



Organisation Oust Africaine
de la Santé (OOAS)

Bulletin Épidémiologique

Premier trimestre 2018

Dans Cette Édition

01. Situation des maladies à potentiel épidémique

- Choléra
- Rougeole
- Méningite
- Fièvre de Lassa
- La dengue

02. Focus sur la tuberculose

- Améliorer la détection des cas de tuberculose : renforcer et soutenir la détection active des cas dans les pays de la CEDEAO
- Le Nigéria et le diagnostic de la tuberculose par GeneXpert: explorer et relever les défis

03. Systèmes d'Information sur la Santé

- Renforcement de l'analyse et des indices récoltés en faveur du RMNCAH en Afrique Occidentale et Centrale

Éditorial

Très honoré de prendre la charge de l'Organisation Oust Africaine de la Santé (OOAS), je me suis engagé, sous l'orientation des Chefs d'État et de Gouvernement, à travailler en étroite collaboration avec les partenaires, le secteur privé et, bien entendu, la population des États membres de la CEDEAO afin de renforcer les systèmes de santé de notre région et assurer une intégration régionale sans risques sanitaires.

Pour les années à venir, mes priorités les plus importantes seront au nombre de deux : l'impact et l'héritage. Les plus de 320 millions d'habitants de la Communauté de l'Afrique de l'Ouest devraient ressentir l'impact de ce que nous faisons à l'OOAS. Le mandat que les chefs d'État et de Gouvernement ont confié à l'OOAS consiste à s'efforcer à maintenir le niveau de santé et de soins, le plus élevé possible dans la région. À cette fin, nous viserons à renforcer les réseaux et les capacités des agents de santé primaires dans la région. Cela leur permettra de mieux surveiller les maladies et de prévenir les épidémies.

Nous chercherons à établir une industrie de fabrication de médicaments pour desservir la région. Nous aimerions également développer un observatoire régional de la santé pour un plus large partage d'informations et même prévision des événements sanitaires. Enfin, nous travaillerons à réduire le taux de mortalité maternelle et des enfants de moins de 5 ans. Ces mesures permettront à notre région de progresser dans la réalisation de l'ODD 3 des Nations Unies. C'est l'héritage que je cherche à établir.

Nous concentrerons nos efforts sur cinq domaines thématiques:

1. Santé maternelle et infantile et santé des adolescents
2. Produits pharmaceutiques : Comment assurer la production, la qualité et la sécurité des produits pharmaceutiques dans la région
3. Maladies transmissibles et non transmissibles
4. Normes de qualité et Centres d'Excellence
5. Information sur la santé spécifique à la région afin que nous ayons des informations actualisées sur les principaux problèmes de santé et sur la manière d'y répondre

Je demande aux chefs d'État et de Gouvernement de continuer à apporter leur soutien et leur financement pour rendre tout cela possible.

Dans l'esprit de notre volonté renouvelée de partager des informations sanitaires spécifiques à une région, ce bulletin de l'OOAS contient pour la première fois des articles sur un sujet lié à la santé allant au-delà des maladies à potentiel épidémique. Dans ce numéro, nous avons inclus deux articles sur les expériences récentes de diagnostic de la tuberculose dans notre région. Je vous encourage également à nous envoyer des suggestions sur les thèmes à couvrir dans les prochains numéros du bulletin.

Directeur Général
Pr. Stanley OKOLO

Situation des maladies à potentiel épidémique

Situation des maladies à potentiel épidémique (MPE) prioritaires et autres urgences sanitaires dans l'espace CEDEAO à la fin du premier trimestre de l'année 2018

Introduction

La situation des maladies à potentiel épidémique (MPE) fait l'objet de suivi au niveau de l'OOAS à travers les bulletins épidémiologiques hebdomadaires des pays et la plateforme régionale de partage d'information sur les MPE. Cette surveillance vise à informer l'OOAS et les pays sur les tendances et les risques de propagation de ces maladies afin de soutenir la prévention et la riposte.

Au cours du premier trimestre de l'année 2018, l'OOAS a reçu les bulletins hebdomadaires des treize premières semaines de tous les pays de la CEDEAO. Elle a par ailleurs amélioré la complétude des données de la plateforme régionale avec la mise à disposition d'un module d'importation des données à partir des bases de données (Excel) de la surveillance que les pays partagent avec l'OMS. Ces actions contribuent à l'amélioration de la disponibilité et de la qualité des données pour la surveillance des maladies au niveau régional.

Au cours de ce trimestre, les MPE les plus fréquemment notifiées dans l'espace CEDEAO sont la rougeole (plus de 13 000 cas dans 14 pays) et la méningite (4356 cas dans 14 pays). En comparant avec la même période des deux années précédentes, ces deux maladies semblent reculer. Par contre, le choléra et la fièvre de Lassa connaissent une augmentation importante, particulièrement au Nigeria. La méningite et la fièvre de Lassa sont les maladies qui ont causé le plus de décès, avec 293 et 162 personnes tuées respectivement.

La figure 1 ci-dessous montre la tendance du nombre de cas suspects des principales MPE dans l'espace CEDEAO. Le nombre de cas suspects et de décès par pays et par maladie sont donnés au tableau 1

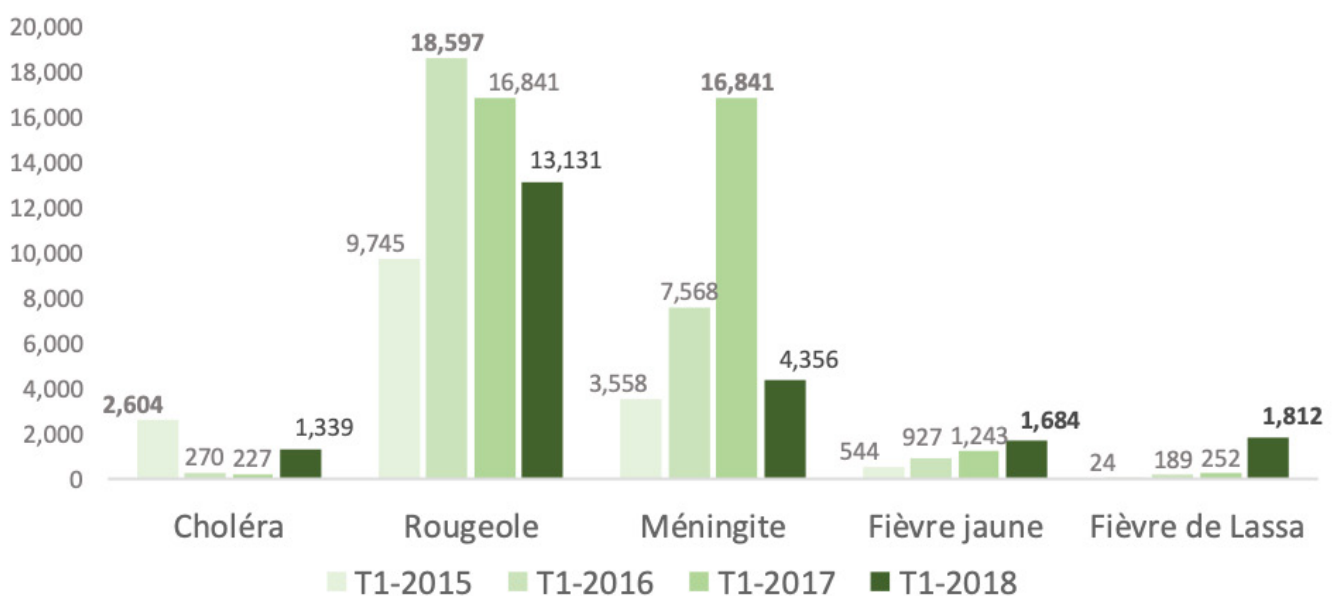


Figure 1 : Evolution du nombre de cas (suspects ou confirmés) des principales MPE au premier trimestre des quatre dernières années

Choléra

L'espace CEDEAO a enregistré 1339 cas (suspects ou confirmés) de choléra au cours du premier trimestre de l'année 2018. Cela représente neuf fois plus de cas qu'en 2017 et 5 fois plus qu'en 2016, pour la même période. Cependant, contrairement aux années antérieures, presque tous les cas (1262, soit 94%) sont concentrés au Nigeria qui continue de faire face à la flambée que le pays a connue vers la fin de l'année 2017. Le Liberia (35 cas) et la Sierra Leone (32 cas) sont les autres pays qui ont enregistré le plus de cas après le Nigeria. Au total, le choléra a causé 38 décès, tous au Nigeria (Taux de létalité 3%) au cours de ce trimestre.

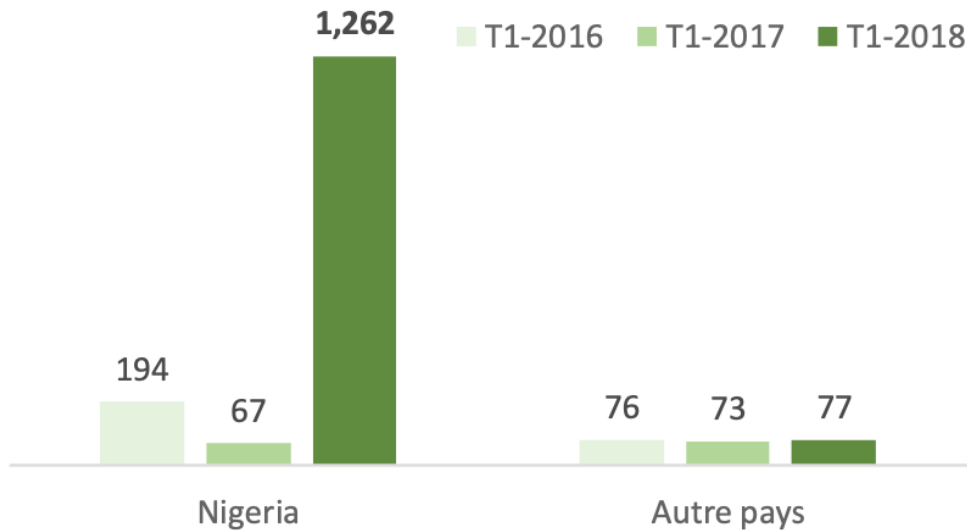


Figure 2: Evolution du nombre de cas suspects ou confirmés de choléra au cours du premier trimestre de 2016 à 2018 au Nigeria et dans les autres pays de la CEDEAO

Rougeole

La rougeole est l'une des plus répandues des MPE dans la région. Au cours du premier trimestre, un total de 13131 cas (suspects ou confirmés) a été notifié par 14 pays, à l'exception du Cap Vert. Sa létalité reste relativement faible (0,5%).

Bien qu'élevé, le nombre de cas suspects de rougeole est en recul de 22% par rapport à la même période de 2017, du fait de la relative accalmie au Nigeria et en Guinée. Le Burkina Faso et le Libéria sont les pays qui enregistrent les augmentations les plus importantes du nombre de cas de la maladie.

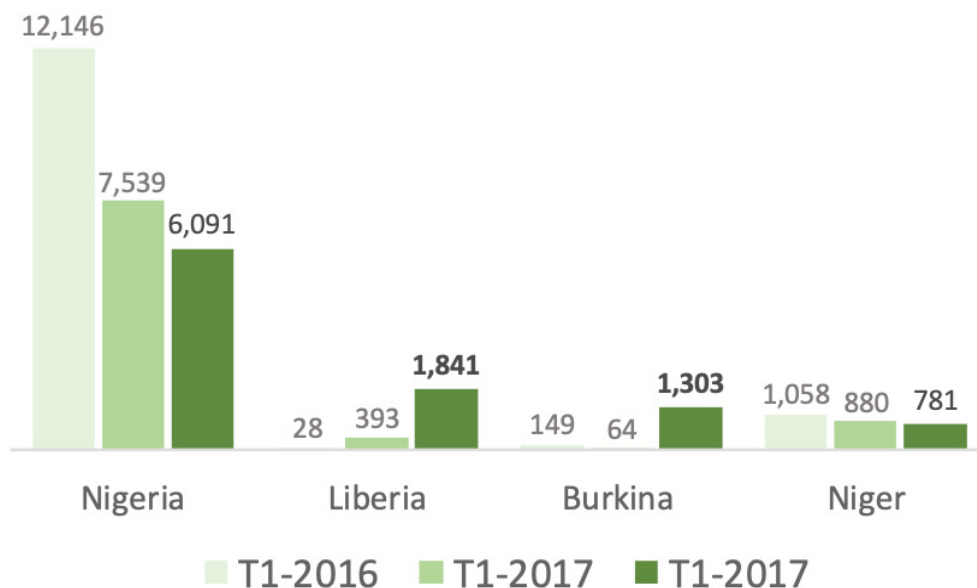


Figure 3: Evolution des cas de rougeole notifiés par les pays les plus touchés au cours de la période de 2016 à 2018

Méningite

La méningite est l'une des maladies à potentiel épidémique les plus importantes en terme d'incidence et les plus graves dans l'espace CEDEAO. Au cours du premier trimestre de l'année, un total de 4356 cas (suspects ou confirmés) avec 293 décès (Taux de létalité = 6,7%) a été enregistré dans 14 pays, à l'exception de la Guinée-Bissau. Le Nigeria, le Burkina Faso, le Ghana et le Niger sont les pays les plus touchés. Ils cumulent 75% des cas du trimestre. La figure 4, montre l'évolution du nombre de cas (suspects ou confirmés) de la maladie dans les ces quatre pays les plus touchés.

L'incidence de la maladie est plus faible en 2018 qu'au cours de la même période des années antérieures, soit 7161 cas en 2017 et 7568 cas en 2016. Cependant, on note une augmentation très rapide des cas au Niger et au Nigeria à la fin du trimestre. Ce qui laisse craindre une recrudescence de la maladie comme au cours de l'année 2017.

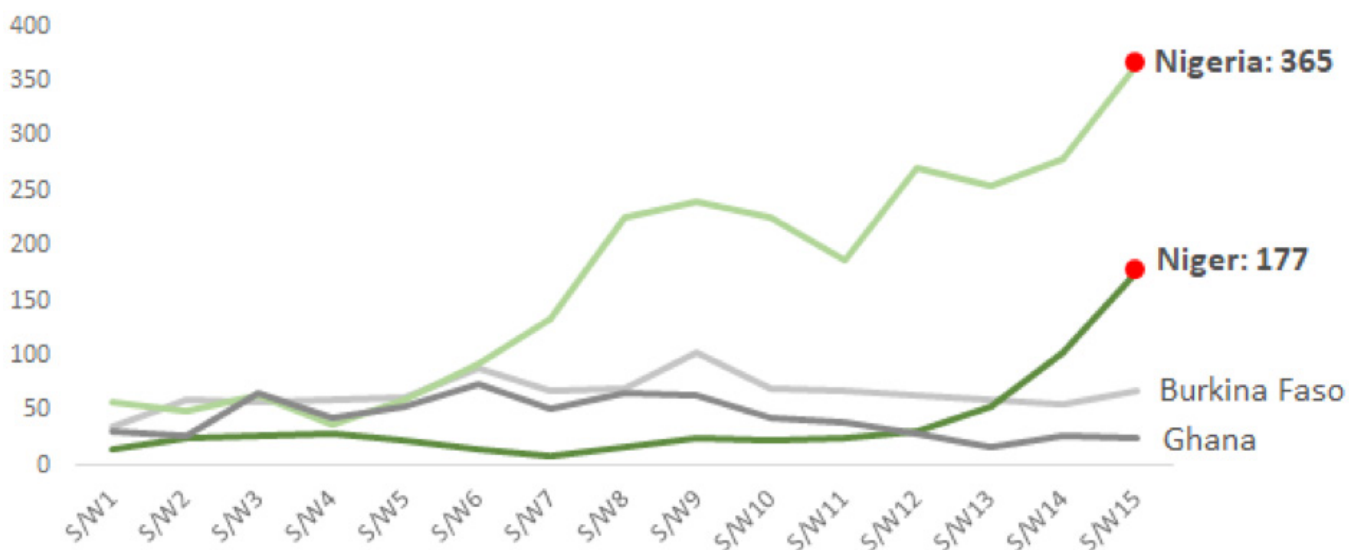


Figure 4: Evolution hebdomadaire du nombre de cas suspects de méningite au cours du premier trimestre de l'année 2018 au Burkina Faso, au Ghana, au Niger et au Nigeria

Fièvre de Lassa

L'incidence de la fièvre de Lassa connaît une tendance à la hausse dans l'espace CEDEAO. Depuis 2015, des cas de la maladie sont enregistrés chaque année au Nigeria, au Libéria et en Sierra Leone. Le Bénin notifie des cas depuis 2016. Au premier trimestre de cette année, 1812 cas suspects ou confirmés, ayant causé 162 décès ont été enregistrés par l'ensemble de ces pays, y compris 2 cas suspects en Gambie. Au cours de la même période ce sont respectivement 252 cas et 189 cas qui ont été enregistrés en 2017 et 2016. Le Nigeria concentre 94% des cas, soit 1,706.

Le taux de létalité de 8,9% en 2018 est à ceux de l'année 2017 (6%) mais reste inférieur à celui de 2016 (23,3%).



Figure 5: Trend of reported cases of Lassa fever between 2016 and 2018 in the affected countries (Q1)

La dengue

Au cours du premier trimestre de l'année, seul le Burkina Faso a notifié des cas de dengue dans la région CEDEAO. Au total, 903 cas et 6 décès ont été enregistrés contre 260 cas et 1 décès au cours de la même période de 2017. La Côte d'Ivoire (au deuxième et troisième trimestre) et le Sénégal (au quatrième trimestre) avaient enregistré des cas en 2017. Mais ils n'ont pas signalé de cas au cours de ce trimestre. Néanmoins, la tendance observée sur les trois dernières années montre que la maladie est en expansion dans la région aussi bien en termes du nombre de cas que des pays touchés.

Le graphique ci-dessous montre que le nombre hebdomadaire de cas (suspects ou confirmés) de la dengue au premier trimestre est resté supérieur à ce qui avait été observé au cours de la même période de l'année 2017 au Burkina.

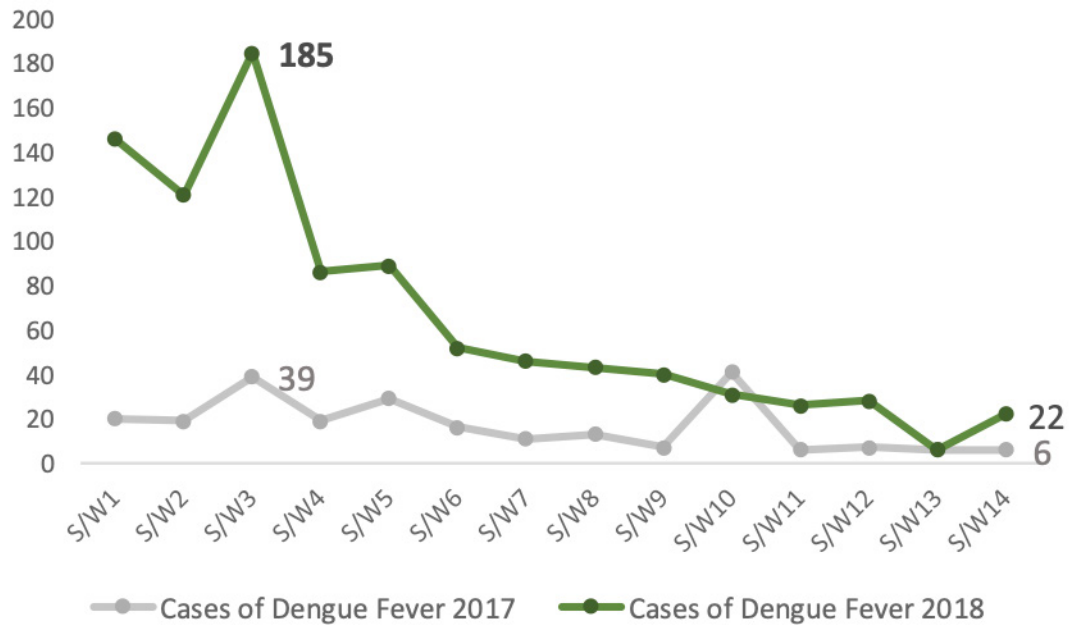


Figure 6: Evolution hebdomadaire du nombre de cas (suspects ou confirmés) de dengue au Burkina au cours du premier trimestre de 2017 et 2018

Pays	Choléra		Méningite		Rougeole		Fièvre Jaune		Fièvre Lassa		Tétanos Néonatal	
	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès	Cas	Décès
Bénin	0	0	123	10	298	1	28	0	24	9	1	0
Burkina Faso	0	0	869	59	1303	5	320	5	0	0	2	1
Cape Verde	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Côte D'Ivoire	1	0	92	1	697	0	224	0	0	0	3	2
The Gambia	8	0	6	0	11	0	2	0	2	0	0	0
Ghana	0	0	625	49	511	0	219	0	0	0	4	0
Guinée	1	0	90	11	682	6	42	2	0	0	36	17
Guinée-Bissau	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0
Liberia	35	0	22	1	1841	2	27	0	52	7	4	0
Mali	0	0	180	1	548	0	58	3	0	0	1	0
Niger	0	0	306	24	781	1	11	0	0	0	2	0
Nigeria	1262	38	1804	119	6091	53	618	0	1706	142	11	2
Sénégal	0	0	69	3	190	0	50	0	0	0	0	0
Sierra Leone	32	0	14	4	107	0	17	0	28	4	10	2
Togo	0	0	155	11	70	0	68	0	0	0	3	0
Total CEDEAO	1339	38	4356	293	13131	68	1684	10	1812	162	78	4

Sources : Services SIMR pays

Tableau 1 : Nombre de cas et décès (suspects ou confirmés) des maladies à potentiel épidémique les plus récurrentes notifiées par pays de la CEDEAO au premier trimestre 2018

Focus sur la tuberculose

Améliorer la détection des cas de tuberculose: Renforcer et soutenir la détection active des cas dans les pays de la CEDEAO

Il est crucial d'atteindre activement les populations défavorisées ou à haut risque pour le dépistage de la tuberculose, de les analyser et de les soigner pour combler le fossé dans la détection des cas. Bien que coûteuse, cette approche peut éviter les coûts plus élevés de prise en charge de ces personnes à un stade ultérieur.

Par Paula Akugizibwe

La détection de la tuberculose reste un défi mondial, avec une estimation de 40% des cas totaux de tuberculose qui ne seraient pas notifiés¹ - qui entraîne la mort des patients qui ne sont pas diagnostiqués et donc non traités. Ce problème est particulièrement prononcé dans la région africaine. Cinq pays membres de la CEDEAO font partie d'une liste ou plusieurs listes mondiales des pays où le taux de tuberculose est plus élevé.

Le Nigéria figure parmi les pays ayant le plus grand nombre de patients atteints de TB, TB-VIH, et TB multi résistante. Le Libéria et la Sierra Leone figurent parmi les pays ayant le taux le plus élevé de cas de TB par habitant, alors que le Ghana, la Guinée-Bissau et le Libéria font partie des pays ayant le taux le plus élevé de cas de co-infection par la TB et le VIH par habitant. Cependant, à l'exception de la Sierra Leone, le taux de détection de cas (TDC) dans ces pays - la proportion de cas incidents qui sont détectés et notifiés - est plus bas que la moyenne globale (Table 1), et sous la barre des 40% au Ghana, en Guinée-Bissau et au Nigéria. Le Nigéria en particulier a été signalé comme l'un des trois pays les plus durement touchés dans lesquels un effort plus intense pour améliorer le taux de détection de cas est nécessaire dans le but d'atteindre les objectifs globaux en terme de lutte contre la TB - pendant que seulement 4% de l'incidence globale de TB estimée est liée au pays, cela correspond à 8% des cas manquants au niveau mondial² - mais en même temps, la capacité de diagnostic disponible telle que les machines GeneXpert reste sous-utilisée.³

	Ghana	Guinée-Bissau	Libéria	Nigéria	Sierra Leone
Incidence TB totale (estimation de l'OMS)	4,4000	6,800	14,000	407,000	22,000
Notifications totales de TB	14,675	2,247	7,180	100,433	14,114
Taux de Dépistage des Cas (toutes TB confondues)	33.4%	33.0%	51.3%	24.7%	64.2%

Tableau 1: Incidence de la TB et Dépistage de cas dans 5 des pays les plus touchés de la CÉDÉAO (OMS 2017)

Prendre en compte ces lacunes implique que les pays aillent au-delà du dépistage passif de cas (DPC) - l'approche traditionnelle de dépistage de la tuberculose selon laquelle le dépistage et le diagnostic ne sont possibles que quand les patients se présentent d'eux-mêmes dans les établissements de santé. Globalement, il y a une emphase sur le besoin de dépistage actif des cas (DAC), qui est vu comme crucial pour remédier au problème de dépistage des cas. Le Partenariat Halte à la tuberculose définit le DAC comme « des efforts spéciaux fournis par le PNT ou d'autres partenaires... grâce auxquels les communautés ou groupes de populations défavorisés ou à plus haut risque de tuberculose sont activement contactés dans le but de leur fournir un accès aux soins, y compris le dépistage et les analyses⁴ ». Cependant, la mise en œuvre à grande échelle du dépistage actif des cas s'est avérée difficile. Une étude récente sur l'impact des projets de DAC supportée par les deux premières phases du programme Partenariat Halte à la Tuberculose ont montré que, bien que ces projets aient significativement augmenté le dépistage de la tuberculose dans les zones d'intervention, dans la plupart des cas ils n'ont pas impacté la notification globale des frottis positifs (SS+) au niveau national, pendant ou après l'intervention.⁵

¹ Rapport sur la Tuberculose 2017 de l'OMS

² Rapport Mondial sur la Tuberculose de l'OMS

³ Article Gidado

⁴ Document sur les études de cas TB Reach

⁵ Koura study

La seule exception était un pays de la CEDEAO, le Bénin, où il y a eu une augmentation significative de la notification des frottis positifs SS+ autant sur le plan local que national pendant l'intervention. Cependant, comme les auteurs l'ont fait remarquer, « il a été estimé que le coût par nouveau patient diagnostiqué via le DAC [au Bénin] est supérieur à 4000\$ US avec une équipe composée d'un médecin et d'infirmières a été embauchée. Dans d'autres pays, le coût par cas de tuberculose détecté a été estimé à 800\$ US ». Ceci illustre le challenge des projets de DAC, qui mobilisent souvent des ressources considérables et sont limitées à des localités et délais bien déterminés. Bien que de tels projets puissent générer des leçons informatives sur les approches nationales plus larges au dépistage, ces leçons ne sont souvent pas applicables à l'échelle nationale à cause de la quantité de ressources nécessaires.

Bien que le DAC puisse être coûteux, il est important pour les pays de considérer les coûts qui sont évités en réalisant des diagnostics précoces au sein des populations qui sont à haut risque. Par exemple, l'OMS recommande le DAC pour les ménages en contact avec des patients atteints de tuberculose quoique l'implémentation soit insuffisante dans de nombreux environnements, étant donné que le suivi actif dans les communautés demande d'importantes ressources. Cependant, des études de rentabilité menées dans différents pays tels que l'Uganda et le Pérou ont montré que, lorsque les coûts évités sont pris en considération, les enquêtes sur les proches en combinaison avec la DPC est plus rentable comparé à la DPC seule.⁶ En investissant dans les recherches au sein des ménages en contact immédiat des malades, ce qui ce qui devrait générer de forts taux de diagnostic de tuberculose, les pays pourraient économiser les coûts associés à la tuberculose non diagnostiquée et non traitée.

“En investissant dans les enquêtes de contact auprès des proches des malades, les pays pourraient économiser les coûts associés à la tuberculose non diagnostiquée et non traitée.”

A travers des partenariats, le DAC de tuberculose peut aussi être associé à d'autres projets de santé, ce qui permet de déployer le DAC sans être obligé d'investir dans des projets complémentaires à part. L'exemple le plus répandu est le dépistage de la tuberculose dans les établissements de soin dédiés au VIH, ce qui est devenu un composant clé de la lutte mondiale contre le VIH. Il existe de nombreux autres secteurs où un partenariat pourrait potentiellement générer un fort bénéfice pour le DAC - par exemple, en intégrant le dépistage de la tuberculose dans un programme contre la malnutrition ou le diabète.⁷⁸ Les partenariats avec le secteur privé de la santé sont également essentiels: dans de nombreux pays, les médecins ou pharmacies privés sont le premier maillon dans le parcours de soin des patients tuberculeux, mais la gestion de la tuberculose dans le secteur privé est souvent fragmenté, insuffisamment contrôlé et de qualité variable, ce qui entraîne de nombreuses opportunités manquées pour dépister correctement la tuberculose.

De plus, à cause du manque chronique de ressources humaines dans le secteur de la santé dans la plupart des pays, il est irréaliste et coûteux de compter sur les infirmiers et les médecins pour conduire des DAC de tuberculose. L'un des moyens moins coûteux mais très concrets de déployer le DAC est d'engager des membres de la communauté ou des travailleurs de la santé non professionnels. Au Rwanda par exemple, près de la moitié des cas présumés de tuberculose, et un sur quatre de cas de diagnostic confirmé au niveau national, sont référés par des agents de santé communautaires, dans le cadre plus étendu de leur mission.⁹ Au Pakistan, le dépistage de la tuberculose par des agents de santé non professionnels dans des établissements privés, combiné à une communication de masse sur les symptômes de la tuberculose, a résulté en une augmentation de la notification des cas de tuberculose de 3.77 pour les adultes et de 7.32 pour les enfants en seulement un an.¹⁰

Par-dessus tout, il est important de se souvenir qu'il n'y a pas un seul modèle de DAC. Le choix de la population cible, les algorithmes, les sites de dépistage et les diagnostics devraient être basés sur une analyse approfondie de l'épidémiologie nationale et des systèmes de santé, y compris les ressources humaines et l'infrastructure communautaire/des installations. Dans certains pays de la CEDEAO comme le Ghana¹¹ et le Nigéria¹², de telles études ont été conduites et devraient informer les stratégies nationales de dépistage des cas. Les approches du DAC les plus efficaces et durables varieront selon le contexte, et en investissant dans des planifications judicieuses basées sur des données probantes, les programmes de tuberculose peuvent assurer des progrès plus rapides et durables pour atteindre les objectifs de dépistage des cas.

⁶ Etude Shah, Etude Sekandi

⁷ <http://sciencespeaksblog.org/2017/08/09/study-screening-malnourished-children-for-tb-in-high-burden-countries-would-boost-detection/>

⁸ Jeon et al https://www.cap-tb.org/sites/default/files/documents/Bidirectional%20screening%20for%20DM%20and%20TB.systematic%20review_0.pdf

⁹ <http://www.afro.who.int/news/rwanda-employs-stringent-measures-significantly-decline-tb-incidences>

¹⁰ Khan 2012

¹¹ Ohene 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5709967/>

¹² https://www.researchgate.net/publication/301298611_Impact_of_community_based_tuberculosis_care_interventions_on_TB_Case_detection_in_Nigeria_-_What_works_and_what_does_not

Le Nigéria et le diagnostic de la tuberculose par GeneXpert: explorer et relever les défis

GeneXpert a le potentiel de révolutionner le diagnostic de la tuberculose. Mais pour atteindre son potentiel maximal, des stratégies contexte-spécifiques sont nécessaires afin de garantir une fonctionnalité complète malgré des conditions externes moins favorables.

Par Paula Akugizibwe

L'adoption en 2010, par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), de l'outil diagnostic de la tuberculose GeneXpert comme test de première ligne a été saluée comme une étape majeure dans la riposte globale contre la tuberculose.¹³ GeneXpert promettait un diagnostic plus rapide et plus précis de la tuberculose et de ses formes pharmaco-résistantes au niveau des établissements de santé, ainsi que le passage de la microscopie à une technologie moléculaire de pointe. Cependant, sa mise en œuvre a connu de nombreux problèmes, et les études menées dans plusieurs pays d'Afrique ont montré que son impact sur la mortalité n'est pas aussi important qu'espéré.¹⁴

Le test a été rapidement développé dans le monde entier, et en 2016, tous les pays membres de la Communauté Économique des États de l'Afrique de l'Ouest (CÉDEAO) s'étaient procuré les machines et cartouches Xpert. Le Nigéria¹⁵, classé 7ème sur la liste mondiale des pays les plus durement touchés, s'est procuré plus d'un demi-million de cartouches. En Mai 2017, le Gouvernement Fédéral du Nigéria a déclaré avoir déployé 185 machines à travers le pays, formé du personnel, et établi un plan de maintenance pour les machines ainsi que des systèmes pour la gestion de la chaîne d'approvisionnement/logistique, la supervision et le Suivi et l'Évaluation.¹⁶

Malgré cette planification par le Programme National de la Tuberculose et de la Lèpre (PNLTL), le Nigéria - comme beaucoup d'autres pays en voie de développement - est aux prises avec de plus grandes lacunes du système de santé qui ont affecté le développement de Xpert.

Une étude publiée en Mars 2018, basée sur les données récoltées à partir de 52 219 tests réalisés en 2015, a démontré que les machines Xpert étaient sous-utilisées, et que parmi les tests réalisés, 11% étaient infructueux pour cause d'erreur de résultat, résultat non valide, ou absence de résultat (Gidado et al 2018¹⁷). Le taux d'erreur de résultat en particulier étaient particulièrement élevé, à 5.7%, en ce qui concerne les soins de santé primaire, bien que, comme souligné par les auteurs, le fabricant de Xpert a alerté qu'un « taux d'erreur cumulatif supérieur à 5% est inacceptable et devrait être analysé et résolu immédiatement ».

“Les erreurs techniques sont souvent associées aux erreurs humaines, - et ont été relevées dans toutes les catégories de personnel au niveau des soins primaires, secondaires et tertiaires.”

GeneXpert peut détecter la présence de la TB en moins de deux heures, comparé aux 48 heures nécessaires pour la détecter via l'examen microscopique des frottis d'expectoration. La technologie est plus sensible que la microscopie, spécialement chez les patients immunodéprimés. Xpert peut aussi détecter la résistance à la rifampicine, un traitement de première ligne, dans les souches de TB. La résistance à la rifampicine sert de substitut à la tuberculose multi-résistante (TBMR) - un diagnostic qui autrement prendrait plusieurs semaines si on utilisait les tests conventionnels, période durant laquelle l'état du patient pourrait se détériorer et il pourrait transmettre la souche résistante à d'autres membres de la communauté.

L'étude a démontré que 69% des causes sous-jacentes d'erreur de résultat étaient dues à des erreurs techniques. Les erreurs techniques sont souvent associées à une erreur humaine due au non-respect des protocoles et ont été relevées dans toutes les catégories de personnel au niveau des soins primaire, secondaire et tertiaire. Bien que le PNLTL ait beaucoup investi dans la formation pour la mise en œuvre de l'Xpert, les auteurs ont souligné que les taux élevés de perte d'effectif de personnel soignant dans le secteur public laissent à un personnel moins expérimenté le soin de réaliser les tests Xpert. Entretien et renforcer la capacité du PNLTL est donc crucial, et nécessite de prendre en compte des taux de rotation élevés du personnel.

¹³ http://www.who.int/tb/features_archive/new_rapid_test/en/ . Accès le 24 Mai 2018

¹⁴ <https://academic.oup.com/trstmh/article/110/8/432/2427525> . Accès le 24 Mai 2018

¹⁵ <http://apps.who.int/tb/laboratory/xpertmap/> . Accès le 24 Mai 2018

¹⁶ <https://naca.gov.ng/2017/05/government-nigeria-deploys-185-genexpert-machines-across-country/> . Accès le 24 Mai 2018

¹⁷ Gidado M, Nwokoye N, Nwadike P, et al. Unsuccessful Xpert® MTB/RIF results: the Nigerian experience. Public Health Action. 2018;8(1):2-6. doi:10.5588/pha.17.0080.

D'autres causes d'erreur incluent des facteurs environnementaux externes tels que les températures élevées et la poussière. Bien que l'amélioration de la maintenance des réfrigérateurs et de climatiseur soit nécessaire, même des ajustements mineurs comme s'assurer d'un espace suffisant entre la machine Xpert et le mur pourraient aider à réguler la température. Un réseau électrique instable est un problème rencontré à tous les niveaux de soin. Un investissement plus conséquent dans l'approvisionnement électrique d'urgence durable est nécessaire - problème non spécifique au programme concernant la tuberculose. Comme beaucoup d'autres problèmes relevés, cela met en exergue les limitations encourues lors du déploiement de technologies de pointe dans des systèmes de santé insuffisants.

“Une leçon clé à retenir est le besoin de voir au-delà du simple fait d'avoir accès à Xpert comme seul indicateur de succès.”

Les défis décrits dans l'article de Gidado ne sont pas propres au Nigéria, et ont été relevés dans beaucoup d'autres pays dès les premières phases du déploiement de Xpert. Une leçon clé qui a été retenue par les auteurs est le besoin de voir au-delà du simple fait d'avoir accès à Xpert comme seul indicateur de succès. Suivre et réduire le taux de tests échoués, qui n'offrent aucun bénéfice au patient et font perdre des ressources précieuses, est tout autant important, de même qu'encourager l'utilisation d'Xpert. Les auteurs recommandent que « le PNLTL et les donneurs devraient prioriser l'implémentation de stratégies d'amélioration de la fonctionnalité des machines Xpert sur l'installation de nouvelles machines. »

Enfin, il est important de noter que les gains promis par mise à l'échelle de l'utilisation de Xpert ne peuvent être atteints sans un effort plus intense dans tous les domaines de soins de la tuberculose. Plusieurs études menées dans les environnements les plus touchés, y compris le Nigéria, ont montré que, même quand les résultats de tests ont été traités avec succès, Xpert n'a pas amélioré la survie des patients de façon significative, malgré le diagnostic plus précoce.¹⁸ Cependant, son impact limité sur la mortalité est souvent dû à des facteurs au-delà du scope des activités de diagnostic.

Comme Pai et al ont commenté plus tôt cette année : « le but d'un test de diagnostic de la tuberculose est d'identifier rapidement et précisément les patients atteints de tuberculose. Une fois que cela est fait, d'autres facteurs deviennent plus importants, par exemple, quel traitement est initié et pourquoi... Ces étapes de soins en cascades sont souvent insuffisantes dans de nombreux environnements. Dans ce cas, est-il normal d'espérer qu'un test de la tuberculose sauve des vies ? »¹⁹. Il est donc essentiel que réponses à la tuberculose ne se concentrent pas sur une seule innovation, mais travailler globalement pour renforcer la cascade de soin entière, depuis la prévention en passant par le dépistage actif des cas jusqu'à complétion du traitement.

¹⁸ Akanbi MO, Achenbach C, Taiwo B, et al. Evaluation of gene xpert for routine diagnosis of HIV-associated tuberculosis in Nigeria: A prospective cohort study. BMC Pulmonary Medicine. 2017;17:87. doi:10.1186/s12890-017-0430-6.

¹⁹ Pai M, Schumacher SG, Abimbola S. Surrogate endpoints in global health research: still searching for killer apps and silver bullets? BMJ Glob Health 2018;3:e000755. doi:10.1136/bmjgh-2018-000755

Systemes d'Information sur la Santé

Renforcement de l'analyse et des indices récoltés en faveur du RMNCAH en Afrique Occidentale et Centrale



La disponibilité d'information de qualité requise sur la santé dans tous l'espace CEDEAO et son accessibilité à tous les niveaux des systèmes de santé reste une des grandes priorités de l'OOAS. Reconnaisant les faibles capacités institutionnelles des systèmes nationaux d'information sanitaire à produire et à partager des informations nécessaires, l'OOAS s'engage à élargir les partenariats visant le renforcement des capacités techniques et organisationnelles des dites systèmes.

C'est en ainsi qu'au cours du premier trimestre 2018, en collaboration avec l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et le projet Countdown to 2030 for Reproductive, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health, l'OOAS conduit l'implémentation de l'Initiative Régionale Pour le Renforcement des Capacités en analyse des données de Santé Reproductive, Maternelle, Néonatale, de l'Enfant et Nutrition (SMNEA & N) en Afrique de l'Ouest et Centrale. L'objectif général de l'initiative est de 1) renforcer l'évidence pour soutenir les programmes de SMNEA à travers des études multi-pays, 2) Renforcer les capacités des pays et des institutions régionales en analyse de données d'enquêtes et d'autres types d'analyses de même que l'interprétation et la communication des résultats aux décideurs politiques.

Une réunion ayant pour but de renforcer la capacité des participants à analyser les données issues du programme RMNCAH s'est tenue au Sénégal en mars. Des représentants des ministères de la santé, d'institutions de santé publique et du milieu académique provenant des 15 pays de la CEDEAO et des cinq pays d'Afrique Centrale se sont réunis. Les participants ont conduit leurs propres analyses basées sur les données EDS (Enquêtes Démographiques de Santé) /MICS (enquêtes à indicateurs multiples) de leurs pays respectifs. Ils ont contextualisé l'interprétation des résultats en reliant des données à faible couverture aux lacunes des services ou programmes de santé, et ont gagné de l'expérience avec des outils tels que StatCompiler et HeatPlus.

Avant la prochaine réunion, les participants compileront les données du système et des établissements de santé de leurs pays respectifs. Il est attendu qu'au but de deux sessions de travail (orientation, formation et assistance), les participants seront capables de produire:

- une analyse comparative du profil des pays sur les inégalités en SMNEA touchant trois dimensions: le bien-être, le milieu de résidence (urbain-rural) et les régions administratives
- les analyses pour l'élaboration d'articles scientifiques conjoints en se focalisant sur trois thèmes: (1) l'analyse comparative sur les inégalités socioéconomiques (2) les inégalités au niveau régional dans chaque pays (3) les inégalités en SMNEA par résidence (capitale, autre urbain, rurale).

Le projet ira continuer en 2019 avec des autres volets et d'autres initiatives visant à renforcer la production des évidences sont en cours de développement



Ce document est produit par l'Organisation Ouest Africaine de la Santé (OOAS).

L'OOAS est l'institution spécialisée de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO) pour les question de santé. Elle a été créée en 1987 et son siège est établi à Bobo-Dioulasso au Burkina Faso.

175, Av. Ouezzin COULIBALY

01 BP 153 Bobo-Dioulasso, Burkina Faso

Email: wahooas@wahooas.org | wahooas@fasonet.bf

 <https://facebook.com/ooaswaho/>

 @OoasWaho