionnelles ou politiques), maîtres du primaire, agents vétérinaires, pharmaciens et tradipraticiens.
- (b) **Établissement de soins de santé** - sa définition est spécifique aux pays. Dans le cadre de la SIMR, les établissements de soins de santé sont des institutions (publiques, privées, ONG, organismes publics, services de santé militaires ou services de santé du travail) disposant de services ambulatoires et/ou d'hospitalisation. L'établissement de soins de santé est l'unité déclarante des données de surveillance de la santé.
- (c) **District, région ou province** – c'est la circonscription administrative intermédiaire, généralement avec une population de 100 000 à 300 000 habitants. Certains pays peuvent avoir deux niveaux intermédiaires, par exemple le district, la région ou la province
- (d) **National**- Dans de nombreux pays, c'est l'autorité centrale qui définit les politiques et alloue les ressources. Dans le cadre de la SIMR, c'est le niveau national qui signale à l'OMS tous les cas de maladies et d'événements prioritaires qui peuvent constituer un problème de santé publique, en utilisant l'instrument de décision du RSI.

Intégration: signifie l'harmonisation des différentes méthodes, des logiciels, des formulaires de collecte de données, des normes et définitions de cas, de manière à générer une information cohérente et à optimiser les efforts des différents programmes et acteurs impliqués dans la prévention et le contrôle des maladies. Lorsque cela est possible, les pays doivent utiliser un formulaire de notification commun, la même méthode de saisie de données pour les différentes maladies et les mêmes méthodes de communication. La

formation et la supervision doivent être intégrées. Les pays doivent utiliser le même canal de rétroaction et doivent partager les équipements (ordinateurs, véhicules, etc.).

Coordination: elle consiste à travailler efficacement et à agir ensemble pour une utilisation rationnelle et efficace des ressources disponibles limitées, par exemple, le Système d'information pour la gestion de la santé (SIGS) et les différents programmes de contrôle liés à la maladie. Il est donc nécessaire de partager les informations, de planifier et de contrôler et d'évaluer les actions conjointement afin de fournir aux décideurs et à toutes les parties prenantes concernées dans la Région et dans les pays, des données et des informations exactes, cohérentes et fiables. Lorsque cela est possible, la SIMR doit impliquer la coordination à temps plein des activités de surveillance et des interventions conjointes (planification, mise en œuvre, contrôle et évaluation). Afin de faciliter la coordination et la collaboration, un organe ou un comité intersectoriel et pluridisciplinaire doit être mis en place pour coordonner les activités aux niveaux national, provincial / régional et de district. Cet organe serait responsable de la coordination des activités de surveillance, en étroite collaboration et en synergie avec les comités de gestion des urgences de santé.

VI. Description des méthodes de formation

Le Guide fournit des instructions et des suggestions pour l'enseignement des modules de formation en accord avec le Guide technique de la Surveillance intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région africaine, Deuxième Edition.

La formation est destinée aux médecins, infirmiers, vétérinaires, au personnel paramédical, au personnel de santé publique, aux agents de l'épidémiologie, de l'information sur la santé, de la gestion de la santé, de l'éducation en santé, entre autres. Les composants de cours de surveillance des maladies, là où ils existent, constitueront la base pour l'introduction des aspects portant sur la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans les différentes écoles. Tous les efforts seront faits pour inclure les (7) modules de formation SIMR. Chaque module comprend des diapositives sur PowerPoint, des exercices, des documents et des exercices avec des réponses. Le manuel de l'instructeur de la SIMR est disponible en versions imprimée et électronique.

Les étudiants acquerront des connaissances et des compétences avec des exemples et des exercices pratiques. Tous les efforts seront déployés avec le Ministère de la Santé et d'autres parties prenantes concernées pour fournir aux stagiaires une expérience pratique de terrain en matière d'activités de surveillance et de riposte aux flambées.

À la fin du programme, les étudiants devraient avoir une meilleure connaissance du Guide technique SIMR et seront en mesure de le mettre en œuvre correctement à la fin de leur formation. Par conséquent, la formation doit être dispensée de préférence à un moment approprié, en fonction des pays et des institutions et sera conclue par un examen.

Un manuel de l'instructeur a été élaboré et fournit un ensemble complet de matériels de formation prêts à l'emploi, pour une meilleure compréhension et utilisation des outils de la SIMR. Le programme de formation est conçu de manière à permettre aux étudiants de travailler dans des zones de surveillance de la maladie et de riposte dans les établissements de santé et les bureaux de gestion de la santé.

Est déjà disponible: le Guide technique SIMR pour des tâches de lecture ou pour la préparation des cours magistraux. Les modules de formation SIMR comprennent la présentation des informations, des exemples et des possibilités de pratique, notamment des études de cas et des exercices de réponse courts à l'aide de données et d'informations réelles. L'accent est mis sur la participation des apprenants et à la collaboration en groupe restreint.

VII. Principales étapes pour l'introduction de la SIMR dans les programmes des établissements de formation en santé

Les principales étapes pour l'introduction de la SIMR dans les programmes des établissements de formation en santé dans la Région africaine sont résumées ci-dessous comme suit:

(a) Plaidoyer pour l'introduction de la SIMR dans les programmes

L'OMS, en collaboration avec le Ministère de la Santé, sensibilisera les institutions de formation à l'introduction de la SIMR dans les programmes.

(b) Mise en place d'un groupe de réflexion multisectoriel

Les autorités nationales sont encouragées à mettre en place un groupe de réflexion multisectoriel impliquant toutes les parties prenantes concernées. Le groupe de réflexion doit comprendre des experts nationaux de l'enseignement supérieur et des secteurs de la santé publique, des représentants des ministères concernés, ainsi que des associations professionnelles et des organismes de réglementation. Le rôle du groupe de réflexion sera de coordonner l'introduction de la SIMR dans les programmes des établissements de formation. L'OMS, en collaboration avec le Ministère de la Santé, appuiera le groupe de réflexion multisectoriel, (voir Annexe 1).

(c) Admission/recrutement des établissements de formation

Tous les établissements de formation seront éligibles à l'admission/au recrutement. Le groupe de réflexion facilitera l'identification des établissements de formation en santé potentiels pour l'introduction de la SIMR dans les programmes de formation.

(d) Adaptation et validation du Guide et de la stratégie de formation

Le Guide, la formation, la documentation et la stratégie, seront présentés et discutés lors d'un atelier qui réunira des représentants des institutions de formation, les

représentants du ministère de la santé et d'autres parties prenantes concernées. Le processus inclura l'évaluation de la façon dont la surveillance et la réponse sont actuellement enseignées, la façon d'inclure les modules IDSR dans le programme d'enseignement et la façon de mener des exercices pratiques et la façon d'évaluer le rendement des élèves. Les modules de formation SIMR seront revus et adaptés dans les programmes existants par les établissements de formation, en tenant compte du contenu du Guide technique. Une orientation appropriée des formateurs sur la SIMR sera organisée.

(e) Préparation des plans de mise en œuvre

Le groupe de réflexion élaborera une feuille de route nationale pour la mise en œuvre du processus, sur la base de la feuille de route générique en Annexe 2. Chaque établissement de formation participant planifiera la mise en œuvre, le cas échéant.

(f) Mise en œuvre du plan

L'OMS et les parties prenantes encourageront les partenaires concernés à fournir des ressources supplémentaires pour la mise en œuvre des projets de plans nationaux et à fournir aux États membres un appui technique pour la mise en œuvre du plan d'introduction de la SIMR dans les programmes des établissements de formation.

(g) Documentation des leçons apprises

Le groupe de réflexion dans les pays facilitera les revues périodiques internes permettant de partager les expériences et de documenter les progrès accomplis. L'OMS organisera des consultations régionales périodiques pour discuter, partager et documenter les leçons apprises.

(h) Suivi et évaluation

L'OMS et ses partenaires aideront les ministères de la santé, les établissements de formation et d'autres intervenants à élaborer des outils de suivi et d'évaluation appropriés. Chaque établissement de formation participant évaluera et documentera l'état de mise en œuvre du plan.

VIII. Suivi, évaluation et pérennité

L'OMS / AFRO, en collaboration avec les États membres, suivra dans quelle mesure les activités prévues ont été mises en œuvre. Le groupe de réflexion national, en collaboration avec les établissements de formation et d'autres parties prenantes, participera au processus de suivi. Des évaluations périodiques de la mise en œuvre du plan seront menées, en utilisant les indicateurs appropriés. En outre, ils exploreront des mesures visant à assurer la pérennité de tous les processus dans la mise en œuvre du plan.

Références

1. Francis Kasolo, Zabulon Yoti, Nathan Bakýaita, Peter Gaturuku, Rebecca Katz,
2. Julie E. Fischer, and Helen N. Perry
3. IDSR as a Platform for Implementing IHR in African Countries; Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science; Volume 11, Number 3, 2013
4. Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique:
5. Guide technique de la Surveillance intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région africaine, 2^{ème} Édition, février 2011.
6. Siège de l’OMS, Genève:
7. Règlement sanitaire international 2005, 2^{ème} Édition, 2008
8. World Health Organization : Department of Global Capacities, Alert and Response,
9. Activities Report, 2012, 2013 (Organisation mondiale de la Santé: Département des Capacités, de l’Alerte et de la Riposte mondiales, Rapport d’activités, 2012, 2013)
10. Concept note on eSurveillance in the Context of IDSR in the African Region : A Platform for Surveillance and Response to Priority Diseases, Conditions and Events, 2014 (Note conceptuelle sur la Surveillance électronique dans le cadre de la SIMR dans la Région africaine : Plateforme pour la Surveillance et la Riposte aux Maladies, Affections et Événements prioritaires, 2014)
11. WHO Regional Office for Africa: District Level Training Course: Instructions for Programme Directors, July 2011 (Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique: Cours de Formation au niveau des districts: Instructions pour les Directeurs de Programme, Juillet 2011).
12. I Sow, W Alemu, M Nanyunja, S Duale, H Perry, P Gaturuku. Trained district health personnel and the performance of integrated disease surveillance on the WHO African Region. East African Journal of Public Health Volume 7 Number 1 March 2010.

ANNEXES

Annexe 1: Termes de référence du Groupe de Réflexion sur la formation pré-service

Mandat

Le Groupe de Réflexion fournit au Ministère de la Santé, aux établissements de formation et à d'autres parties prenantes, des conseils techniques et professionnels et l'appui dans divers aspects de la mise en œuvre de l'introduction de la SIMR dans les programmes pré-services.

Termes de référence

Réviser et de modifier les termes de référence périodiquement, en réponse à l'évolution des besoins et aux nouveaux développements.

Les termes et conditions proposés pour l'opérationnalisation du Groupe de Réflexion sur la formation sont les suivants :

(a) Membres:

- Ministère de la Santé, Ministère de l'Enseignement supérieur, représentants des ministères concernés, organismes professionnels et réglementaires, ainsi que les partenaires de développement.

(b) Rôles et responsabilités:

- Faire le plaidoyer en faveur du changement des programmes;
- Identifier les besoins en formation des formateurs;
- Coordonner l'adaptation des matériels de formation;
- Identifier les sources potentielles de financement pour la mise en œuvre du Guide.
- Élaborer des outils de suivi et d'évaluation appropriés: identifier les entraves à un meilleur rendement; formuler et mettre en œuvre des mesures correctives et réévaluer le rendement;
- Organiser des visites périodiques;
- Mettre en place une équipe conjointe d'évaluation des établissements de formation.

Annexe 2: Feuille de route pour la mise en œuvre du guide

Activité	Calendrier (Mois)
Plaidoyer pour l'introduction de la SIMR dans les programmes	M0
Mise en place d'un groupe de réflexion multisectoriel	M3
Admission/recrutement des établissements de formation	M3
Adaptation et validation du guide et de la stratégie de formation	M4
Élaboration des plans de mise en œuvre	M5
Mise en œuvre du plan	M7 – M10
Documentation des leçons apprises	M11
Suivi et évaluation du plan de mise en œuvre	M12

Annexe 3: Modules de formation en dernière année d'enseignement théorique dans les écoles de médecine ou les établissements paramédicaux/Niveau intermédiaire (Heures d'enseignement)

Le nombre d'heures allouées est provisoire.⁶

Module d'introduction: 1 heure

- Explication de la SIMR
- Définition du RSI (2005)
- Explication des Lignes directrices de la SMIR révisées
- Définition de la surveillance de la maladie
- Description des fonctions de surveillance

Module 1 avec exercices: 4 heures

- Identification des maladies, affections et événements prioritaires

Module 2 avec exercices: 4 heures

- Notification des maladies, affections et événements prioritaires

Module 3 avec exercices: 6 heures

- Analyse et interprétation des données

Module 4 avec exercices: 6 heures, 30 minutes

- Investigations et confirmation de cas suspects, des épidémies et d'autres événements majeurs de santé publique

Module 5 avec exercices: 4 heures, 30 minutes

- Préparation pour faire face aux flambées et aux autres événements de santé publique ;

Module 6 avec exercices: 3 heures

- Contrôle, évaluation et amélioration de la surveillance et de la riposte ;

Module 7 avec exercices: 2 heures, 30 minutes

- Supervision et observation.

