



# **Epidémies :** **des urgences** **négligées ?**

Octobre 2015

MSF - Centre opérationnel de Genève

**Monica Rull,  
Operations Health Advisor  
Médecins Sans Frontières (MSF) - Centre opérationnel de Genève**

<b>Avant-propos</b>	<b>p.2</b>
<hr/>	
<b>1. Introduction</b>	<b>p.4</b>
<hr/>	
<b>2. Épidémies : le fardeau méconnu</b>	<b>p.5</b>
2.1. Immunisation : les stratégies préventives actuelles et leurs limites	p.7
2.2. Maladies infectieuses : toujours la principale cause de mortalité en Afrique	p.9
<hr/>	
<b>3. Le défi de la réponse aux épidémies</b>	<b>p.13</b>
3.1. Avant la déclaration d'une épidémie	p.14
3.2. Quand l'épidémie est déclarée	p.16
<hr/>	
<b>4. Conclusions</b>	<b>p.18</b>
<hr/>	
<b>5. Principaux problèmes identifiés et recommandations</b>	<b>p.19</b>
<hr/>	
<b>Références</b>	<b>p.20</b>

## Avant-propos

L'épidémie d'Ebola qui a frappé l'Afrique de l'Ouest en 2014 a fait les gros titres des journaux pendant des mois, éclipsant sur la scène médiatique d'autres urgences médicales. La crise fut d'une importance extrême: on en a tiré des leçons mais un énorme travail reste encore à faire. Cependant, si nous focalisons toute notre attention sur une maladie unique, nous courrons le risque de délaissier des épidémies moins spectaculaires mais beaucoup plus communes comme la rougeole, le paludisme, le choléra et la méningite, qui se déclarent chaque année, avec de graves conséquences et de lourdes pertes en vies humaines. Ainsi, au moment où nous publions ce rapport, une épidémie de rougeole ravage la province du Katanga, en République démocratique du Congo, avec des taux de mortalité extrêmement élevés.

Nous devons appréhender les épidémies dans leur globalité, y compris -mais pas seulement- le virus Ebola, afin de mieux comprendre comment MSF, en tant qu'organisation médicale d'urgence, ainsi que d'autres acteurs peuvent améliorer leur réponse aux épidémies, et mieux comprendre ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas marché. Comme démontré dans notre rapport «Epidémies: des urgences négligées», les stratégies actuelles de réponse aux épidémies sont largement incohérentes et doivent être modifiées de manière significative.

Le simple fait que nous évoquions cela indique que les stratégies de prévention en vigueur ces dernières décennies ont échoué. Les épidémies continuent à se produire, en particulier dans les pays en développement, et lorsqu'elles surviennent, elles prospèrent sur les faiblesses des systèmes de santé nationaux, épuisent les moyens disponibles et, dans bien des cas, sont très meurtrières. Ceci met non seulement en évidence les graves défaillances des systèmes de prévention nationaux et internationaux, mais met aussi en évidence le besoin criant de capacités de réponse rapide plus solides afin d'aider les victimes.

Au niveau national d'un pays concerné par une épidémie, les systèmes de santé, qui trop souvent n'ont pas les moyens d'y répondre seuls, sont dissuadés de signaler l'épidémie aussi rapidement qu'ils le devraient, par crainte de fermeture des frontières, de restrictions commerciales et de suspension de financements. Les épidémies peuvent ainsi prendre de l'ampleur avant que ne débute une véritable réponse. On perd ainsi un temps précieux et des vies qui le sont tout autant.

Ces systèmes de santé doivent être renforcés grâce à la formation et à d'autres types de soutien afin qu'ils soient prêts à évaluer, traiter et partager l'information lorsqu'il devient clair qu'un événement inhabituel est en train de se produire. Cela doit se faire en plus (et non à la place) des programmes destinés à renforcer l'infrastructure médicale ainsi que la capacité d'un pays à fournir des soins médicaux. Après tout, la surveillance de la santé publique n'a aucun sens sans capacité à traiter les problèmes qu'elle révèle!

Cela contribuera également à faire naître la confiance entre une population et ses dirigeants, (ainsi qu'un meilleur reporting des communautés confrontées à ces événements) et entre les populations nationales et les acteurs étrangers susceptibles d'offrir leur aide. Les gouvernements nationaux et les acteurs de santé doivent aussi prendre la responsabilité de leurs actes, en jouant un véritable rôle d'encadrement et de conseil pour les personnes qui auront besoin des deux.

Au niveau international, la nature de l'innovation biomédicale doit changer et replacer les patients au premier plan avant les préoccupations sécuritaires ou les profits. Avec Ebola, la plus grande partie de la recherche menée a commencé seulement lorsque les pays développés ont estimé que la maladie pouvait représenter une menace pour la sécurité à l'intérieur de leurs frontières. Il s'agissait de biodéfense essentiellement et lorsque les inquiétudes se sont dissipées, la recherche s'est dissipée aussi. Cependant, comme nous l'avons vu, la menace pour les autres communautés ne s'est pas évanouie pour autant, et il a fallu que la maladie frappe et surtout atteigne l'Europe et les Etats-Unis, pour que la recherche reprenne et soit remise au niveau d'une épidémie déjà en cours.

Encore une fois, cependant, cela ne vaut pas seulement pour le virus Ebola. A travers les continents, à travers les maladies, le modèle dominant de Recherche et Développement (R&D) place les intérêts en termes de marché au-dessus des besoins et le profit au-dessus des populations. Les maladies qui touchent de façon beaucoup plus importante les populations des pays en développement, qui par essence ne peuvent payer le prix fort, sont souvent délaissées au profit de propositions plus rentables. Les médecins comme ceux de MSF et d'autres en sont réduits à travailler avec des outils (médicaments, diagnostics, vaccins) qui sont loin d'être idéaux,

**« Une partie du problème réside dans la posture « défensive » selon laquelle une action internationale n'est menée que lorsqu'une menace potentielle traverse une frontière. »**



voire même vieux de plusieurs décennies. La R&D sur les maladies négligées doit être entreprise en tenant spécifiquement compte des communautés négligées et de leur environnement, afin de s'assurer que les meilleurs traitements possibles (efficaces, résistants, accessibles, bon marché) parviennent à ceux qui ont le plus besoin. Cela permettra également de renforcer les stratégies de prévention et les efforts pour favoriser une réponse rapide.

Toutes ces questions sont développées dans ce rapport. Néanmoins nous devons reconnaître qu'un vrai leadership au niveau international est nécessaire afin de pouvoir faire des progrès : encourager une R&D axée sur le patient, mettre en place une coordination efficace, prendre les mesures décrites précédemment. Sans cela, la réponse aux épidémies continuera à être aléatoire, mal conçue, dangereusement insuffisante, et à un coût que personne ne devrait vouloir assumer.

En outre, il faut admettre que le virus Ebola, ainsi que d'autres épidémies évitables par vaccination, de même que la résurgence de la poliomyélite dans certains pays, ont exposé au grand jour les lacunes de l'actuel système mondial de santé. Une partie du problème réside dans la posture « défensive » selon laquelle une action internationale n'est menée que lorsqu'une menace potentielle traverse une frontière. La réponse à Ebola, par exemple, est demeurée cruellement insuffisante jusqu'à ce que de grands pays plus développés, suffisamment inquiétés par la propagation de l'épidémie sur leur territoire et par la menace que cela pouvait représenter pour leur sécurité, décident d'agir.

Cette approche témoigne d'une vue dangereusement courte. Le maintien de la « sécurité sanitaire » devrait signifier que cette sécurité est garantie pour tous, y compris - et peut-être surtout - pour les sociétés les plus vulnérables et les plus en proie aux maladies. C'est ce que notre éthique médicale nous pousse vigoureusement à faire. Et c'est la manière dont nous mettons en œuvre nos programmes dans près de 70 pays à travers le monde. Nous restons engagés dans l'amélioration de nos propres contributions à la santé publique mondiale. Par conséquent, nous espérons travailler avec tous les acteurs sur le terrain dans cette

optique - promouvoir et améliorer la préparation aux urgences lorsque c'est nécessaire, et continuer à faire pression pour que les intérêts des patients soient placés au cœur des priorités de la recherche et du développement.

**Mais les États et les dirigeants doivent démontrer leur engagement et leur volonté politique de changer le système, tout en gardant constamment à l'esprit les principes suivants :**

- 1** Ce sont les besoins des populations touchées, et non uniquement les problèmes de sécurité, qui doivent être la pierre angulaire de tout système de santé international.
- 2** Des ressources adéquates doivent être fournies ou exigées pour la construction de systèmes efficaces de réponse d'urgence, dans le cadre d'un effort plus large (et non comme substitut à cet effort) pour aider les pays à renforcer leurs capacités et infrastructures médicales.
- 3** Les dispositifs d'alerte rapide doivent être accompagnés par des activités de réponse rapide, et par la délivrance de soins aux patients touchés par une épidémie.
- 4** Les États membres et les communautés devraient promouvoir et appuyer un processus de déclaration d'épidémies, interne aux pays, qui soit ouvert et rapide.
- 5** Les priorités de R&D doivent être réorientées vers l'intérêt général, admettant par là qu'on ne peut compter pas sur les forces du marché pour procurer des outils efficaces aux populations qui n'en ont pas.

La réforme fait actuellement partie des priorités des nations et de l'OMS. Cependant ces acteurs ne doivent pas se contenter de discuter : ils doivent véritablement traiter les problèmes qui, comme nous l'avons vu, entravent la préparation et retardent la réponse à l'urgence. Dans le cas contraire, nous serons condamnés à répéter les erreurs du passé, et devrons en assumer les conséquences.

**Bruno Jochum**  
**Directeur, Centre Opérationnel de Genève**  
**Médecins Sans Frontières (MSF)**

# 1. Introduction

Les quatre dernières décennies ont vu des progrès certains vers l'extension de la couverture vaccinale, notamment via le Programme élargi de vaccination (PEV), le contrôle des maladies (initiatives mondiales de lutte contre le VIH, la tuberculose et le paludisme par exemple) et l'amélioration de l'accès à des sources d'eau potable.

De ce fait, la population vit plus longtemps. Cette augmentation de l'espérance de vie est principalement due à la diminution de la mortalité des enfants de moins de cinq ans. Actuellement, les maladies non transmissibles et les blessures sont en train de devenir la principale cause de morbidité et de mortalité dans le monde. Dans les pays à revenu élevé ou revenu moyen, plus de 90% des morts prématurées sont dues aux maladies non transmissibles, alors que dans les pays à faible revenu, la majorité des décès prématurés reste due à des maladies infectieuses, responsables d'au moins 70 % de perte d'années de vie.<sup>1</sup>

Alors que les épidémies\* n'épargnent aucun pays, ce sont les populations des pays à faible revenu qui en souffrent le plus. Des systèmes de santé fragiles, des investissements insuffisants dans la surveillance, la détection précoce et la réponse, ainsi qu'un faible soutien international en faveur des interventions d'urgence sont autant de facteurs qui freinent l'identification et le contrôle des épidémies, occasionnant une morbidité et une mortalité excessives.

MSF est reconnue comme un acteur important dans le domaine de la réponse aux épidémies, principalement dans les pays à faible et moyen revenu. Cela inclut les cas où MSF est présente dans les régions concernées via ses activités régulières et les cas où une épidémie de grande ampleur est déclarée dans une région qui n'est pas couverte par les programmes de l'organisation.

Plus de 60% de tous les projets de MSF se trouvent en Afrique, notamment dans certains des pays les plus vulnérables en termes de risque épidémique ou de capacité de réponse nationale à l'urgence.

Cette dernière décennie, MSF a répondu à de nombreuses épidémies dans des pays généralement confrontés à des contraintes internes et externes qui parfois entravent la mise en place d'une réponse rapide et adaptée.

L'échec à répondre de manière adéquate aux épidémies se traduit par une mortalité excessive, qu'elle soit directement liée à la maladie responsable de l'épidémie ou à la détérioration de l'état de santé de la population suite à l'épidémie (niveaux accrus de malnutrition dus à une épidémie de rougeole par exemple).<sup>2</sup>

La préparation et la réponse aux urgences aux niveaux local, régional et national sont au cœur de l'approche dite de *résilience*, et plusieurs organisations soutiennent déjà les gouvernements pour renforcer leurs capacités sur ce front. Pourtant, lors de ses interventions, MSF a constaté un écart sérieux entre la théorie et la pratique. Ce document de réflexion vise à décrire certains des obstacles rencontrés et la manière dont la réponse aux épidémies est parfois retardée ou entravée, avec les conséquences que cela entraîne sur la population concernée. L'objectif est d'engager d'autres organisations à discuter des moyens d'améliorer collectivement la réponse aux épidémies.

## MÉTHODOLOGIE



**Des rapports MSF publiés et non publiés, ainsi que des rapports externes, ont été analysés.**

**Les données incluses dans le rapport proviennent de documents publics, et parfois, de données internes relatives aux projets MSF.**

## CHAMP D'APPLICATION



**Le nombre de maladies à tendance épidémique et de contextes pouvant faire l'objet de recherche est vaste et comprend une grande variété d'agents pathogènes, de modes de transmission et de pays vulnérables. Il était nécessaire de restreindre le champ d'application des maladies et contextes décrits dans ce document. Ce rapport porte sur certaines des principales maladies à tendance épidémique auxquelles MSF répond dans les pays d'Afrique : paludisme, rougeole et choléra.**

**L'épidémie d'Ebola a été volontairement écartée du rapport. Plusieurs analyses et évaluations critiques internes et externes sont en cours, et certaines ont été récemment publiées. L'épidémie sans précédent qui touche l'Afrique de l'Ouest a provoqué des débats intenses à tous les niveaux concernant la capacité du système d'aide national et international à répondre à un événement aussi exceptionnel, à la fois en matière d'approche et de stratégies. Le présent rapport a pour objectif de compléter ces initiatives.**

## 2. Épidémies : le fardeau méconnu

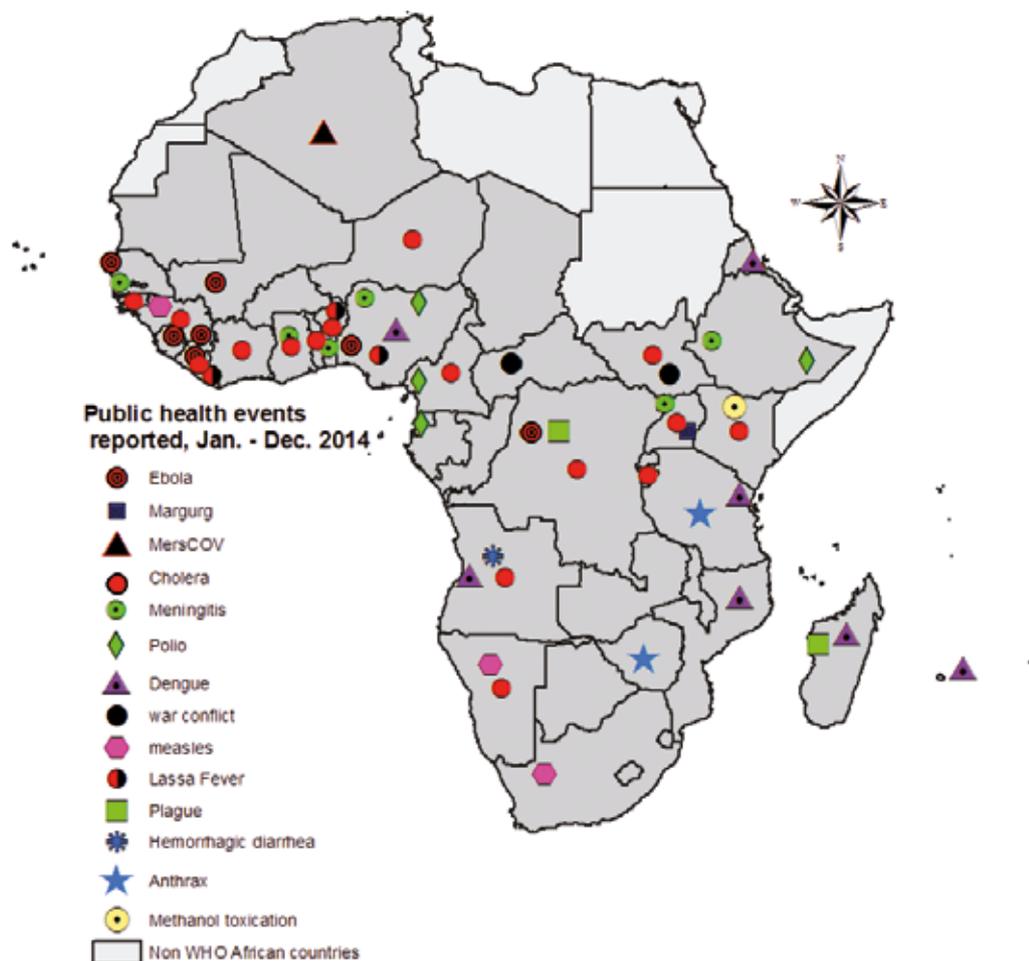
Il n'est pas simple de savoir combien d'épidémies frappent à un moment donné dans le monde. Le réseau mondial d'alerte et d'action en cas d'épidémie (GOARN) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) n'a qu'une portée limitée, et bien que plusieurs sources d'information soient disponibles, il n'existe pas de base de données officielle validée et consultable en temps réel\*. En se basant sur des données publiques, on peut logiquement conclure que la majorité des petites épidémies (avec ou sans réponse adaptée) ne sont pas signalées, ce qui complique toute tentative de quantifier l'envergure réelle du problème.

Les maladies contagieuses à potentiel épidémique restent, au niveau mondial, la principale cause de mortalité chez les enfants âgés de 1 à 59 mois. L'Afrique subsaharienne présente un taux de mortalité infantile plus élevé que toutes les autres régions du continent, lié principalement aux maladies infectieuses et évitables par vaccination.<sup>3</sup>

Cela confirme que les maladies à tendance épidémique restent une menace sérieuse pour la santé publique en Afrique. La pauvreté, la densité élevée de population, le faible accès à l'eau et à l'assainissement, associés au contrôle

vectériel insuffisant et à un accès limité aux soins primaires et secondaires, contribuent à la résurgence actuelle de maladies auparavant considérées comme « sous contrôle », comme le paludisme ou le choléra. Les médiocres systèmes de surveillance dans de nombreuses régions d'Afrique viennent aggraver la situation et empêchent de mesurer la véritable ampleur du problème. La détection précoce des épidémies est également insuffisante, compromettant ainsi la mise en place d'une réponse adaptée en temps voulu.

**Figure 1:**  
Distribution géographique par pays des problèmes de santé publique dans la zone couverte par le bureau régional Afrique de l'OMS, janvier-décembre 2014



Source: Bulletin épidémiologique du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 13 février 2015

\*Portée du travail de l'alerte et de la réponse mondiale : grippe aviaire, maladies émergentes (ex. syndrome du hochement de tête), virus de Hendra, grippe (saisonniers, pandémique), leptospiroses, méningite, virus de Nipah, peste, fièvre de la vallée du Rift, SRAS et infections à coronavirus variole et virus de la variole simienne, tularémie, fièvres hémorragiques virales (Ebola, Marburg, Lassa, fièvre hémorragique de Crimée-Congo, etc.) et fièvre jaune.



© Ikram N'gadi/MSF

Le rapport 2014 du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS/AFRO) signale 58 problèmes de santé publique cette année. Parmi eux, 95% (55/58) étaient dus à des maladies infectieuses, le choléra étant l'événement le plus courant, devant la fièvre Ebola, la dengue, la méningite et la poliomyélite. En 2014, les cas de choléra ont doublé par rapport à l'année précédente et 22 districts dans cinq pays ont dépassé le seuil épidémique de la méningite, contre 6 districts dans 4 pays pendant la même période en 2013.<sup>4</sup>

**« Les maladies à tendance épidémique restent une menace sérieuse pour la santé publique en Afrique. »**

D'après ces chiffres, les épidémies semblent avoir été sous-estimées. Il convient de noter que seuls trois pays ont signalé une épidémie de rougeole en 2014 et que parmi ces pays ne figurent ni le Soudan du Sud, où MSF et d'autres intervenants ont apporté leurs soins aux victimes des épidémies de rougeole dans plusieurs camps de déplacés, ni l'Ouganda, où les autorités ont déclaré une épidémie de rougeole touchant la population locale et les réfugiés sud-soudanais dans la région d'Arua.<sup>5</sup>

## 2.1. Immunisation : les stratégies préventives actuelles et leurs limites

Depuis le lancement par l'OMS du Programme élargi de vaccination (PEV) en 1974, le recours à la vaccination en tant que mesure de santé publique est considéré comme l'un des meilleurs moyens en termes de rapport coût/efficacité pour réduire la mortalité et la morbidité infantiles. Les acteurs de la santé mondiale, dont les donateurs et les gouvernements, ont investi massivement dans la prévention comme principale mesure pour lutter contre les maladies évitables par vaccination.

La priorité accordée à la prévention a eu des résultats et impacts sensibles. Ces dix dernières années, la couverture vaccinale a été considérablement améliorée via les PEV, ce qui a réduit le nombre total de cas d'épidémie ainsi que leur probabilité. Pourtant, des épidémies de maladie évitables par vaccination sont rapportées chaque année.

L'effort global, qui comprend des initiatives internationales telles que l'Alliance du vaccin (GAVI), l'Initiative pour la Rougeole et la Rubéole (MRI), l'Initiative de Vaccination Universelle des Enfants, la nouvelle Vision Stratégique Mondiale pour la Vaccination (GIVS) et le Plan d'action mondial pour les vaccins (GVAP), a été considéré comme déterminant pour atteindre les objectifs du Millénaire pour le développement (OMD).

La réussite d'un PEV au niveau national est mesurée par la couverture du vaccin DTC3 (contre la diphtérie, le tétanos et la coqueluche). En Afrique, la couverture du vaccin DTC3 chez les enfants de moins d'un an est passée de 5 % en 1980 à 75 % en 2013. Un autre indicateur clé est la couverture du vaccin MCV1 (vaccin contre la rougeole). Une couverture de 95 % est nécessaire pour parvenir à l'immunité de groupe, évitant ainsi les épidémies et garantissant des progrès vers l'éradication.

**Tableau 1:**  
Couverture vaccinale par vaccin et région\* de l'OMS, 2013

Région OMS	Couverture vaccinale (%)									
	BCG	DTC3	Polio3	MCV1	MCV2	HepB_DN	HepB3	Hib3	Rota dernier	PCV3
<b>Total (monde entier)</b>	<b>90</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>84</b>	<b>53</b>	<b>38</b>	<b>81</b>	<b>52</b>	<b>14</b>	<b>25</b>
Afrique	83	75	77	74	7	11	76	72	12	35
Amériques	94	90	90	92	46	71	89	90	70	77
Méditerranée orientale	88	82	82	78	24	65	83	60	22	36
Europe	95	96	96	95	81	82	81	83	3	43
Asie du Sud-Est	90	77	76	78	53	26	74	27	0	0
Pacifique occidentale	97	96	97	97	92	79	92	18	4	1

BCG = Bacille Calmette-Guérin ; DTC3 = 3 doses de vaccin antidiphtérique-antitétanique-anticoquelucheux ; Polio3 = 3 doses de vaccin antipoliomyélique ; MCV1 = première dose de vaccin à valence rougeole ; MCV2 = deuxième dose de vaccin à valence rougeole ; HepB\_DN = dose à la naissance de vaccin anti-hépatite B ; HepB3 = 3 doses de vaccin anti-hépatite B ; Hib3 = 3 doses de vaccin anti-*Haemophilus influenzae* type b ; Rota dernier = dernière dose de la série de vaccins antirotavirus ; PCV3 = 3 doses de vaccin antipneumococcique conjugué.

\* Moyenne régionale pondérée.

Source: Relevé épidémiologique hebdomadaire de l'OMS. 21 Novembre 2014.

La couverture actuelle du vaccin MCV1 en Afrique atteint 74 %, ce qui explique les épidémies récurrentes de rougeole dans la région. L'amélioration de la couverture vaccinale en Afrique a ralenti ces dernières années après s'être stabilisée autour de 80 % en 2009. Actuellement, 20 à 30 % des enfants n'ont jamais été vaccinés, et ne sont donc pas immunisés contre les principales maladies évitables par vaccination.<sup>6</sup>

La couverture vaccinale par pays est inégale, avec des pays mieux lotis que d'autres. La vaccination peut également varier entre les districts d'un même pays, où les populations enclavées enregistrent les pires résultats. Dix pays d'Afrique\* abritent 78 % de tous les enfants non vaccinés du continent, et au moins quatre d'entre eux ont été confrontés à des épidémies de rougeole en 2014 (Tchad, RDC, Afrique du Sud et Soudan du Sud).

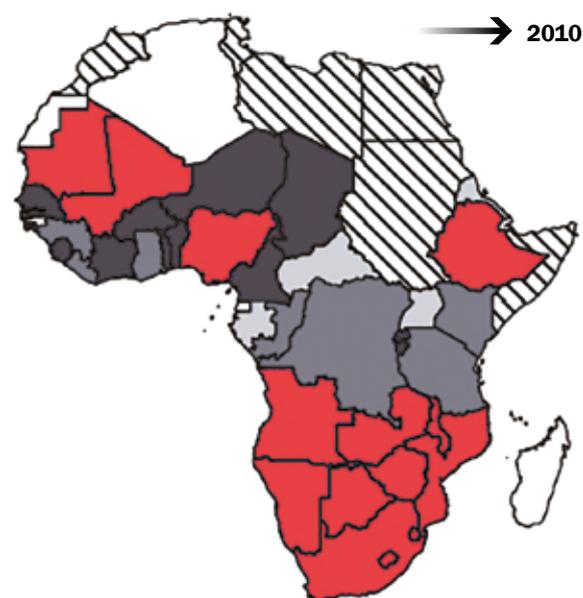
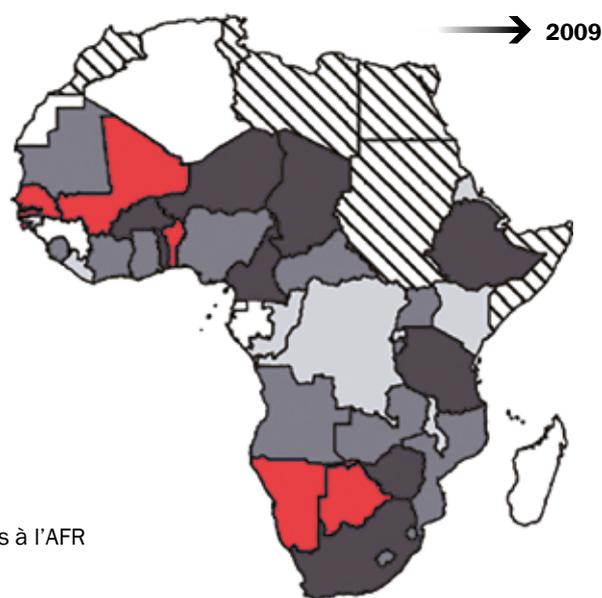
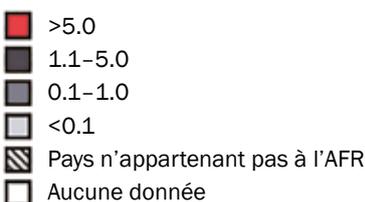
Après une période de forte baisse des cas de rougeole dans le monde, mais plus particulièrement dans les pays développés, grâce à l'introduction du vaccin, la maladie a commencé à refaire surface en 2009/2010. Vingt-huit pays (61 %) de la région africaine ont signalé des épidémies de rougeole (plus de 100 cas de rougeole confirmés en laboratoire), dont 10 affichaient une couverture du vaccin MCV1 de plus de 90 % en 2009. Quinze pays avaient effectué des activités de vaccination supplémentaires (AVS) de suivi dans les 24 mois précédant l'épidémie, et affichaient tous une couverture administrative supérieure à 90 %. La majorité des pays (20, soit 71 %) ont mené des enquêtes sur les épidémies, mais seulement la moitié d'entre eux les ont fait suivre d'une activité de vaccination (qu'il s'agisse d'une immunisation en réponse à une épidémie ou d'AVS à l'échelle nationale).<sup>6</sup>

Tandis que la majorité des cas de rougeole signalés concernent des enfants de moins de cinq ans, dans les pays où la couverture du vaccin MCV1 est sous-optimale, la répartition selon l'âge peut

basculer vers les enfants plus âgés et les jeunes adultes. Il s'agit d'un point important à prendre en compte lors de la définition de l'intervention en cas d'épidémie. Les AVS ciblent uniquement les jeunes enfants et les campagnes de vaccination de routine se limitent aux enfants de moins de 15 ans.

Même si le système de santé est efficace et la surveillance assurée, des épidémies peuvent toujours se produire et sont généralement liées à l'insuffisance de la couverture vaccinale. Cependant, leur durée, leur portée et l'impact sur la population générale et les individus varient fortement en fonction du pays.

**Figure 2:**  
**Incidence confirmée de la rougeole\*\* : Région africaine (AFR) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), 2009 et 2010**



Source: Rapport hebdomadaire de morbidité et de mortalité, CDC, 1er avril 2011

\* Tchad, RDC, Ethiopie, Kenya, Mozambique, Niger, Nigéria, Afrique du Sud, Soudan du Sud et Ouganda.

\*\* Incidence confirmée de la rougeole pour 100'000 habitants ; cas de rougeole confirmés par analyses ou recoupements épidémiologiques.

**Tableau 2: Nombre de cas de rougeole, taux d'attaque et mortalité à Genève, Suisse, et dans le Katanga, République démocratique du Congo, 2011**

 Suisse : Canton de Genève <sup>7</sup>	 RDC : Katanga <sup>8</sup>
Durée : Janvier à août 2011	Durée : Année 2011 complète
Cas totaux : 219	Cas totaux : 45 356
Taux d'attaque : 47/100 000	Taux d'attaque : 710/100 000
Aucun mort	Taux de létalité de 1,40 % (1 085 morts)

L'accent mis sur les activités de prévention régulières peut s'accompagner d'un lourd tribut. L'intervention d'urgence en cas d'épidémie n'est pas priorisée, au contraire elle est parfois retardée, voire entravée. Des exemples illustrant cette dynamique sont apportés dans le chapitre suivant. La priorité accordée au RSS a certes stimulé les ressources et les capacités mobilisées pour l'immunisation de routine et les AVS mais les fonds investis dans les plans de contingence ou la préparation/réponse en cas d'urgence sont insuffisants.

Malgré le soutien international apporté aux gouvernements pour renforcer leur système de santé, beaucoup reste à faire dans certains pays d'Afrique pour parvenir à un accès équitable aux soins. Dans la majorité des pays d'intervention de MSF, le système de santé reste fragile et les soins inaccessibles pour une grande partie de la population, en raison notamment des distances à parcourir, d'obstacles financiers ou du manque de personnel qualifié. Aujourd'hui, il semble naïf de penser que les ministères de la Santé de nombre de ces pays peuvent ou pourront réagir rapidement en cas d'épidémie sans aide extérieure.

La plupart du temps, lorsque les épidémies se limitent à des zones isolées ou à

des poches de population, le ministère de la Santé ne peut compter que sur un soutien négligeable. Généralement, le système d'aide mobilise des fonds importants uniquement si l'épidémie est de grande ampleur, si elle touche plusieurs pays ou si elle est considérée comme hors de contrôle. La plupart des épidémies de maladies évitables par vaccination n'attireront jamais l'attention du public ou ne seront jamais considérées comme des catastrophes majeures, nécessitant la mobilisation du système d'aide. Par conséquent, la lutte contre l'épidémie sera dirigée par le ministère de la Santé du pays concerné. Généralement, cette responsabilité est décentralisée au niveau local ou régional et sa mise en œuvre pratique très peu soutenue par les acteurs de l'aide.

## **2.2. Maladies infectieuses : toujours la principale cause de mortalité en Afrique**

C'est un fait : les maladies infectieuses restent une menace majeure pour la santé publique en Afrique. En plus du fardeau des maladies chroniques, les épidémies récurrentes constituent un obstacle supplémentaire au bien-être de la population. La plupart des maladies responsables d'épidémies en Afrique sont désormais enrayées ou

sous contrôle dans d'autres régions du monde. Les principales causes des épidémies incluent notamment des facteurs environnementaux, les catastrophes naturelles, la faiblesse (ou le mauvais fonctionnement) des systèmes de santé publique, la surpopulation et les troubles sociaux liés aux déplacements de population, qui favorisent tous la transmission.

Selon la Banque mondiale, près de la moitié des pays identifiés comme à haut risque appartiennent à la Région africaine (17/36) en 2015. Les populations des Etats fragiles sont particulièrement vulnérables aux épidémies. Il s'avère également que les épidémies les plus graves qui se produisent dans le monde ont lieu dans des contextes d'urgence complexes (catastrophes naturelles et causées par l'homme).<sup>9</sup>

Entre 2003 et 2007, des Etats membres ont signalé à l'OMS-AFRO des épidémies récurrentes de choléra, de méningite, de fièvre jaune, de paludisme, de dysenterie, de fièvres hémorragiques virales (Ebola, Marburg, fièvre de Crimée-Congo, fièvre de Lassa et fièvre jaune), de peste et de maladies rares, telles que la variole du singe ou le Chikungunya.<sup>10</sup>

Certaines de ces maladies n'existent qu'en Afrique en raison de facteurs environnementaux spécifiques ou de la présence de vecteurs. Pour certaines des épidémies signalées, les mesures de prévention ont échoué tandis que pour d'autres, il s'agit de maladies considérées comme « sous contrôle » mais ayant refait surface, comme le paludisme.

**Maladies diarrhéiques: le choléra**

L'Objectif du Millénaire pour le Développement numéro 7, visant l'accès à une source améliorée d'eau potable, a certes été atteint en moyenne dans le monde en 2010, mais reste non-atteint dans de nombreuses régions d'Afrique\*. L'accès limité à l'eau potable et à l'assainissement est la principale cause des maladies diarrhéiques. Le choléra illustre parfaitement cette situation: la maladie reste endémique dans la moitié des pays d'Afrique et épidémique dans plusieurs autres régions du monde.

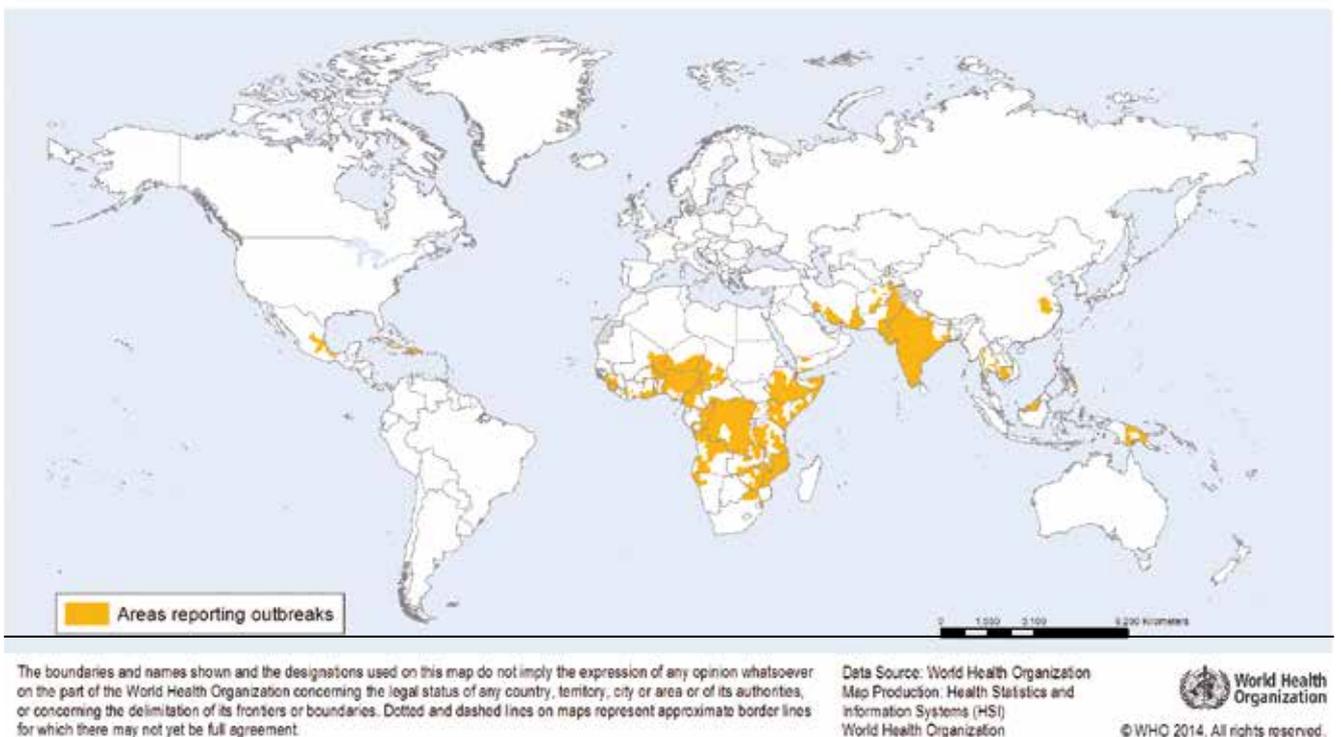


© Shannon Jensen/MSF

Entre 2010 et 2013, des épidémies de choléra ont été signalées dans de nombreux pays. La plupart des cas ont été signalés en Afrique et dans le sous-continent asiatique, à l'exception de la période 2010-2011, pendant laquelle Haïti recensait le plus grand nombre de cas de choléra au monde. La majorité des infections et des décès liés à cette maladie ont été systématiquement signalés dans la région africaine.

Sur l'année 2013 seule, 129 064 cas de choléra ont été signalés dans le monde, avec un taux de létalité global inférieur à 2 %. Sur les 26 pays ayant signalé des décès, 17 (65 %) appartenait à la région africaine, et parmi eux, la RDC et la Guinée affichaient un taux de létalité bien supérieur à la moyenne (13 % et 10 % respectivement),<sup>11</sup>

**Figure 3: Régions ayant signalé des épidémies entre 2010 et 2013**



**Tableau 3 :**  
**Répartition des cas et des décès de choléra par pays,**  
**Région africaine de l'OMS, janvier-décembre 2013**

Pays	Cas	Morts	Taux de létalité
RDC	26944	491	1,8
Angola	6 655	86	1,3
Nigeria	6 600	229	3,5
Mozambique	1 869	19	1
Congo	1 624	221	13,6
Burundi	1 557	17	1,1
Guinée-Bissau	969	28	2,9
Ouganda	748	27	3,6
Niger	585	14	2,4
Bénin	528	6	1,1
Sierra Leone	377	2	0,5
Guinée	319	31	9,7
Tanzanie	270	17	6,3
Togo	166	4	2,4
Liberia	92	0	0
Côte d'Ivoire	56	2	3,6
Ghana	50	0	0
Cameroun	29	0	0
Mali	23	2	8,7
Namibie	3	0	0
Afrique du Sud	1	1	100,0
<b>Total</b>	<b>49 465</b>	<b>1 197</b>	<b>2,4</b>

Source: Bulletin épidémiologique du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, 31 janvier 2014

Avec des soins médicaux appropriés, le taux de létalité du choléra devrait être inférieur à 1 % (standard Sphère). Dans certains pays d'Afrique, la réponse au choléra (qu'il soit endémique ou épidémique) est manifestement sous-optimale. En outre, dans plusieurs des pays touchés et malgré la prévisibilité des pics saisonniers de choléra dans les zones endémiques, le niveau de préparation reste insuffisant et la réponse peut être à la fois tardive et inefficace.



**Maladies à transmission vectorielle :  
le paludisme**

Le paludisme est endémique dans 97 pays au monde. En 2013, le nombre de cas estimés atteignait 198 millions et 90% des décès liés à la maladie avaient lieu en Afrique. Moins de la moitié des populations à risque en Afrique subsaharienne avaient accès à une moustiquaire imprégnée d'insecticide dans leur foyer ; seulement 62% des patients suspects de paludisme ont été dépistés dans des centres de santé publique ; seuls 70% des patients confirmés ont pu être soignés avec des CTA (combinaisons thérapeutiques à base d'Artémisinine) distribuées dans des structures de santé publique ; et moins de 26% des enfants diagnostiqués ont reçu un traitement.<sup>12</sup>

Même si les programmes de contrôle du paludisme ont été améliorés et si le nombre total de cas et de morts a considérablement baissé ces dernières décennies, le paludisme fait toujours partie des cinq principales causes de mortalité infantile dans plusieurs pays d'Afrique. De plus, des épidémies et de forts pics saisonniers imprévus ont été signalés ces dernières années dans la



© Tristan Pfund/MSF

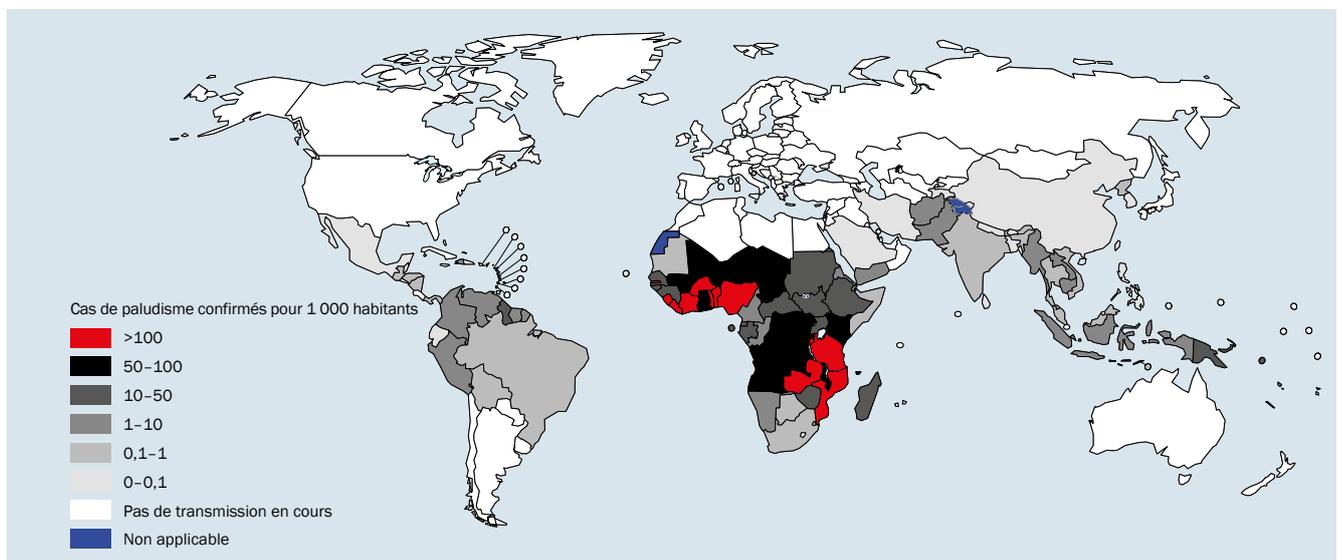
région du Sahel et en RDC, avec des taux de mortalité très élevés.

Cependant, les cas signalés de maladies contagieuses ne représentent probablement que la partie émergée de l'iceberg. Dans les régions où les populations n'ont pas accès aux soins, en raison d'une faible surveillance basée sur une recherche passive des cas au sein des structures de santé, et sans système d'alerte, les épidémies peuvent passer inaperçues. Par exemple, malgré la mise en place de l'un des systèmes de surveillance les plus efficaces dans le cadre de l'Initiative mondiale pour l'éradication de la poliomyélite, au moins une analyse systématique a révélé qu'une nouvelle souche de la maladie s'était propagée

sans qu'on le sache pendant plus d'un an.<sup>13</sup>

De plus, il existe des épidémies de maladie qui s'accompagnent d'un très faible taux de mortalité et qui ne sont même pas dans la ligne de mire du système d'alerte du ministère de la Santé et de l'OMS (comme la coqueluche par exemple). Les cas de diarrhées non suspectés d'être des cas de choléra ne sont pas signalés, et il est très difficile d'identifier les épidémies de pneumonie ou d'infections des voies respiratoires inférieures dans les pays à faible revenu. Et pourtant, ces deux pathologies font partie des cinq principales causes de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans.<sup>14</sup>

**Figure 4: Pays actuellement touchés par des épidémies de paludisme 2013**



Source: OMS (données provenant de rapports sur les programmes de contrôle nationaux du paludisme)

### 3. Le défi de la réponse aux épidémies

Les épidémies sont souvent considérées comme un échec au niveau politique. Au vu des lacunes en matière de prévention, cette critique est en partie justifiée. La capacité à reconnaître un échec ou à en assumer la responsabilité reste rare.

La définition de l'OMS est la suivante: «Une flambée épidémique est la brusque augmentation du nombre de cas d'une maladie normalement enregistré dans une communauté, dans une zone géographique ou pendant une saison données. Une flambée peut se produire dans une zone restreinte ou s'étendre à plusieurs pays. Elle peut durer quelques jours ou quelques semaines, voire plusieurs années.»,<sup>15</sup>

La déclaration d'une épidémie peut être retardée par des éléments aussi simples que l'incapacité à anticiper une épidémie et/ou à identifier la maladie en cause. Dans certains cas, notamment dans les zones où le choléra ou le paludisme sont endémiques, il existe un pic saisonnier « acceptable ». La reconnaissance des seuils épidémiques peut également tarder dans les régions où la transmission se poursuit toute l'année.

Les épidémies qui touchent les populations isolées ou difficiles à atteindre sont également complexes à identifier et à enrayer.

L'alerte est généralement déclenchée par une analyse des tendances et/ou une notification officielle ou officieuse de l'augmentation du nombre de cas. Une enquête doit alors être menée pour confirmer l'existence de l'épidémie. Ensuite, le ministère de la Santé doit déclarer l'épidémie et un plan d'action est mis en œuvre. Ce calendrier est parfois complexe et plusieurs étapes peuvent se produire simultanément. Une réponse d'urgence peut également être lancée sans confirmation ou déclaration officielle de l'épidémie par les autorités de santé.

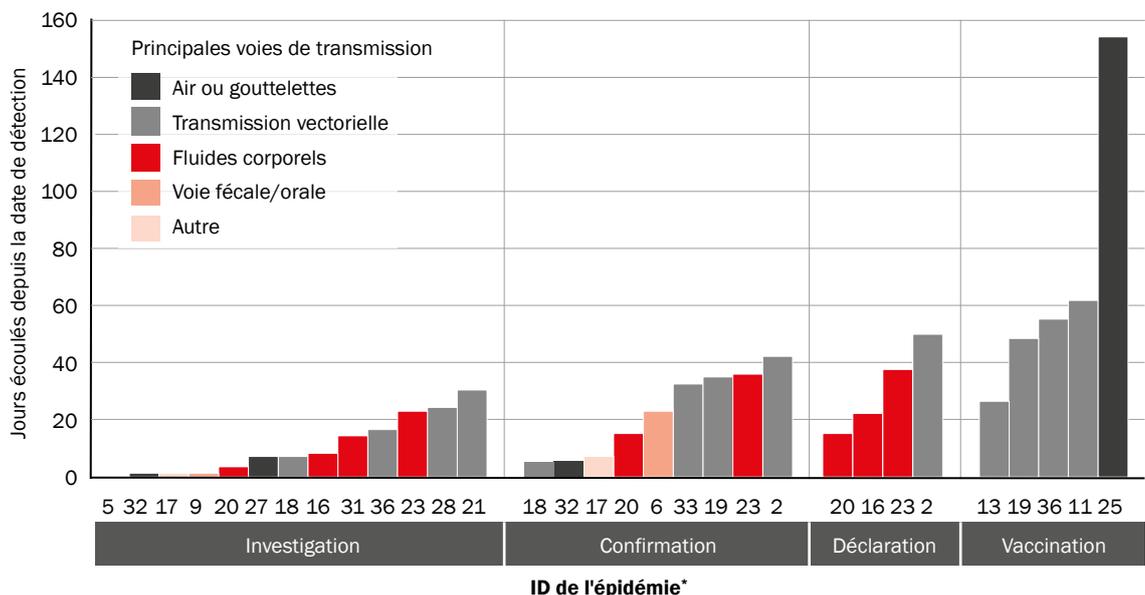
L'identification et la déclaration de l'épidémie ne sont que la première étape du processus visant à la contrôler. Il est parfois impossible d'adapter la réponse au moment spécifique où l'épidémie se déclare car il se peut qu'il n'existe pas de courbe épidémiologique, en raison d'une surveillance insuffisante ou d'une impossibilité de calculer les taux d'attaque, due

au manque de chiffres fiables sur la population.

Une analyse systématique des épidémies de maladies infectieuses dans les Etats fragiles, menée entre 2000 et 2010, a mis en évidence de longs délais entre le début et la détection d'une épidémie. Si on ajoute les délais entre la détection et l'investigation, la confirmation, la déclaration et le contrôle, jusqu'à cinq mois peuvent s'écouler entre les premiers cas et la mise en place de mesures de contrôle. De plus, un seul des 56 rapports analysés a été publié par les autorités nationales. Les autres ont été publiés par des organisations étrangères. Cela peut indiquer une faiblesse de l'appropriation nationale de la surveillance, de l'alerte et du contrôle des épidémies et cela renforce l'hypothèse selon laquelle les petites épidémies sont sous-estimées et passent la plupart du temps inaperçues.<sup>16</sup>

Cette étude montre que plusieurs facteurs peuvent rendre une réponse d'urgence inefficace.

**Figure 5: Délai en jours entre la détection et d'autres événements dans le calendrier de l'épidémie par les principales voies de transmission de l'agent étiologique**



\*Numéro de référence de l'épidémie à des fins d'analyse

Source : Bruckner et Checchi, 2011, Détection des épidémies de maladies infectieuses dans vingt-deux Etats fragiles, 2000-2010 : revue systématique. Conflict and Health 2011

### 3.1. Avant la déclaration d'une épidémie

La faiblesse des systèmes de surveillance, l'absence de mécanismes d'alerte fonctionnels et, parfois, les décisions mues par des considérations politiques peuvent retarder l'identification et la déclaration d'une épidémie.

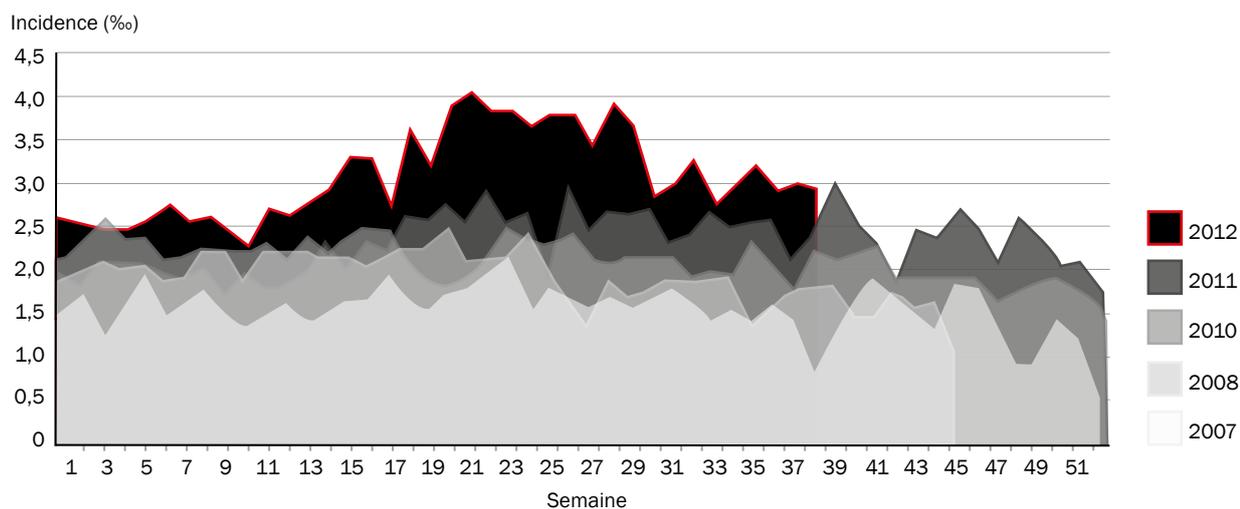
Il n'est pas rare que les épidémies de paludisme passent inaperçues pendant des mois et soient qualifiées de « pics

saisonniers ». C'est le cas dans la Province orientale de la RDC, où les taux de transmission du paludisme demeurent très élevés. Des variations annuelles du nombre de cas sont normales, ce qui complique la mise en place d'un système d'alerte précoce adapté.

En 2012, une épidémie de paludisme a été détectée par MSF après un pic de la

maladie (mission exploratoire lancée la semaine 24). Malgré les données officielles du ministère de la Santé, qui montraient une augmentation du nombre de cas et de décès liés au paludisme, c'est la population elle-même qui a alerté les équipes MSF de la mortalité inhabituelle des enfants souffrant de fièvre.<sup>17</sup>

**Figure 6 : Incidence hebdomadaire du paludisme dans la Province orientale, RDC, 2007-2012**



Source : EPICENTRE (sur la base du nombre signalé de cas et de morts dans les structures de santé)

Notre propre expérience montre que même une organisation d'urgence disposée à répondre aux épidémies n'est jamais infaillible. Malgré tout, une réaction rapide une fois l'épidémie identifiée permet de réduire rapidement et significativement le nombre de personnes à risque, la morbidité et la mortalité. Sur quatre mois, 58 761 cas de paludisme simple ont été traités dans des unités ambulatoires et 3 537 cas sévères ont été traités en milieu hospitalier. En outre, 6 886 personnes ont bénéficié de la stratégie « Test & Traitement » (T&T). Parmi elles, 3 236 (47%) ont été testées positives et ont été placées sous traitement CTA.

Depuis 1998, date à laquelle la stratégie régionale sur la Surveillance intégrée de

la maladie et la riposte (SIMR) a été adoptée sur le continent africain, des améliorations du niveau de préparation aux urgences ont été constatées et les moyens des laboratoires ont augmenté dans la région. Par ailleurs, des plans d'urgence ont été mis en place et l'échange d'informations ainsi que la création de rapports hebdomadaires sur les maladies à tendance épidémique se sont améliorés selon la base de données du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique.

**« Le système d'alerte reste imparfait. La rapidité d'identification et de riposte doit être renforcée. »**

Pour autant, le système d'alerte reste imparfait et la rapidité d'identification et

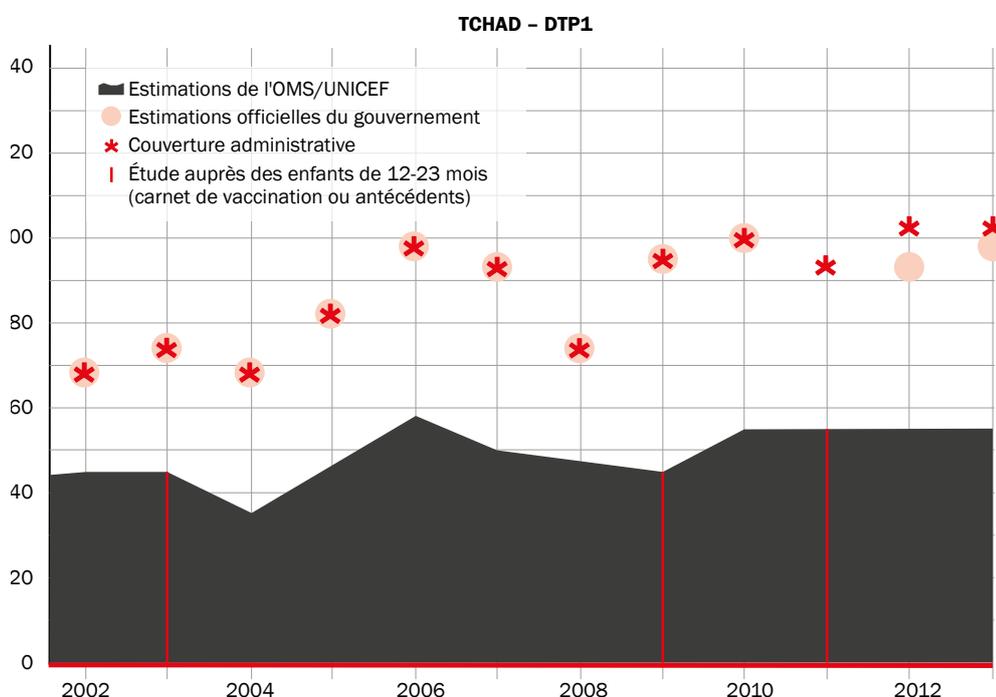
de riposte doit être renforcée. Évidemment, tous les pays (et toutes les régions au sein d'un pays) ne sont pas égaux en matière de système de surveillance et d'alerte.

Les systèmes de surveillance basés sur les informations des structures de santé ne suffisent pas à détecter toutes les épidémies tant que l'accès aux soins

n'est pas garanti pour toute la population. Une maladie peut se transmettre au sein de la population pendant un certain temps avant que l'alerte soit donnée. Des approches au cas par cas, d'un pays à l'autre, et même à l'intérieur d'un même pays, sont nécessaires en tant que mesures intermédiaires, tout en travaillant au renforcement à long terme du système de santé, y compris la surveillance et l'alerte.

La déclaration *per se* d'une épidémie peut être un sujet politiquement et économiquement sensible, ayant des conséquences sur le commerce international, comme c'est le cas pour le choléra qui fait baisser les exportations des nations productrices de riz, ou sur d'autres secteurs, comme le tourisme. Dans certains cas, on peut même se retrouver face à un déni de reconnaître certaines maladies, par exemple en déclarant une épidémie de diarrhée aigüe au lieu de déclarer une épidémie de choléra.<sup>18</sup>

**Figure 7 :  
Couverture  
vaccinale au  
Tchad**



	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Estimations</b>	45	45	35	46	58	50	47	45	55	55	55	55
<b>Degré de confiance des estimations</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Estimations officielles</b>	68	74	68	82	98	93	74	95	100	N/A	93	98
<b>Estimations administratives</b>	68	74	68	82	98	93	74	95	100	94	103	103
<b>Estimations de l'étude</b>	N/A	45	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	45	N/A	55	N/A	N/A

Source : Tchad: estimations de la couverture vaccinale OMS et UNICEF: 2013. Révision 8 juillet 2014



© Tristan Pfund/MSF

Les maladies évitables par vaccination sont un cas particulier. Pour répondre aux critères de dotation des ressources financières externes, il faut pouvoir montrer de bons résultats en matière de PEV et d'AVS. Les chiffres officiels ont donc tendance à refléter cela. Au Tchad par exemple, la couverture officielle du vaccin DPT1 en 2011 était de 94 % alors qu'une étude sur la couverture vaccinale avait montré que seulement 45 % des enfants étaient vaccinés.<sup>19</sup>

Cela peut s'expliquer en partie par le fait que la couverture administrative signalée par le ministère de la Santé repose sur des chiffres obsolètes. La couverture théorique étant bonne, la volonté de décrypter les chiffres officiels suscitera peu d'intérêt. Dans les pays à faible couverture vaccinale, cela devrait conduire à une intensification des efforts pour améliorer la vaccination de routine, mais également le niveau de préparation et la capacité de réponse.

Puisque les mécanismes étatiques restent davantage axés sur les PEV et les AVS, les épidémies, en tant que révélatrices d'un échec, représentent nécessairement un sujet sensible sur le plan politique. Une épidémie de rougeole par exemple, peut signifier des résultats décevants du PEV dû à une couverture sous-optimale ou à une efficacité du vaccin contestable. Une mauvaise performance du PEV se traduit alors en perte de soutien de la part des donateurs. Or, la majorité des pays à faible revenu sont

très dépendants du soutien international pour mener à bien leur PEV. Il n'est donc pas surprenant que les pays soient plutôt réticents à déclarer des épidémies de maladie évitables par vaccination, sachant que ces déclarations montrent un échec de leur programme national ou mettent en doute leurs indicateurs et menacent par conséquent leur financement.

### 3.2. Quand l'épidémie est déclarée

La déclaration d'une épidémie ne signifie pas pour autant que la riposte soit lancée en temps voulu, ni adéquate. Le système de réponse à une épidémie devrait suivre les principes suivants : une fois l'épidémie déclarée, le ministère de la Santé de l'Etat concerné pilote la réponse, l'OMS fournit les conseils techniques et l'UNICEF les outils, tels que les vaccins et soutient également la mobilisation sociale. En cas d'épidémie de maladie évitable par vaccination, le Groupe international de coordination (GIC, dont MSF est membre fondateur) constitue le mécanisme permettant d'accéder aux vaccins contre

la méningite, la fièvre jaune, et plus récemment, au vaccin oral contre le choléra.

Des retards importants dans la réponse des autorités sont souvent symptomatiques de l'absence de préparation efficace de réponse aux urgences, de plans de contingence et de fonds pour leur mise en œuvre. Les programmes RSS n'ont pas pour mission d'améliorer la capacité d'urgence des gouvernements à court terme. Les acteurs responsables de la réponse aux épidémies peuvent être les mêmes que ceux responsables des activités de prévention/traitement, mais ils ont généralement recours à des lignes budgétaires différentes pour la prise en charge des urgences et des catastrophes. Au vu de l'expérience de MSF sur le terrain et après discussion avec d'autres partenaires, nombreux sont ceux qui citent l'accès limité aux ressources financières comme le principal obstacle à une intervention ou à la montée en puissance d'une intervention.

Même dans les cas où le ministère de la Santé pilote la riposte, sa capacité à mettre en œuvre une intervention efficace est parfois limitée. Elle pâtit d'un manque réel ou perçu de fonds, mais également de ressources humaines médicales insuffisantes, de matériel limité (médicaments principalement) et d'un système de santé peu performant à la base.

**« Il n'est pas simple d'adapter la réponse à l'épidémie, et la modification d'un mode d'intervention déjà validé peut avoir des conséquences problématiques. »**

C'est pourquoi les ONG, les Sociétés nationales de la Croix-Rouge et, si elle est mobilisée, la Fédération Internationale de la Croix Rouge (FICR) jouent un rôle crucial de « pompier » dans l'action d'urgence.

L'ONU elle-même peut manquer de fonds, bien que les retards occasionnés soient généralement dus à la lenteur du processus de décision. Il faut aussi bien garder à l'esprit que l'ONU et ses partenaires sur le long-terme travaillant avec le ministère de la Santé sont engagés dans le renforcement des capacités et des systèmes de santé. Ces activités nécessitent de bonnes relations et une collaboration rapprochée avec les autorités, ce qui peut parfois péjorer la rapidité et la qualité de la réponse d'urgence.

Les activités de prévention des acteurs de santé internationaux peuvent également retarder la réponse, particulièrement dans le cas des maladies évitables par vaccination. Des tensions peuvent exister entre la réponse à une épidémie, les AVS ainsi qu'une compétition avec d'autres initiatives telles que la lutte contre la poliomyélite. Cette dernière est clairement mieux placée que la rougeole et la fièvre jaune parmi les priorités mises à l'agenda de la gouvernance de la santé mondiale. Dans le passé, MSF a déjà été obligée de reporter une campagne de vaccination rougeole de masse car des journées dédiées à la polio ou à des AVS étaient planifiées. L'épidémie de 2012 au Cameroun illustre parfaitement ces tensions. Non seulement le ministère de la Santé n'a pas déclaré l'épidémie, mais il a également exploité les AVS pour y répondre, sans chercher à adopter une campagne réactive qui aurait été plus appropriée. Cela montre une fois de plus les tensions qui peuvent exister entre la nécessité d'investir dans la prévention et le renforcement des activités de routine d'une part, et la nécessité de changer de stratégie pour lancer une réponse d'urgence d'autre part.

Les retards peuvent être dus à des problèmes d'importation des vaccins, d'autorisation d'antigènes particuliers ou d'accès à des zones spécifiques. Il est arrivé au moins une fois que MSF rencontre des difficultés à se procurer des

vaccins anti rougeoleux à cause d'une rupture de stock d'un fournisseur\*.

Dans la plupart des pays, les négociations ont lieu à différents niveaux (fédéral, national, provincial) et la décision finale est souvent renvoyée d'une administration à l'autre. Ce va-et-vient et cette incertitude sur le responsable de la décision finale peut entraîner des blocages à n'importe quel niveau. Lors de la campagne de prise en charge de la fièvre jaune de 2013 au Darfour, Soudan, un district a tout simplement refusé de coopérer avec MSF.

Il existe également des retards dans la réponse des autres ONG. En effet, à l'instar des gouvernements, elles peuvent rencontrer des difficultés internes à passer d'une approche développementale à une logique d'urgence. L'absence notable d'organisations autres que MSF et les brigades médicales cubaines pour répondre directement à l'épidémie de choléra qui a sévit en 2010 à Haïti en est un parfait exemple. Une pléthore d'acteurs (et de fonds) étaient prêts à répondre aux conséquences désastreuses du séisme survenu plus tôt cette même année. Pourtant, seules les organisations restées en dehors de la stratégie « cluster » sont intervenues immédiatement et ont traité 80% de tous les cas entre 2010 et 2011. Au moment de l'épidémie de choléra, la direction du bureau commun de l'OMS/OPS avait décidé de soutenir le renforcement des capacités du ministère de la Santé publique et de la Population pour lui

permettre de contenir l'épidémie lui-même. D'autres ONG ont suivi cette ligne.<sup>20</sup>

Enfin, la réponse d'urgence a tendance à reposer sur des procédures opérationnelles standard, prêtes à l'emploi, utilisées pour presque chaque épidémie. Le faible recours à l'épidémiologie pour identifier le stade épidémique, ou l'évolution de la maladie, explique la difficulté à conserver une longueur d'avance sur la propagation. En effet, la vaccination de masse ciblant des groupes d'âge standard reste la norme, alors que les modèles alternatifs (basés sur les taux d'attaque ou la mortalité par groupe d'âge) ne reçoivent que peu d'attention. Il peut être problématique d'adapter la réponse à l'évolution de l'épidémie ou de modifier un mode d'intervention déjà validé.<sup>21</sup>

Si l'épidémie est déclarée trop tardivement, investir dans une vaccination de masse dans la région touchée peut s'avérer inadapté. Malgré ce risque, la réaction initiale de la majorité des acteurs (dont MSF) est justement la planification d'une campagne de vaccination de masse ciblant la population de la région touchée. Cette approche peut être difficile à remettre en question a posteriori. La gestion des cas constitue également un sujet de préoccupation. De nombreuses organisations privilégient une intervention d'urgence mobilisant la communauté et promouvant la santé, laissant de côté la gestion des cas en raison de sa complexité (et de ses coûts largement plus importants).



© Tristan Pfund/MSF

\*Au Katanga, en 2010, le principal fournisseur de vaccins de MSF était en rupture de stock en raison d'une vaccination de masse décidée en Inde.

## 4. Conclusions

Indéniablement, il n'existe pas de remède miracle pour améliorer la réactivité en cas d'épidémie. Toutefois, il est possible d'identifier de nombreux facteurs conduisant à un état de négligence en ce qui concerne les épidémies, dus notamment à l'établissement de priorités pour la santé au niveau mondial. La priorité politique est à la prévention et au renforcement des systèmes de santé (RSS). Les avancées étant notables dans le domaine, on considère que les risques épidémiques ont été réduits.

La résilience est un concept important et pertinent en matière de réponse d'urgence. Pour les donateurs, les ONG et les agences de l'ONU, la notion de communautés résilientes est désormais le cadre de référence. Il s'agit d'un concept attractif qui recentre l'attention sur les populations touchées. Cependant, dans la plupart des contextes mentionnés dans le présent rapport, les systèmes de santé et les communautés sont loin d'être résilients. La recherche de la résilience des populations sur le long terme ne doit pas sous-estimer l'action immédiate qui demeure indispensable, ni empêcher les gouvernements et les acteurs internationaux de soutenir ceux disposés à déployer ce type de réponse d'urgence.

De nombreuses variables viennent expliquer pourquoi la réponse à une épidémie peut être inadaptée, tardive ou inexistante. Toutefois, une affirmation semble communément invoquée pour expliquer l'action tardive de l'ONU et des acteurs gouvernementaux et non gouvernementaux. Les fonds seraient disponibles mais en quantité insuffisante ou pas en temps voulu (ou encore mal utilisés). En ce qui concerne les acteurs capables de déployer une réponse, presque tous

s'accordent à dire que les financements débloqués rapidement manquent pour déployer ou accroître une intervention. Souvent, des fonds sont disponibles, mais le manque de compréhension et d'expertise pour y accéder pose problème, de même que la capacité de réponse réelle des acteurs, qui parfois n'est pas à la mesure de leur discours.

L'affirmation selon laquelle les ressources financières disponibles sont insuffisantes pour financer une intervention en cas d'épidémie est en partie vraie. Pour de nombreux grands donateurs, à moins qu'une épidémie n'entraîne une menace biologique/humaine, ne présente un intérêt géopolitique spécifique ou ne soit d'une envergure telle qu'une action d'urgence est impérative, le déboursement des fonds peut prendre du temps.

De plus, le problème est aggravé par les choix individuels des agences se revendiquant comme des intervenants d'urgence. Ainsi, au moment où l'OMS paraissait au bord de la faillite, cette dernière avait prévu de démanteler en priorité ses structures d'intervention d'urgence, fragilisant ainsi d'autant plus ses propres capacités. Les agences ayant des mandats multiples investissent massivement dans des activités de plaidoyer et des programmes de développement à long terme, tout en continuant d'affirmer qu'elles sont très actives dans la réponse d'urgence. Mais la réponse aux épidémies

est souvent liée à des appels particuliers et nécessite des capacités logistiques et des ressources humaines spécifiques qui ne sont pas immédiatement disponibles en interne, limitant ainsi leur capacité de réaction dès le début de l'épidémie.

Même si nous pouvons anticiper certaines épidémies et prendre des mesures pour les prévenir dans les régions à risque élevé connues, à la fois en renforçant les PEV et les autres activités de routine ou en mettant en œuvre des campagnes préventives spécifiques, comme

la chimioprévention contre le paludisme saisonnier, il existera toujours des situations nécessitant une réaction rapide.

Les capacités nationales sont nécessairement mises en difficulté et les acteurs de l'aide (dont MSF) ont pour rôle d'aider les gouvernements à traduire leurs plans de contingence en actions réelles afin

de répondre aux besoins des populations. Comblé le fossé entre la théorie et la pratique est l'un des principaux défis de l'action d'urgence. Presque tous les gouvernements possèdent d'excellents plans de contingence et de préparation en cas d'urgence, mais des lacunes surgissent au moment de les mettre en œuvre. Des approches sur mesure doivent être considérées dans chaque pays afin d'améliorer la détection et le contrôle des épidémies.

**« Comblé le fossé entre la théorie et la mise en œuvre pratique est l'un des principaux défis de l'action d'urgence. »**

## 5. Principaux problèmes identifiés et recommandations

**Les retards dans la déclaration et le contrôle des épidémies s'expliquent par différentes raisons, notamment pratiques, politiques ou de capacité. Même s'il n'existe aucune recommandation standard en la matière, certains choix politiques susceptibles d'entraver une réponse efficace doivent être remis en cause.**

L'importance accordée aux activités régulières de prévention signifie que la réponse aux épidémies est parfois retardée ou empêchée malgré son importance primordiale. Les populations concernées souffrent de cette mauvaise hiérarchisation des priorités qui se traduit par une baisse de la qualité de vie et des pertes humaines.

→ **Les acteurs internationaux et les gouvernements concernés doivent faire preuve de volonté politique pour faciliter la réponse aux épidémies.**

Certains des freins à la riposte sont liés à la difficulté de changer de stratégie en cas d'épidémie. La réalisation des objectifs à long terme se voit accorder plus d'importance que l'action immédiate, parfois sacrifiée au profit des programmes de résilience ou du renforcement des systèmes de santé.

→ **Les acteurs internationaux et les gouvernements concernés doivent réaffirmer le fait qu'en période d'épidémie, les priorités de développement deviennent secondaires face à l'urgence de sauver des vies et d'éviter la propagation de la maladie.**

L'argument faisant état de l'insuffisance de fonds pour répondre aux épidémies s'est désormais généralisé pour justifier le retard ou l'insuffisance de la réponse d'urgence. Souvent, les fonds sont disponibles, mais la compréhension des mécanismes permettant d'y accéder en temps voulu, ainsi que l'expertise requise font défaut.

→ **Des mécanismes de financement plus rapides et plus clairs pour les situations d'urgence sont nécessaires.**

Dans les pays à faible revenu touchés par les épidémies, la réactivité du ministère de la Santé est limitée, entre autres, par le manque de ressources humaines qualifiées, la faiblesse des systèmes de surveillance et l'insuffisance des financements. Cela se traduit par de mauvaises performances en dehors de la phase épidémique. Dans de telles circonstances, il est irréaliste d'attendre que le ministère de la Santé soit capable de détecter et de contrôler efficacement une épidémie.

→ **Une approche sur mesure / ciblée est requise de la part des institutions internationales telles que l'OMS. L'investissement dans l'amélioration du système de surveillance ou de la gestion des cas améliorera la réponse globale même si cela nécessite un travail pratique dans certains pays.**

Les organisations polyvalentes et celles qui se revendiquent comme des intervenants d'urgence n'agissent pas à la mesure de leur discours. Les « pompiers » manquent au front, tout comme le soutien pratique. MSF est l'une des organisations possédant à la fois la volonté et l'expertise nécessaires pour réagir en cas d'épidémies. Généralement les ministères de la Santé et autres acteurs se reposent sur les capacités d'intervenants ainsi expérimentés. Cependant cela ne doit pas empêcher les autres acteurs d'investir davantage dans l'amélioration des capacités de réponse en cas d'épidémie.

→ **Les acteurs internationaux qui se revendiquent comme des intervenants d'urgence doivent être capables de maintenir une capacité d'action suffisante pour agir. Cela inclut des ressources financières, une expertise technique, une capacité logistique ainsi que des ressources humaines qualifiées. Le renforcement des « pools » d'urgence et de la capacité d'intervention rapide permettant d'être immédiatement opérationnel est indispensable.**

La réponse aux épidémies est de plus en plus formatée. Le recours à l'épidémiologie demeure insuffisant dans la construction de la réponse.

→ **Davantage de travaux de recherche doivent être conduits afin de trouver des outils de réponse plus performants et mieux adaptés à la prévention et à la réaction aux épidémies (utilisation de nouveaux vaccins pendant les épidémies, comme le choléra ou le rotavirus, modèles alternatifs d'intervention, nouveaux diagnostics et traitements).**

## Références

- <sup>1</sup> Organisation mondiale de la Santé (2014). Statistiques sanitaires mondiales 2014 : une masse d'information sur la santé publique mondiale. Disponible à : [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2014/fr/](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/fr/) [consulté le 8 avril 2015].
- <sup>2</sup> Bhaskaram P. Rougeole & malnutrition. *Indian J Med Res.* 1995 ; 102:195-199.
- <sup>3</sup> Arnlov J, Larssen A, Global, regional and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet.* 2015 ; 385:117-171. DOI : 10.1016/S0140-6736(14)61682-2
- <sup>4</sup> Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique, Cluster de prévention et contrôle des maladies, épidémies, alertes pandémiques et programme d'intervention. *Outbreak Bulletin.* 13 février 2015 ; 4(6).
- <sup>5</sup> HCR. Ouganda : Le HCR fait son possible pour contenir une épidémie de rougeole parmi les réfugiés sud-soudanais [Internet]. 2015 [consulté le 11 avril 2015].
- <sup>6</sup> Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique. Numéro spécial: vaccination dans la région Afrique. Mars 2015 [consulté le 27 avril 2015] ; 19.
- <sup>7</sup> Delaporte E, Wylér Lazarevic CA, Iten A, Sudre P. Importante épidémie de rougeole à Genève, Suisse, Janvier à Août 2011: épidémiologie descriptive et démonstration de l'efficacité de quarantaine. *Eurosurveillance.* 2013 ;18(6):pii=20395.
- <sup>8</sup> Grout L, Minetti A, Hurtado N, François G, Fermon F, Chatelain A, Harci G, de Dieu Ilunga Ngoie J, N'Goran A, Luquero F J, Grais R F, Porten K. Rougeole en République Démocratique du Congo: description d'une épidémie au Katanga, 2010–2011. *BMC Infect Diseases* 2013 ; 13(1):232. DOI : 10.1186/1471-2334-13-232
- <sup>9</sup> Spiegel P, Le P, Ververs M, Salama P. Occurrence et superposition des catastrophes naturelles, des urgences complexes et des épidémies au cours de la dernière décennie (1995–2004). *Conflict and Health.* 2007; 1(1):2.
- <sup>10</sup> Kebede S, Duale S, Yokouide A, Alemu W. Tendances des grandes épidémies dans la région Afrique 2003–2007. *East African Journal of Public Health.* 2011 ;7(1).
- <sup>11</sup> Organisation mondiale de la Santé. Relevé épidémiologique hebdomadaire. | 1er août 2013 [consulté le 20 avril 2015] ; 89(31):345–356.
- <sup>12</sup> Organisation mondiale de la Santé. Rapport 2014 sur le paludisme dans le monde [Internet]. 2014.
- <sup>13</sup> WHO Mise à jour concernant les poliovirus dérivés de souches vaccinales Janvier 2006-Août 2007. Organisation mondiale de la Santé. Relevé épidémiologique hebdomadaire. 28 septembre 2007 ; 82(39):337-343. [Internet]. Genève : OMS ; 200.
- <sup>14</sup> Organisation mondiale de la Santé (2015) Media Centre, [www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs178/en/](http://www.who.int/mediacentre/fact-sheets/fs178/en/)
- <sup>15</sup> Organisation mondiale de la Santé. Flambées épidémiques [Internet]. 2015 [consulté le 1er mai 2015].
- <sup>16</sup> Bruckner C, Checchi F. La détection d'épidémies de maladies infectieuses dans vingt-deux Etats fragiles, 2000-2010: revue systématique. *Conflict and Health.* 2011; 5:13.
- <sup>17</sup> Koskalova A. et Iscla M. Evaluation de deux interventions d'urgence: épidémie de paludisme et épidémie de rougeole en Province Orientale, RDC, Juin 2012 - Septembre 2013 [Internet]. Unité d'évaluation de MSF à Vienne (MSF) ; 2014.
- <sup>18</sup> Angola 2006, Ethiopie 2007, Soudan du Sud 2015. [www.aljazeera.com/news/2015/06/south-sudan-cholera-outbreak-juba-who-150622163830851.html](http://www.aljazeera.com/news/2015/06/south-sudan-cholera-outbreak-juba-who-150622163830851.html) ; [www.msf.org/article/cholera-angola-almost-500-new-cases-every-day-msf-urges-government-take-stronger-action](http://www.msf.org/article/cholera-angola-almost-500-new-cases-every-day-msf-urges-government-take-stronger-action) ; [www.theguardian.com/world/2007/feb/22/ethiopia](http://www.theguardian.com/world/2007/feb/22/ethiopia)
- <sup>19</sup> Couverture vaccinale au niveau national: estimations de l'OMS et de l'UNICEF. 8 juillet 2014 [consulté le 12 mai 2015]
- <sup>20</sup> Binder A. L'échec humanitaire en Haïti est-il celui du système? *Revue internationale de politique de développement* [en ligne]. 2013 ; 4(3)
- <sup>21</sup> Minetti A et al. La vaccination en réponse à l'épidémie de rougeole spécifique au contexte: aperçus sur l'expérience récente de Médecins Sans Frontières, *PLoS Medicine* 2013, 10(11). DOI: 10.1371/journal.pmed.1001544

## Remerciements

L'auteur souhaiterait saluer les contributions et l'aide inestimables de nombreuses personnes :

Jacqueline Tong, dont l'étude MSF non publiée « Neglected Emergencies: epidemics » (2014) a servi de référence pour plusieurs parties de ce rapport ;

Jean-Clément Cabrol et Laurent Ligozat, qui ont supervisé le projet ;

Micaela Serafini, Caroline Abu Sa'Da, Tammam Aloudat et Bruno Jochum, qui ont apporté des contributions importantes ;

Alexandra Brown, Sara Chare, Elias Primoff, Phil Zabriskie, Morgane Studlé et Marjorie Granjon qui ont contribué à éditer ce rapport ;

Bruno De Cock qui a fait la sélection des photos ;

Valérie Babize et Cornelia Tobler, qui ont assuré la conception et la coordination de ce rapport.



Médecins Sans Frontières  
Rue de Lausanne 78,  
Case Postale 116,  
1211 Genève 21

T. +41 (0) 22 849 84 84  
Email. [office-gva@geneva.msf.org](mailto:office-gva@geneva.msf.org)

© Médecins Sans Frontières - Suisse 2015

