

MINISTRE DE LA SANTE
ET DE L'HYGIENE PUBLIQUE

REPUBLIQUE DE COTE D'IVOIRE
UNION – DISCIPLINE – TRAVAIL



GUIDE TECHNIQUE
POUR LA
SURVEILLANCE
INTEGREE DE LA
MALADIE
ET LA **RIPOSTE** EN
COTE D'IVOIRE
(SIMR)

Cette seconde édition du Guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte (SIMR) a été préparée par le Groupe Prévention et lutte contre les maladies avec la participation et l'implication actives des programmes chargés de la surveillance des maladies du Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS-AFRO), à Brazzaville (Congo) et des *Centers for Disease Control* (CDC) d'Atlanta, USA

Cette nouvelle édition a pour but d'actualiser les informations, d'inclure d'autres maladies, affections et événements sanitaires prioritaires et d'incorporer les aspects du Règlement sanitaire international (RSI) qui concernent la surveillance des maladies.

La mise à jour de ce Guide a bénéficié des suggestions et des conseils des équipes SIMR ayant préparé la première édition. Cette nouvelle édition a bénéficié de l'expertise technique de plus d'une centaine d'experts de la surveillance des maladies de l'OMS, des CDC et des Ministères de la santé des pays africains qui ont conçu et réalisé la première édition.

Pour le processus de révision, l'OMS a organisé une première consultation interne, suivie d'une plus large consultation à travers une série de réunions auxquelles ont participé différents partenaires et Etats Membres. Par ailleurs, un comité ad hoc SIMR, constitué spécialement pour aider au processus de révision, a revu la version finale. Une dernière réunion consultative des partenaires s'est tenue en août 2010 pour finaliser cette édition.

Compilé et rédigé par :

Dr Francis Kasolo, MD, MSc, PhD, DTM&H RCP
Directeur de programme, Surveillance intégrée de la maladie
Groupe Prévention et Lutte contre les Maladies
OMS-AFRO
Brazzaville, Congo

Dr Jean-Baptiste Roungou, MD, MPH
Directeur
Groupe Prévention et Lutte contre les Maladies
OMS-AFRO
Brazzaville, Congo

Helen Perry, PhD
Centers for Disease Control and Prevention
Center for Global Health

Division of Public Health Systems and Workforce Development
Field Epidemiology and Systems Development Branch
Atlanta, Georgia, USA

Auteurs

Les personnes mentionnées dans le tableau ci-dessous ont participé activement aux différentes étapes de la rédaction et de la révision du document.

| CDC | OMS |
|--|---|
| <p>Dr Peter Nsubuga Chief, Field Epidemiology and Systems Development Branch, Division of Public Health Workforce and Systems Development, Center for Global Health</p> <p>Dr. Helen Perry Team Lead, IDSR, Field Epidemiology and Systems Development Branch, Division of Public Health Workforce and Systems Development, Center for Global Health</p> <p>Mr Kevin Embrey Fellow, Association of Schools of Public Health, Field Epidemiology and Systems Development Branch, Division of Public Health Workforce and Systems Development, Center for Global Health</p> | <p>Dr Adamou Yada, EPR/DPC Dr Fernando Da Silveira, IDS/DPC Dr Kwenteminga Tshioko, IDS/DPC Dr Louis H. Ouedraogo, IDS/DPC Dr Peter Gaturuku, IDS/DPC Dr Ali Yahaya, IDS/DPC Dr Boureima Sambo, NPC/DPC Dr Zabloni Yoti EPR/DPC Dr Wondimagegnehu Alemu, WR Sierra Leone Dr Bernido Impouma EPR/DPC Dr Celia Woodfill EPR/DPC Dr Ladry Bide NTD/DPC Dr Patience Mensah, FAN/HPR Dr Bakayita Nathan MAL/ATM Dr Abdikamal Alisalad, RPA/ATM Dr Deo Nshimirimana IVD/ARD Dr Ekeke Monono MVI/DPC Dr Abel Dushimimana MPS/FRH Dr Henriette Wembanyama TUB/ATM Dr Sebastiana Da Gama Nkomo MVI/DPC Dr. Jean-Marie Dangou, NPC/DPC Dr Sidi Allel Louazani, HRF/HPR Mr Corera Choueibou , IDS/DPC Dr Phaniel Habimana, CAH/DRH</p> |
| USAID | |
| <p>Dr Sambe Duale Technical Director and Infectious Disease Advisor USAID/Africa's Health in 2010 Washington, DC</p> | |

Conception et réalisation graphique de la couverture : Diane Speight (BA), CDC, Atlanta, USA

L'information contenue dans ce manuel est du domaine public. Elle peut être utilisée et reproduite sans demande d'autorisation. Il convient néanmoins de citer la source : Organisation mondiale de la Santé et Centers for Disease Control and Prevention (2010). Guide technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région africaine. Brazzaville, République du Congo et Atlanta, USA: 1-439.

Remerciements

Nous remercions tous ceux qui ont contribué aux aspects techniques de cette seconde édition

| Centers for Disease Control and Prevention (CDC) | OMS |
|---|--|
| <p>Dr Ray Arthur Center for Global Health, Division of Global Disease Detection and Emergency Response</p> <p>M. Peter Edwards Center for Global Health, Division of Public Health Systems and Workforce Development</p> <p>Dr Sharon McDonnell Consulting Medical Epidemiologist to Center for Global Health and Associate Professor, Dartmouth Medical School, Department of Family and Community Medicine and The Dartmouth Institute of Health Care and Health Policy Hanover, New Hampshire, USA</p> | <p>Dr Pierre Nabeth, IHR/ Lyon, France Dr Stella Chungong, IHR/WHO HQ Dr Rajesh Sreedharan, IHR/WHO HQ M. Tukur Michael, EPR/DPC M. Sanyang Yahaya, EPR/DPC Dr Toshiyasu Shimizu, NTD/DPC Dr Samuel Okiror, IVD/ARD Dr Solomon Nzioka, PHE/ HPR Dr Nzuzi Katondi, DPC/ Angola Dr Ekwanzala Florent , DPC/ DRC Dr Kunuz Abdella, DPC/ Ethiopie Dr Musa Emmanuel, DPC/ Nigeria Dr Opata Harry, DPC/ Afrique du Sud Dr Kone Mamadou Lamine, IST Afrique centrale Dr Adama Berthé, IST Afrique de l'Ouest Dr Eseko Nicholas, IST Afrique du Sud & de l'Est Dr Aisu Thomas, IST Afrique du Sud & de l'Est Dr Idrissa Sow, WR Erythrée Dr Balcha Masresha. IVD/ARD Dr Barrysson Andriamahafazafy, WR Cap Vert Dr Thomas Sukwa, WR Gambie Dr Edoh SoumbeyAlley, AHO/ARD Dr Jean B. Ndiokubwayo, BLT/HSS Dr Charles Sagoe Moses, MPS/FRH Dr Yokouide Allarangar, WR Guinée Bissau Dr John Clements, Consultant</p> |
| United States Agency for International Development | |
| <p>Dr Diafouka Saila-Ngita, USAID/Respond Project, Kinshasa, RDC</p> | |

Nous remercions également les programmes de l’OMS, les divisions du CDC et nos collègues d’USAID :

| Centers for Disease Control and Prevention (CDC) | Bureau Régionale de l’OMS pour l’Afrique (OMS-AFRO) |
|--|---|
| Division of Public Health Systems and Workforce Development (DPHSWD) Division of Global Diseases Detection and Emergency Response (DGDDER) Division of Parasitic Diseases and Malaria (DPDM) Division of Preparedness and Emerging Infections (DPEI) Division of Foodborne, Waterborne and Environmental Diseases (DFWED) Division of High Consequence Pathogens and Pathology (DHCPP) Division of Vector Borne Diseases (DVBD) Division of Viral Hepatitis (DVH) Influenza Division Division of Viral Diseases (DVD) Division of Nutrition, Physical Activity, and Obesity (DNPAO) Division of Adult and Community Health (DACH) | Vaccination et développement des vaccins (IVD) Tuberculose (TUB) Maladies tropicales négligées (NTD) Maladies non transmissibles (NCD) Santé de l’enfant et de l’adolescent (CAH) VIH/SIDA (RPA) Lutte contre le paludisme (MAL) Santé mentale, violences et traumatismes (MVI) Sous-direction régionale (ARD) Règlement sanitaire international (Siège OMS & bureau de Lyon) |
| United States Agency for International Development (USAID) | |
| Africa’s Health in 2010 Project | |

La révision du Guide technique a bénéficié d’une subvention de l’Agence internationale pour le développement des Etats-Unis (USAID), Bureau pour l’Afrique (USAID/AFR), Washington, DC. Les rédacteurs et les auteurs remercient Mme Mary Harvey, USAID/AFR pour son implication dans les partenariats qui ont contribué à améliorer la santé dans la Région africaine.

La traduction française du Guide technique révisé a bénéficié d’une subvention de la Fondation Bill et Melinda Gates.

Participants à l'atelier de révision du guide national pour la SIMR en Côte d'Ivoire

| | | |
|----|---------------------------|----------------------------------|
| 1 | Dr ETEKOU Akpa Valentin | DR Abidjan 1 – Grands Ponts |
| 2 | Dr COULIBALY Daouda | INHP |
| 3 | Pr EKRA Kouadio Daniel | INHP |
| 4 | Dr KOUTOUAN Mayet Guy | INHP |
| 5 | Mme GUEDE Konté Noëlle | DR Abidjan 2 |
| 6 | Dr VANIE Aristide | DS Abobo Ouest |
| 7 | Dr KAMA-KOFFI Christian | Programme National Ver de Guinée |
| 8 | Dr ASSIE-KOFFI Justine | DDDS Cocody-Bingerville |
| 9 | Pr TIEMBRE Issaka. | INHP |
| 10 | Pr DAGNAN N'Cho Simplicie | INHP |
| 11 | Dr TRAORE Youssouf | INHP |
| 12 | Dr N'GUESSAN Elvis Nezi | INHP |
| 13 | KANGAH Elysée | INHP |
| 14 | Dr YAO Kouadio Jean | DIPE |
| 15 | Mme KONE Mariam | INHP |
| 16 | Dr KOUADIO Kouadio Nestor | DCPEV |
| 17 | Dr OUATTARA Abdoulaye | IPCI |
| 18 | Dr KASSI Alain | SMIT |
| 19 | Pr KACOU 'DOUBA Adèle | IPCI |
| 20 | Dr OPKO Chiaye Sophia | IPCI |
| 21 | Dr KOFFI N'Guessan Julien | INHP |
| 22 | Dr TANO-BIAN Aka | OMS |
| 23 | Dr DOUBA Alfred | INHP |
| 24 | CHAKIBOU Akim | INHP |

ABBREVIATIONS

| | | |
|-----------------|---|---|
| CGUS | : | Comité de gestion des urgences sanitaires |
| EPI | : | Equipe ment de protection individuelle |
| FHV | : | Fièvre hémorragique virale |
| FVR | : | Fièvre de la vallée du Rift |
| IRA | : | Infection respiratoire aiguë |
| IST | : | Infection sexuellement transmissible |
| MAPI | : | Manifestation postvaccinale indésirable |
| MST | : | Maladie sexuellement transmissible |
| OMS | : | Organisation mondiale de la Santé |
| OMS-AFRO | : | Organisation mondiale de la Santé pour l’Afrique |
| PCIME | : | Programme de prise en charge des maladies de l’enfant |
| PFA | : | Paralysie flasque aiguë |
| PoE | : | Point d’entrée (sur le territoire) |
| POS | : | Procédure opérationnelle standardisée |
| RSI | : | Règlement sanitaire international |
| SIM | : | Surveillance intégrée de la maladie |
| SIMR | : | Surveillance intégrée de la maladie et riposte |
| SIGS | : | Système d’information pour la gestion de la santé |
| SRAS | : | Syndrome respiratoire aigu sévère |
| SRO | : | Sels de réhydratation orale |

TABLE DES MATIERES

| | Pages |
|--|--------------|
| PREFACE A LA SECONDE EDITION | 1 |
| INTRODUCTION | 5 |
| GENERALITES | 5 |
| Qu'est-ce que la surveillance des maladies ? | 5 |
| Qu'est-ce que la surveillance intégrée des maladies et la riposte ? | 6 |
| En quoi consiste un système intégré ? | 7 |
| Objectifs de la surveillance intégrée des maladies et de la riposte | 9 |
| SMIR et RSI (2005) | 9 |
| Comment la SMIR peut-elle contribuer à améliorer la préparation aux épidémies | 13 |
| Comment les fonctions de surveillance sont-elles décrites dans le Guide | 13 |
| Technique? | 13 |
| Comment les districts peuvent-ils renforcer leurs activités de surveillance et de | 16 |
| riposte? | 16 |
| Capacités minimales requises pour la surveillance et la riposte dans le cadre du | 20 |
| RSI | 20 |
| Quel est le soutien apporté par l'OMS pour renforcer la SIMR dans la Région | 22 |
| africaine? | 22 |
| Que propose le Guide technique? | 22 |
| A qui s'adresse le Guide technique? | 23 |
| Quelles sont les maladies prioritaires pour la SIMR ? | 23 |
| Annexes à l'Introduction | 26 |
| ANNEXE A.- Outil d'évaluation de la surveillance, de la préparation et de la | 27 |
| riposte au niveau du district | 27 |
| ANNEXE B.- Evénements sanitaires de portée internationale à notifier à l'OMS | 32 |
| conformément au RSI (2005) | 32 |
| ANNEXE C.- Principales capacités requises pour la surveillance et la riposte | 34 |
| selon la description du RSI (2005) | 34 |
| SECTION 1 IDENTIFIER LES MALADIES, AFFECTIONS ET | |
| EVENEMENTS PRIORITAIRES | 37 |
| 1.1 Utiliser les définitions de cas standardisées | 39 |
| 1.2 Actualiser les procédures du district pour la surveillance et la riposte au | 41 |
| niveau national | 41 |
| 1.3 Améliorer la capacité locale des laboratoires pour la surveillance et la riposte | 42 |
| Annexes à la Section 1 | 44 |
| ANNEXE 1A - Définitions de cas standardisées recommandées par l'OMS- | 46 |
| AFRO pour la notification des cas suspects de maladies, | 46 |
| affections et événements prioritaires | 46 |
| ANNEXE 1B - Principaux signes et symptômes utilisés pour les définitions | 57 |
| de cas au niveau de la communauté | 57 |
| ANNEXE 1C - Liste des sites de notification du district | 59 |
| ANNEXE 1D - Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de | 59 |

| | |
|---|------------|
| santé | 60 |
| ANNEXE 1E - Liste des laboratoires nationaux pour confirmation des maladies, affections et évènements prioritaires | 61 |
| SECTION 2 NOTIFIER LES MALADIES, AFFECTIONS ET EVENEMENTS PRIORITAIRES | 63 |
| 2.1 Maladies et évènements à déclaration immédiate | 64 |
| 2.2 Notifier au cas par cas au niveau supérieur | 66 |
| 2.3 Transmettre des informations récapitulatives sur les maladies, affections et évènements prioritaires | 67 |
| 2.4 Transmettre régulièrement des informations récapitulatives sur les autres maladies présentant un risque pour la santé publique | 68 |
| 2.5 Améliorer les pratiques de notification régulière | 70 |
| Annexes à la Section 2 | 74 |
| ANNEXE 2A - Formulaire SIMR individuel de notification immédiate des cas ... | 75 |
| ANNEXE 2B - Formulaire SIMR de notification des cas par le laboratoire | 76 |
| ANNEXE 2C - Instrument de décision du RSI (2005) | 79 |
| ANNEXE 2D - Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire/mensuelle | 80 |
| ANNEXE 2E - Registre des notifications et données échangées dans le cadre de la SIMR | 84 |
| SECTION 3 ANALYSER LES DONNEES | 85 |
| 3.1 Recevoir, traiter et stocker les données des sites de notification | 87 |
| 3.2 Analyser les données en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles | 91 |
| 3.3 Analyser les résultats en fonction des seuils pour décider des actions de santé publique | 102 |
| 3.4 Tirer les conclusions des résultats de l'analyse | 104 |
| 3.5 Synthétiser et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer les actions de santé publique | 104 |
| Annexes à la Section 3 | 105 |
| ANNEXE 3A - Elaborer un plan pour l'analyse régulière des données de surveillance | 106 |
| ANNEXE 3B - Comment réaliser un graphique manuellement | 108 |
| SECTION 4 ENQUETER SUR LES SUSPICIONS D'EPIDEMIES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE | 109 |
| 4.1 Décider d'enquêter sur une épidémie ou un évènement sanitaire suite à leur notification | 110 |
| 4.2 Enregistrer les notifications d'épidémies, d'évènements sanitaires et de rumeurs | 111 |
| 4.3 Vérifier l'information notifiée | 112 |
| 4.4 Préparer l'investigation | 112 |
| 4.5 Confirmer l'épidémie ou l'évènement sanitaire | 115 |
| 4.6 Prendre des mesures de riposte immédiates | 116 |
| 4.7 Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires | 118 |
| 4.8 Analyser les données relatives à l'épidémie | 119 |

| | | |
|------|--|------------|
| 4.9 | Interpréter les résultats de l'analyse | 119 |
| 4.10 | Conclusions de l'investigation et recommandations | 121 |
| 4.11 | Communiquer les résultats de l'investigation | 121 |
| 4.12 | Evaluer les risques et identifier les facteurs expliquant l'épidémie ou l'évènement sanitaire | 121 |
| | Annexes à la Section 4 | 122 |
| | ANNEXE 4A - Registre du district des suspicions d'épidémie et des rumeurs | 123 |
| | ANNEXE 4B – Fiche d'investigation de cas de maladie | 124 |
| | ANNEXE 4C - Check-list des fournitures de laboratoire nécessaires aux investigations | 141 |
| | ANNEXE 4D - Liste des équipements de protection individuelle (EPI) recommandés | 143 |
| | ANNEXE 4E - Comment réaliser l'examen des registres | 144 |
| | ANNEXE 4F - Fiche d'enregistrement des contacts | 146 |
| | ANNEXE 4G - Formulaire de suivi des contacts | 147 |
| | SECTION 5 SE PREPARER A RIPOSTER AUX EPIDEMIES ET AUTRES EVENEMENTS SANITAIRES | 148 |
| 5.1 | Créer un comité de gestion des urgences sanitaires au niveau du district | 149 |
| 5.2 | Constituer une équipe de riposte rapide aux situations d'urgence au niveau du district | 154 |
| 5.3 | Organiser un plan de préparation et de riposte aux épidémies | 155 |
| 5.4 | Constituer des stocks de réserve de médicaments, de vaccins, de réactifs et de fournitures | 157 |
| 5.5 | Cartographier les risques d'épidémies et autres évènements sanitaires | 158 |
| | Annexes à la Section 5 | 159 |
| | ANNEXE 5A - Principales fournitures à stocker pour la riposte aux épidémies ... | 160 |
| | ANNEXE 5B - Rapport de situation du stock | 164 |
| | ANNEXE 5C - Fiche SIMR de mouvements et d'état du stock | 165 |
| | SECTION 6 RIPOSTER AUX EPIDEMIES ET AUTRES EVENEMENTS SANITAIRES | 166 |
| 6.1 | Réunir le comité de gestion des urgences sanitaires du district | 167 |
| 6.2 | Mobiliser les équipes de riposte rapide | 168 |
| 6.3 | Mener les activités de riposte | 169 |
| 6.4 | Transmettre régulièrement des comptes-rendus de situation sur les épidémies et les évènements | 177 |
| 6.5 | Documenter la riposte | 177 |
| | Annexes à la Section 6 | 178 |
| | ANNEXE 6A - Traiter les patients pendant l'épidémie | 179 |
| | ANNEXE 6B - Préparer des solutions désinfectantes à partir de produits ménagers usuels | 185 |
| | ANNEXE 6C - Planifier une campagne de vaccination d'urgence | 186 |
| | ANNEXE 6D - Evaluer les stocks de vaccins | 188 |
| | ANNEXE 6E - Pratiques de vaccination recommandées | 190 |
| | ANNEXE 6F - Modèles de messages éducatifs à l'intention de la communauté ... | 191 |
| | ANNEXE 6G - Communication en période d'épidémie | 197 |

| | |
|---|------------|
| SECTION 7 COMMUNIQUER L'INFORMATION | 198 |
| 7.1 Rédiger un rapport sur la riposte à l'épidémie ou à l'évènement sanitaire | 199 |
| 7.2 Informer les parties intéressées et la population | 200 |
| 7.3 Faire un retour d'information | 201 |
| Annexes à la Section 7 | 203 |
| ANNEXE 7A - Modèle pour la rédaction du rapport de district sur l'épidémie | 204 |
| ANNEXE 7B - Modèle de bulletin de santé publique | 206 |
| | |
| SECTION 8 SUIVRE, EVALUER ET AMELIORER LA SURVEILLANCE ET LA RIPOSTE | 210 |
| 8.1 Identifier les objectifs et les indicateurs | 212 |
| 8.2 Contrôler la qualité des activités de surveillance au niveau du district | 215 |
| 8.3 Superviser les activités de surveillance et de riposte | 217 |
| 8.4 Evaluer la performance du système de surveillance et de riposte | 222 |
| Annexes à la Section 8 | 225 |
| ANNEXE 8A - Principaux indicateurs SIMR pour les établissements de soins | 226 |
| ANNEXE 8B - Diagramme de suivi des performances selon les indicateurs SIMR au niveau de la formation sanitaire | 228 |
| ANNEXE 8C - Principaux indicateurs SIMR pour le district | 229 |
| ANNEXE 8D - Principaux indicateurs pour suivre l'application du RSI au niveau du district | 231 |
| ANNEXE 8E - Principaux indicateurs SIMR pour la province | 233 |
| ANNEXE 8F - Principaux indicateurs SIMR pour le niveau national | 235 |
| ANNEXE 8G - Modèle de formulaire pour l'évaluation de la promptitude et de l'exhaustivité des notifications mensuelles transmises au district par les établissements de soins | 238 |
| ANNEXE 8H - Check-list pour la supervision des activités de surveillance et de riposte dans les établissements de soins | 239 |
| ANNEXE 8I - Diagramme de suivi des performances selon les indicateurs SIMR au niveau du district, de la région ou de la province | 243 |
| | |
| SECTION 9 RECAPITULATIF DES DIRECTIVES RELATIVES AUX MALADIES, AFFECTIONS ET EVENEMENTS PRIORITAIRES | 245 |
| Affection neurologique (Epilepsie) | 248 |
| Anthrax (humain) | 251 |
| Chikungunya | 256 |
| Choléra | 260 |
| Décès maternels | 264 |
| Dengue | 266 |
| Diabète | 271 |
| Diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans | 274 |
| Diarrhée sanglante (dysenterie à Shigella dysenteria) | 276 |
| Dracunculose | 280 |
| Syndrome de fièvre hémorragique aiguë | 282 |
| Fièvre de la vallée du Rift (FVR) | 286 |
| Fièvre du Nil occidental | 291 |
| Fièvres hémorragiques d'Ebola et de Marburg | 295 |

| | |
|--|------------|
| Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo | 299 |
| Fièvre jaune | 304 |
| Fièvre typhoïde | 309 |
| Filariose lymphatique | 312 |
| Syndrome grippal | 317 |
| Grippe humaine causée par un nouveau sous-type | 320 |
| Hépatite virale aiguë | 325 |
| Hypertension | 329 |
| Infections Respiratoires Aiguës (IRA) Sévères | 331 |
| Infections sexuellement transmissibles | 333 |
| Lèpre | 335 |
| Maladies d'origine alimentaire | 337 |
| Malnutrition | 340 |
| Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) | 343 |
| Méningite à méningocoques | 344 |
| Noma | 348 |
| Onchocercose | 351 |
| Paludisme | 354 |
| Peste | 358 |
| Pneumonie grave chez les enfants de moins de 5 ans | 361 |
| Poliomyélite (Paralysie flasque aiguë) | 363 |
| Rage | 366 |
| Rougeole | 369 |
| Nouveaux cas de SIDA | 372 |
| Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) | 375 |
| Tétanos néonatal | 379 |
| Trachome | 381 |
| Traumatismes (dus aux accidents de la circulation) | 383 |
| Trypanosomiase | 385 |
| Tuberculose | 388 |
| Ulcère de Buruli (infection à Mycobacterium ulcerans) | 392 |
| Variole | 395 |
| | |
| Annexes à la Section 9 | 399 |
| ANNEXE 9A - Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) – Formulaire d'investigation | 400 |
| ANNEXE 9B - Choléra - Formulaire individuel d'investigation | 402 |
| ANNEXE 9C - Dracunculose (maladie du ver de Guinée) - Formulaire individuel d'investigation | 405 |
| ANNEXE 9D - Décès maternel – Formulaire de notification | 409 |
| ANNEXE 9E - Tuberculose MDR et XDR – Formulaire individuel de notification | 411 |
| ANNEXE 9F - Fièvre hémorragique virale – Formulaire individuel de d'investigation | 413 |

PREFACE A LA SECONDE EDITION

Il y a plus de dix ans, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (AFRO), ses Etats Membres et leurs partenaires techniques ont adopté une stratégie, intitulée Surveillance intégrée de la maladie (SIM). Elle vise à développer et mettre en œuvre des systèmes intégrés de surveillance des maladies et de riposte dans les pays africains. Pour souligner le lien essentiel entre la surveillance et la riposte, les documents publiés par la suite ont utilisé l'expression Surveillance Intégrée de la Maladie et Riposte (SIMR). La première édition du Guide Technique SIMR (2001) a été largement adoptée et adaptée dans toute la région africaine. Les progrès réalisés dans la mise en place de systèmes de surveillance coordonnés et intégrés ont été mitigés, mais pratiquement tous les pays de la région et leurs partenaires ont investi des ressources humaines et matérielles dans le renforcement des capacités affectées aux systèmes de santé publique visant à détecter et confirmer les menaces pour la santé publique et à réagir rapidement pour prévenir les maladies, les décès et les handicaps.

Cette seconde édition du Guide technique SIMR a été rédigée en réponse aux changements survenus durant la dernière décennie. En effet, au cours des dix dernières années, de profonds bouleversements ont modifié l'environnement social, économique et technique africain. Entre 2000 et 2010, l'émergence de nouvelles maladies et la survenue de nouveaux événements de santé publique ont rendu nécessaire la révision des recommandations en matière de surveillance et de riposte pour les adapter à l'évolution des priorités sanitaires. Par exemple, la surveillance des maladies et la riposte concernaient initialement uniquement les maladies transmissibles ; or, beaucoup de pays ont commencé à inclure des maladies non transmissibles dans leur programme SIMR. De plus, l'émergence de la grippe pandémique (aviaire et H1N1) a souligné l'importance de la veille sanitaire au niveau communautaire pour passer rapidement de la détection à la confirmation et à la riposte. Les programmes ciblant des maladies spécifiques ont réorienté leurs objectifs vers un plus large renforcement des systèmes. Par ailleurs, les pays continuent à déployer des efforts pour atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement. Ces changements s'observent non seulement dans le domaine des maladies, mais aussi dans un contexte plus large, avec par exemple :

- l'augmentation de la migration vers les villes, entraînant une augmentation des accidents de la circulation, de l'incidence des maladies non transmissibles et des affections liées à la promiscuité de l'habitat ;
- l'élargissement de l'accès aux technologies de communication sans fil comme les téléphones portables ou internet ;
- l'impact du réchauffement climatique sur l'évolution du profil des maladies ;
- la reconnaissance croissante de la nécessité d'une meilleure coordination dans la surveillance des maladies humaines et animales ;

- l'intérêt croissant des donateurs et des partenaires techniques à soutenir les stratégies de surveillance et de réduction des risques de maladies ;
- la reconnaissance accrue de l'importance des capacités nationales essentielles pour la surveillance et la riposte, comme le prouve l'adoption du Règlement Sanitaire International (RSI) en 2005.

A la lumière de ces changements survenus au cours des dix dernières années, l'OMS-AFRO et ses partenaires techniques se sont lancés dans la révision de la première édition du Guide Technique et ont élaboré de nouvelles recommandations pour répondre à la situation et aux besoins actuels. Ces nouvelles recommandations sont présentées dans cette seconde édition du Guide technique SIMR.

Statut actuel de la SIMR dans les différents pays

En juin 2010, un questionnaire d'auto-évaluation a été distribué aux 46 Etats Membres de la Région africaine pour évaluer les progrès dans l'application de la stratégie SIMR. Les résultats indiquent que 43 des 45 pays qui ont répondu en sont à des stades différents dans la mise en place de la SIMR. Tous ont déjà désigné des structures nationales de surveillance et identifié des maladies prioritaires pour la SIMR. En ce qui concerne la préparation aux situations d'urgence et à la riposte, seulement 24 des 45 pays ont mentionné avoir un centre de gestion chargé de coordonner et de contrôler les opérations en cas d'épidémie ou autre urgence sanitaire. Des 4 386 districts présents dans les 45 pays, 3 801 (86%) étaient à des stades plus ou moins avancés dans la mise en place de la stratégie SIMR au cours des 12 mois précédant l'évaluation. Plusieurs pays ont déjà commencé à inclure la surveillance de maladies non transmissibles.

Cette évaluation a révélé des problèmes critiques dans la mise en place de la SIMR au niveau du district, notamment :

- l'absence de personnel dédié au traitement des données pour la SIMR dans 30% des pays ayant participé à l'enquête ;
- l'absence de comités chargés de la gestion des épidémies et des urgences sanitaires dans plus de 80% des districts ;
- l'absence d'équipes de riposte rapide dans plus de 50% des districts ;
- le manque de moyens logistiques et de communication dans un nombre significatif de districts dans les 45 pays ;
- le manque de cohérence dans l'utilisation des principaux indicateurs SIMR pour le suivi et l'évaluation des performances à tous les niveaux.

Actions majeures pour renforcer la surveillance dans la Région africaine

Durant les dix dernières années, deux actions majeures ont montré l'intérêt porté à l'amélioration des systèmes de surveillance des maladies en Afrique, au niveau mondial et régional. La

première a été l'adoption de la stratégie SIMR en septembre 1998, lors du 48^{ème} Comité régional de l'OMS AFRO qui s'est tenu à Harare (Zimbabwe). Les Etats Membres ont adopté la résolution AFR/RC48/R2 visant à améliorer la disponibilité et l'utilisation des données de surveillance pour prendre des mesures de santé publique à tous les niveaux des systèmes nationaux. La seconde initiative majeure a été l'adoption du RSI le 23 mai 2005, par la 58^{ème} Assemblée mondiale de la Santé à Genève (Suisse), dans sa Résolution WHA58.3. Le RSI ; entré en vigueur le 15 juin 2007, est un instrument légalement contraignant, conçu pour aider à protéger les Etats contre la propagation internationale des maladies, sans entraver le trafic et le commerce internationaux.

Il demande notamment le renforcement des capacités nationales de surveillance et de riposte dans l'ensemble des systèmes sanitaires nationaux.

Priorités sanitaires actuelles

Les maladies transmissibles et non transmissibles figurent toujours parmi les principales causes de décès, de maladie et de handicap dans les communautés africaines. De grands progrès ont été réalisés durant la dernière décennie en matière d'amélioration des capacités nationales et régionales pour mettre en place une surveillance et une riposte efficaces. Les maladies transmissibles comme le choléra, les fièvres hémorragiques virales, le paludisme, les maladies respiratoires aiguës, les maladies diarrhéiques, le VIH/Sida et la tuberculose restent des priorités pour les programmes nationaux de santé publique. Par ailleurs, les maladies non transmissibles comme l'hypertension artérielle et le diabète représentent de nouvelles menaces émergentes pour l'Afrique. De même, des affections et des événements comme la malnutrition et les décès maternels sont des cibles importantes pour les programmes nationaux de santé publique. Ces maladies constituent une menace pour le bien-être des communautés africaines, alors que les mesures permettant de les détecter, de les prévenir et de les enrayer sont bien connues. En améliorant la disponibilité des données de la surveillance, confirmées au besoin en laboratoire, on pourra déceler ces maladies et événements, et réaliser à temps les investigations qui permettront de prendre les mesures nécessaires pour limiter leur impact sur la santé des communautés affectées.

De grands progrès ont été réalisés au cours des 10 dernières années ; nous espérons que cette seconde édition du Guide technique SIMR permettra d'apprécier l'engagement de l'OMS AFRO, des Etats Membres et de leurs partenaires techniques, qui œuvrent ensemble à renforcer et améliorer les systèmes sanitaires pour une meilleure santé des communautés africaines.

On trouvera dans ce guide une présentation des concepts de surveillance et de surveillance intégrée des maladies et de riposte (SIMR). Le Guide donne également des éléments sur le fonctionnement et les objectifs de la SIMR et sur la façon dont elle peut participer à l'application du Règlement sanitaire international (RSI). Il présente aussi des explications sur la façon dont il peut être utilisé par les districts, avec l'aide de l'OMS, pour renforcer la surveillance et la riposte

dans la Région africaine. Enfin le lecteur trouvera une présentation des maladies prioritaires pour lesquelles la SIMR est recommandée.

Depuis la révision en 2008 du guide SIMR, la Côte d'Ivoire s'est résolument engagée dans sa mise en œuvre. Des progrès importants ont été réalisés entre autres :

une meilleure gestion des épidémies et catastrophes ; une amélioration des activités au niveau district ; un renforcement de la surveillance au niveau communautaire. Ce qui a permis des avancées notables. Malgré ces avancées, il existe quelques insuffisances, à savoir : une faible complétude et promptitude des rapports de notification ; un dysfonctionnement du système de surveillance suite à la crise socio-politique ; un retard dans le renforcement de la capacité pour mise en œuvre du RSI.

C'est dans ce contexte que la Côte d'Ivoire a souscrit à la seconde édition du guide SIMR et s'est engagée à mettre en œuvre ces nouvelles dispositions

INTRODUCTION

Les maladies transmissibles sont les causes les plus fréquentes de décès et d'invalidité dans la Région africaine. Elles constituent une menace importante pour le bien-être des communautés africaines, alors que les interventions de lutte et de prévention dont on dispose pour les combattre sont bien connues. A cet égard, les données de surveillance permettront de guider les personnels de santé dans les décisions à prendre pour la mise en œuvre de stratégies de lutte appropriées et orienteront les activités de prévention. En outre, il faut noter de nos jours, que les maladies non transmissibles sont responsables d'une mortalité de plus en plus élevée.

L'intégration dans la SIMR d'un programme de surveillance des maladies non transmissibles fournira des données importantes pour un plaidoyer, une meilleure planification et des interventions appropriées.

GENERALITES

Qu'est-ce que la surveillance des maladies ?

La surveillance est **une approche attentive, vigilante, de collecte de l'information qui sert à améliorer ou à maintenir la santé de la population**. Elle comprend le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que la diffusion des informations recueillies auprès de ceux qui en ont besoin pour prendre les mesures sanitaires nécessaires. La surveillance est également essentielle pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques sanitaires.

Les programmes nationaux utilisent plusieurs types de surveillance. Le choix de la méthode dépend de l'objectif. En règle générale, les méthodes de surveillance s'appliquent à :

- un périmètre sur lequel s'exerce la surveillance (par exemple un établissement de soins ou une communauté) ;
- un établissement de soins désigné ou représentatif ou un site de notification pour l'alerte précoce en cas de survenue d'une épidémie ou d'une pandémie (surveillance sentinelle) ;
- la surveillance conduite en laboratoire pour déceler des événements ou des tendances qui n'apparaîtraient pas forcément de façon évidente sur les autres sites ;
- une surveillance axée sur des maladies particulières, impliquant le recueil de données sanitaires spécifiques d'une maladie donnée.

Quel que soit le type de surveillance, il est essentiel que les données sanitaires recueillies soient utilisées pour des actions de santé publique.

L'application des méthodes épidémiologiques aux activités de surveillance permet aux équipes de district sanitaire de déterminer les priorités, de planifier les interventions, de mobiliser et d'attribuer les ressources et de prévoir ou détecter à temps les flambées épidémiques.

Selon le but du programme de lutte contre les maladies transmissibles, les objectifs de surveillance guident les chargés de programme dans la sélection des données les plus utiles pour une prise de décision en santé publique axée sur la réalité.

Un programme de lutte contre la maladie peut chercher à déterminer les progrès réalisés en matière de prévention. Si l'objectif du programme est la prévention des épidémies, l'unité de surveillance peut suivre l'épidémiologie d'une maladie particulière pour permettre au programme d'identifier plus précisément le lieu où pourraient se présenter d'autres cas ou de définir les populations les plus à risque. En outre, pour être en mesure de confirmer les causes d'une maladie et détecter suffisamment tôt les flambées épidémiques, il importe de consolider l'appui des laboratoires aux activités de surveillance. L'investigation basée sur les cas et la confirmation par les laboratoires permettent d'obtenir des informations plus précises sur la zone où doivent être appliquées les stratégies de lutte. Surveiller les populations les plus à risque pour une maladie particulière peut aider à prévoir les flambées épidémiques et à concentrer les activités de prévention dans les régions qui en ont le plus besoin.

Les données de surveillance relatives aux maladies transmissibles ne sont pas toujours notifiées et analysées. Il en résulte que les opportunités de prendre des mesures de riposte appropriées pour sauver des vies ne se présentent pas. Lorsque l'information pertinente est recueillie, celle-ci n'est souvent pas disponible au niveau local pour une utilisation.

Qu'est-ce que la surveillance intégrée des maladies et la riposte ?

Le succès des programmes de prévention et de lutte contre les maladies dépend des ressources consacrées à détecter les maladies ciblées, à obtenir confirmation des cas en laboratoire, et à utiliser des seuils d'intervention au niveau du district. C'est pourquoi le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la Santé pour l'Afrique (OMS-AFRO) a proposé une approche SIMR pour améliorer la veille sanitaire et la riposte dans la Région africaine ; cette stratégie fait participer les communautés et les établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé.

La SIMR favorise l'utilisation rationnelle des ressources en intégrant et en canalisant les activités de surveillance habituelles. En effet, quelle que soit la maladie, les activités de surveillance font appel aux mêmes fonctions (détection, notification, analyse et interprétation, retour d'information, intervention) et utilisent souvent les mêmes structures, les mêmes procédures et le

même personnel. De plus, la SIMR prend en compte le concept *Un seul monde-Une seule santé*, stratégie qui s'intéresse aux événements sanitaires se situant à l'intersection entre la santé humaine, la santé animale (animaux domestiques et faune sauvage) et l'écosystème. Ainsi, 75% des maladies émergentes ou ré-émergentes récentes qui ont profondément affecté la santé humaine sont d'origine animale (VIH/Sida et grippe aviaire, par exemple).

Le concept '*Un seul monde-une seule santé*' correspond à une approche interdisciplinaire, holistique et intégrée des problèmes de santé. Les maladies et autres menaces résultant du réchauffement climatique, de la contamination des aliments et des risques chimiques constituent un ensemble complexe d'évènements qui menacent la santé humaine, animale et environnementale. La stratégie *Un seul monde-une seule santé* implique l'intégration et la coordination intra- et intersectorielle pour la surveillance des maladies, l'investigation des épidémies et les activités de riposte menées par des professionnels de différentes disciplines. Cette stratégie permet de renforcer tous les secteurs et d'augmenter les liens entre eux pour faciliter l'utilisation efficace de ressources limitées, et d'améliorer rapidement et efficacement les capacités des divers secteurs pour une meilleure prévention et un meilleur contrôle des maladies.

Ces directives permettront aux professionnels des différents secteurs concernés de mieux comprendre la structure, le fonctionnement, les méthodes et les mécanismes à la base de la surveillance des maladies, notamment l'investigation des épidémies et la riposte, et qu'elles contribueront à améliorer l'intégration intersectorielle.

En quoi consiste un système intégré ?

Dans un système intégré :

- Toutes les activités de surveillance sont coordonnées et canalisées. Au lieu de servir à maintenir des activités verticales séparées, les ressources sont mises en commun pour recueillir les informations à partir d'un point focal unique à chacun des niveaux.
- Plusieurs activités sont combinées en une seule, mettant à profit leurs similitudes en termes de surveillance, de compétences, de ressources nécessaires pour leur exécution et de populations cibles. Par exemple, les activités de surveillance de la paralysie flasque aiguë (PFA) peuvent répondre aux besoins de surveillance du tétanos néonatal, de la rougeole et d'autres maladies ou événements inattendus ou inhabituels. Ainsi, les personnels de santé qui visitent régulièrement les établissements sanitaires pour répertorier les cas de PFA peuvent également examiner les registres des districts et des établissements pour obtenir des informations sur les autres maladies prioritaires.
- Le district sanitaire est le point focal pour l'intégration des fonctions de surveillance, car il constitue le premier niveau du système de santé et il est doté d'un personnel chargé des différents aspects de la santé publique, notamment : surveillance des problèmes sanitaires dans la communauté, mobilisation de l'action communautaire, demande d'aide au niveau

national et accès aux ressources régionales pour protéger la santé des habitants du département.

- Les responsables de la surveillance au niveau du district sanitaire, de la région et du pays collaborent à tous les échelons avec les comités de gestion des urgences sanitaires pour planifier les activités de riposte appropriées et combiner leurs ressources.
- L'objectif est de créer un système de surveillance global de la santé publique, capable de détecter et de confirmer toute menace de maladie transmissible ou non transmissible et de prendre des mesures appropriées.

L'intégration consiste à harmoniser les différentes méthodes, les différents logiciels, formulaires de recueil des données, normes et définitions des cas, de façon à avoir des informations cohérentes et à optimiser les efforts des différents programmes de prévention et de lutte contre les maladies et des différents acteurs. Quand c'est possible, les pays utilisent un formulaire de notification commun, le même système de saisie des données des différentes maladies, et les mêmes modes de communication. La formation et la supervision sont intégrées, les pays utilisent le même bulletin pour le retour d'information et partagent les équipements (ordinateurs, véhicules, etc.). Si possible, la SIMR implique une coordination pratiquement à plein temps des activités de surveillance et des interventions communes (planification, mise en œuvre, contrôle, évaluation).

La coordination consiste à *travailler ou agir ensemble de façon effective*, pour utiliser de façon rationnelle et efficace les quelques ressources disponibles, par exemple les systèmes d'information pour la gestion de la santé (SIGS) et les différents programmes concernant les maladies. Il convient alors de partager l'information, de planifier, contrôler et évaluer conjointement les actions, de façon à pouvoir fournir des données et des informations exactes, cohérentes et pertinentes aux décideurs et à toutes les parties intéressées, au niveau de la Région et des pays.

Pour faciliter la coordination et la collaboration, il convient de constituer un organisme ou un comité de coordination intersectoriel et pluridisciplinaire au plan national, régional ou départemental. Cet organisme est responsable de la coordination des activités de surveillance, en étroite collaboration ou en synergie avec les comités de gestion des urgences sanitaires (voir section 5.0 du Guide technique).

Objectifs de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte

Les objectifs de la SIMR sont les suivants :

- *Renforcer la capacité des pays à mener des activités de surveillance efficaces* : former le personnel à tous les niveaux ; élaborer et appliquer des plans d'action ; rechercher et mobiliser les ressources nécessaires.
- *Intégrer les différents systèmes de surveillance* pour une meilleure efficacité au niveau de l'utilisation des formulaires, du personnel et des ressources.
- *Améliorer l'exploitation des données de surveillance* pour :
 - déceler à temps tout événement inhabituel et répondre rapidement aux présomptions d'épidémie ;
 - suivre de près l'impact des interventions se traduisant par exemple par une réduction de l'incidence, de la propagation de la maladie, ou de la mortalité ;
 - faciliter une riposte factuelle ;
 - concevoir, organiser et appliquer une politique sanitaire.
- *Faciliter la circulation des données de surveillance* entre les différents échelons du système de santé et à l'intérieur de chacun de ces échelons.
- *Renforcer les capacités et le rôle des laboratoires* dans l'identification des agents pathogènes et la surveillance de leur sensibilité aux médicaments.
- *Promouvoir la participation des cliniciens* au système de surveillance.
- *Promouvoir la participation de la communauté* à la détection des problèmes sanitaires et à la riposte.
- *Déclencher les enquêtes épidémiologiques* pour la détection, l'investigation et la notification des problèmes sanitaires, et la mise en œuvre d'interventions sanitaires efficaces

Surveillance intégrée des maladies et de la riposte (SIMR) et Règlement Sanitaire international (RSI) (2005)

L'objet et la portée du RSI consistent à « prévenir la propagation internationale des maladies, à s'en protéger, à la maîtriser et à y réagir par une action de santé publique proportionnée et limitée aux risques qu'elle présente pour la santé publique, en évitant de créer des entraves inutiles au trafic et au commerce internationaux ».

La portée du RSI, initialement limitée au choléra, à la peste et à la fièvre jaune, a été élargie à toutes les urgences sanitaires de portée internationale. Cela inclut les maladies infectieuses et les problèmes sanitaires liés aux agents chimiques, aux produits radioactifs et à la contamination des aliments et de l'eau. Visant à renforcer les systèmes nationaux de surveillance des maladies, tout

particulièrement au niveau des districts, et à assurer la transmission et l'exploitation régulière et en temps utile des informations nécessaires aux décisions de santé publique, la SIMR offre pour l'application du RSI :

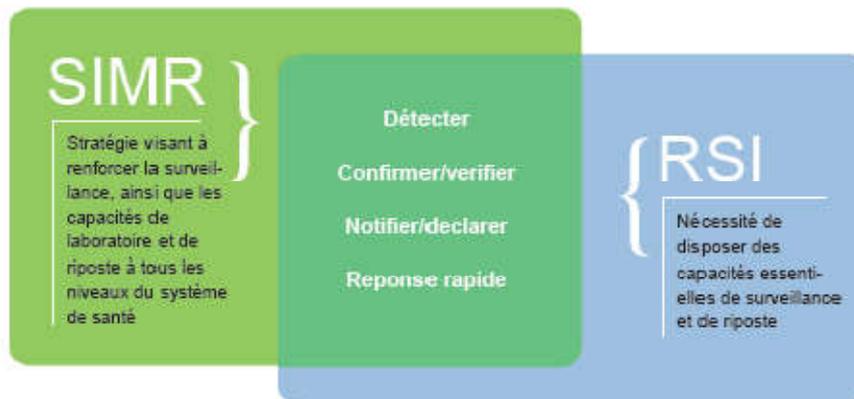
- Une infrastructure et des ressources dédiées à la surveillance, l'investigation, la confirmation, la notification et la riposte ;
- Des ressources humaines compétentes ;
- Une procédure précise pour son application (sensibilisation, évaluation, plan d'action, mise en œuvre, contrôle et supervision) ;
- Des guides génériques pour l'évaluation, des plans d'action, un guide technique, des outils et des procédures opérationnelles standardisées qui incorporent les composantes du RSI.

Ainsi, la SIMR constitue un système permettant d'assurer des informations fiables au niveau national et de répondre aux exigences du RSI. Le RSI permet de faire face aux menaces que font peser sur la santé publique et le commerce international les maladies infectieuses émergentes et ré-émergentes, en particulier les urgences sanitaires de portée internationale. Il permet également en retour de renforcer les systèmes SIMR, et joue un rôle moteur puissant dans leur mise en œuvre.

Fait important, les Etats Membres de la Région africaine ont recommandé que le RSI (2005) soit appliqué dans le contexte de la SIMR. Le RSI est un instrument juridique contraignant. Il nécessite : un renforcement des capacités nationales de surveillance et de riposte, notamment aux points d'entrée (ports, aéroports et postes-frontières terrestres) ; l'amélioration des systèmes de prévention, d'alerte et d'intervention en cas d'urgence sanitaire de portée internationale ; des partenariats au niveau mondial et une collaboration internationale. Le RSI définit les droits, les obligations, les procédures à suivre et souligne la nécessité d'un contrôle continu de l'évolution de la situation. Depuis l'entrée en vigueur du RSI (2005), des progrès ont déjà été enregistrés ; tous les états membres ont désigné un point focal RSI au niveau national et en sont à différents stades de l'application du RSI.

Le RSI (2005) n'est pas un système de surveillance à part, mais il impose un cadre de surveillance sensible et flexible répondant à des normes internationales. Le RSI (2005) concerne la collaboration transfrontalière pour des événements clés particuliers et peut facilement s'appliquer dans le contexte de la SIMR. Il a introduit dans la SIMR la notion de surveillance d'événements particuliers, ce qui lui permet d'aborder les rumeurs de « maladies inexplicables ou de cas groupés » comme une catégorie d'événements dont la notification doit remonter des niveaux inférieurs au niveau national. La SIMR et le RSI partagent des fonctions communes, décrites dans le diagramme ci-dessous (détection, notification, confirmation et vérification, notification et riposte en temps opportun).

Application du RSI par la SIMR



Le RSI a des implications pratiques pour la SIMR. Dans le RSI (2005), toutes les affections et événements sanitaires de portée internationale doivent être détectés et évalués à temps ; la riposte doit être rapide et adaptée à la situation plutôt que de faire appel à des mesures préétablies. Le RSI (2005) inclut le contrôle des frontières (ports, et postes frontières terrestres) et des mesures visant à endiguer à la source des événements sanitaires.

Remarque : Le processus de notification des événements à l’OMS dans le cadre du RSI nécessite l’utilisation de « l’instrument de décision » qui implique la mise en place des fonctions essentielles de la SIMR : définition des cas, confirmation de laboratoire, analyse des données, interprétation des résultats et notification (voir Annexe 2C, Section 2). Un résumé des événements dont le RSI exige la notification figure dans l’encadré suivant.

Les trois grandes catégories d'évènements qui doivent être notifiées dans le cadre du RSI

- **Quatre affections** doivent être notifiées à l'OMS : la variole, la poliomyélite due au virus polio sauvage, la grippe humaine causée par un nouveau sous-type et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (voir paragraphe suivant et l'algorithme à utiliser en Annexe de la Section 2). Cette notification se fera normalement au niveau du district ou du niveau supérieur, selon la décision des autorités nationales. Le Guide technique couvre ces quatre maladies.
- D'autres maladies et évènements peuvent nécessiter leur notification s'ils sont considérés comme des évènements sanitaires de portée internationale. L'évaluation sera normalement conduite au niveau du district ou à un niveau supérieur, selon la décision des autorités nationales (en utilisant l'instrument de décision du RSI figurant en Annexe de la Section 2). Les maladies classées dans cette catégorie par le RSI comprennent le choléra, la peste, la fièvre jaune, les fièvres hémorragiques virales et d'autres maladies de portée nationale ou régionale comme la dengue. Ces pathologies sont traitées intégralement dans le Guide technique.
- « Tout évènement susceptible d'avoir une ampleur internationale pour la santé publique, y compris ceux dont la cause ou l'origine est inconnue, et ceux impliquant des évènements ou des maladies autres » que ceux mentionnés dans les deux paragraphes précédents (en utilisant l'instrument de décision du RSI figurant en Annexe de la Section 2). Une liste de ces évènements est donnée Section 2. Ces évènements NE sont PAS décrits en détail dans ce Guide technique. Pour plus d'information, se référer à la littérature s'y rapportant¹.

La mise en place de la surveillance des évènements fait appel à la participation de la communauté et à l'utilisation des nouvelles technologies de l'information [par exemple : Promed, GIPHIN, IRIN et le logiciel de gestion des urgences (EMS - Emergency Management Software) de l'OMS]. Les formulaires de recueil des données SIMR, conçus pour être utilisés à tous les niveaux, ont maintenant été adaptés pour inclure les urgences sanitaires de portée internationale. La SIMR nécessite un organisme de coordination de la surveillance à tous les niveaux du système de santé. Les fonctions du point focal national RSI ne se limitent pas au secteur de la santé, mais s'étendent à tous les évènements susceptibles d'engendrer une situation d'urgence. Voir l'Annexe B pour plus d'informations sur le RSI (2005).

¹Protocole d'évaluation des systèmes nationaux de surveillance et de riposte concernant les maladies transmissibles pour le Règlement sanitaire international (RSI). Directives pour les équipes d'évaluation en accord avec l'Annexe 1A du Règlement. Février 2009.

Comment la Surveillance Intégrée de la Maladie et de la Réponse (SIMR) peut-elle contribuer à améliorer la préparation aux épidémies ?

- Lorsqu'une flambée de maladies transmissibles apparaît ou est décelée, il n'y a plus assez de temps pour organiser une formation initiale ou rassembler les ressources nécessaires. Tous les efforts doivent viser la satisfaction des besoins de santé des patients et contenir l'épidémie dans la communauté.
- Une bonne préparation aux situations d'urgence peut permettre de sauver des vies. En effet, là où des plans de préparation aux épidémies ont été mis en place, la détection précoce des flambées épidémiques a été suivie par une réponse rapide et appropriée.
- La surveillance épidémiologique collecte des données pour la description et l'analyse des événements sanitaires. Elle fournit également des renseignements et la capacité nécessaires pour la détection précoce des épidémies, renforçant ainsi la préparation aux situations d'urgence. Par exemple, un comité de lutte contre les épidémies peut définir à l'avance le rôle de chaque niveau dans la réponse aux épidémies à l'avance. On gère les ressources souvent limitées, en combinant les moyens disponibles pour la formation, ainsi qu'en réservant des fournitures adéquates (matériel, vaccins, médicaments et approvisionnements divers).

Comment les fonctions de surveillance sont-elles décrites dans ce Guide Technique?

Dans le présent manuel nous supposons que tous les échelons du système de santé participent à la mise en œuvre d'activités de surveillance visant à détecter et lutter contre les maladies et affections prioritaires par l'application de la procédure suivante :

- **1^{ère} étape – Identifier les cas.** Il s'agit d'identifier les maladies et affections prioritaires sur la base des définitions de cas standardisées. Pour les événements, utiliser l'instrument de décision (Annexe 2 du RSI) pour identifier les Urgences de Santé Publique de Portée Internationale (PHEIC).
- **2^{ème} étape – Notifier les cas suspects de maladies prioritaires ou d'événements** à l'échelon supérieur. S'il s'agit d'une maladie à potentiel épidémique ou une urgence de santé publique de portée internationale (PHEIC), ou une maladie ciblée pour l'élimination ou l'éradication, conduire immédiatement une investigation des cas et soumettre un rapport détaillé. Pour les événements à notifier conformément au RSI, utiliser l'instrument de décision (Annexe 2 du RSI)

pour identifier les événements susceptibles de constituer une urgence sanitaire de portée internationale.

- **3^{ème} étape - Analyser et interpréter des données.** Les données sont compilées et analysées pour dégager les tendances. L'information est ensuite comparée avec celles des périodes antérieures et les résultats sont synthétisés.
- **4^{ème} étape - Investiguer et confirmer les cas et flambées épidémiques possibles.** Il s'agit de s'assurer que le cas, l'épidémie ou l'évènement est confirmé au laboratoire si cela est possible. On rassemblera les preuves montrant la cause possible de l'épidémie et on utilisera ces indications pour choisir les stratégies de prévention et de lutte appropriées.
- **5^{ème} étape – Se préparer à faire face aux épidémies.** Il s'agit de prendre des mesures à l'avance, avant la flambée épidémique ou l'évènement sanitaire, pour que les équipes puissent réagir rapidement et que le matériel et les équipements nécessaires soient disponibles pour une action immédiate.
- **6^{ème} étape – Faire la riposte.** Il s'agit de mobiliser les ressources et le personnel pour mettre en œuvre les activités de riposte adéquates afin de faire face à l'épidémie ou au problème de santé publique.
- **7^{ème} étape - Faire la rétro information.** On encouragera la coopération avec les niveaux ayant notifié des flambées épidémiques ou des cas de maladies prioritaires ou d'évènements en leur communiquant des informations sur les résultats des investigations et l'impact des interventions.
- **8^{ème} étape - Evaluer et améliorer le système.** Evaluer l'efficacité du système de surveillance, en termes de promptitude, de qualité de l'information, de préparation, de seuils, de prise en charge des cas et de performance en général. Des mesures sont prises pour remédier aux problèmes et apporter des améliorations.

Chaque niveau du système de surveillance a un rôle à jouer pour chacune des fonctions de surveillance². Les niveaux sont définis comme suit:

² Ce guide vise principalement à améliorer la surveillance dans les établissements publics. Dans les districts ou les régions où la notification par les installations de santé publique est de bonne qualité, il conviendra d'intégrer dans le système les organisations privées et non gouvernementales.

✓ **Niveau périphérique**

- **Communauté** - Représentée par les réseaux à base communautaire les accoucheuses qualifiées, les agents de santé communautaires, les villageois, les leaders (religieux, traditionnels ou politiques), les maîtres d'école, les vétérinaires, les agents de santé, les pharmaciens et les guérisseurs traditionnels...
- **Etablissement sanitaire** – Cette appellation recouvre toutes les institutions (publiques, privées, Organisations Non Gouvernementales (ONG) ou autres) disposant de services de consultation externe et de soins hospitaliers (ESPC, FSU, FSUCOM, CSU, CSUS, PMI...) **à des fins de surveillance.**
- District sanitaire

✓ **Niveau intermédiaire**

Région sanitaire.

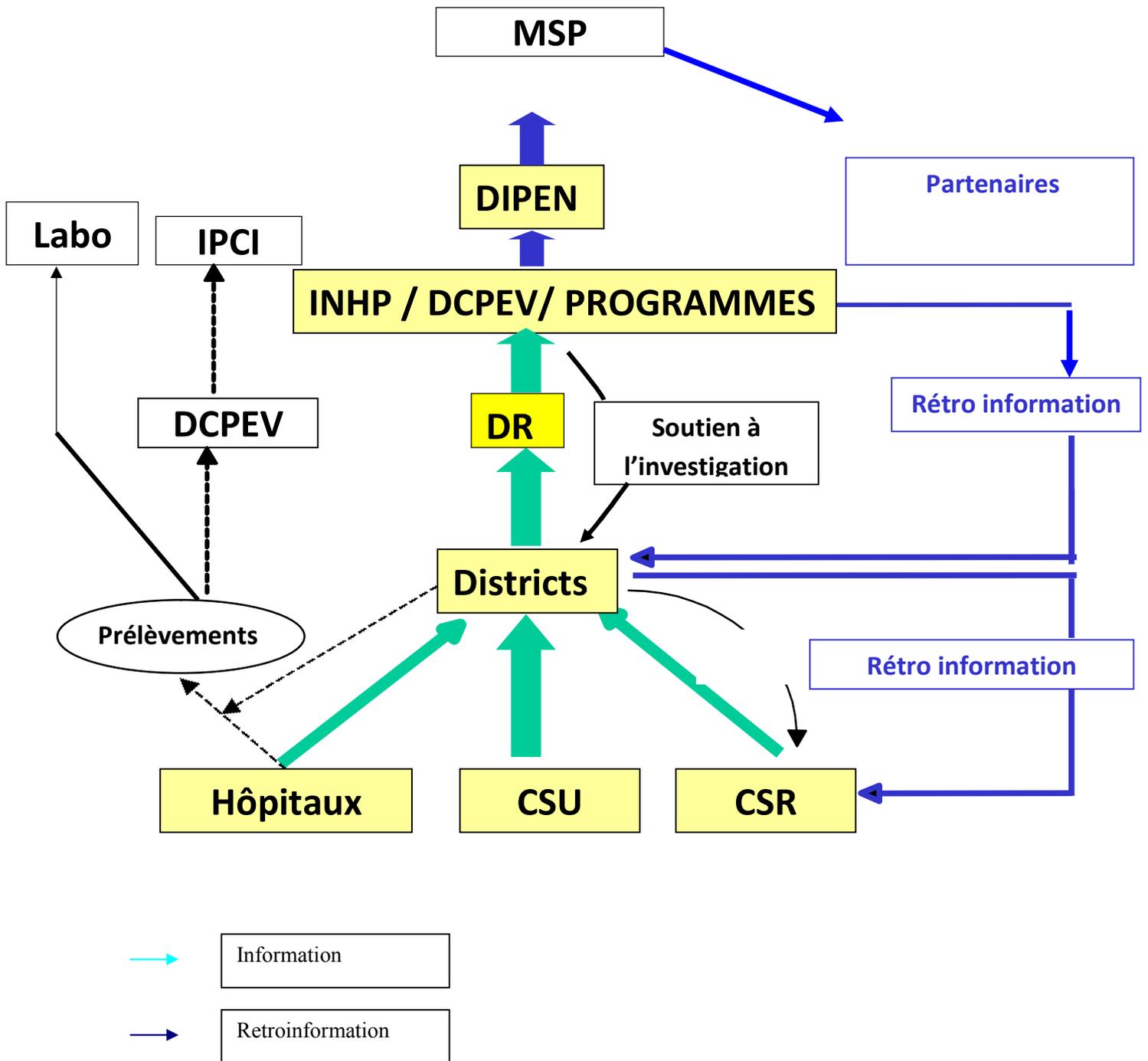
✓ **Niveau central**

Il est représenté par l'INHP, les programmes de santé, la DIPE et le cabinet du MSHP. Il définit les politiques et attribue les ressources, rapporte les maladies prioritaires retenues. Il utilise également l'instrument de décision pour évaluer les événements et notifier ceux qui constituent des urgences de santé publique de portée internationale à l'Organisation Mondiale de la Santé.

✓ **Laboratoire**

Il existe un réseau de laboratoires constitué de laboratoires périphériques au niveau des établissements sanitaires, des laboratoires intermédiaires au niveau des hôpitaux généraux et des CHR, des laboratoires de référence au niveau des CHU et des instituts spécialisés.

Circuit de cheminement de l'Information



Les districts peuvent-ils renforcer leurs activités de surveillance et de riposte?

La plupart des pays ont dressé un bilan de leur système de surveillance à l'aide d'un outil standardisé développé par l'OMS-AFRO (voir liste en Annexe 1 à la fin de cette section).

Pour décrire leur rôle dans le système de surveillance, les districts peuvent également utiliser une matrice, à savoir la description complète d'un système modèle dans lequel toutes les compétences et toutes les activités nécessaires sont en place. Chaque niveau soutient les activités des autres niveaux et renforce leur capacité de décision. Ce modèle fournit un cadre utile à la SIMR qu'il permet d'améliorer et de renforcer.

En pratique, la matrice peut être utile pour :

- Assurer que toutes les fonctions et les moyens nécessaires ont bien été identifiés ;
- Définir les responsabilités pour pouvoir assigner les fonctions aux niveaux appropriés et déterminer les moyens nécessaires ;
- Concevoir des activités et des programmes de formation pour le développement des ressources humaines ;
- Gérer et contrôler les programmes ;
- Programmer la surveillance et prévoir le personnel de laboratoire, les fournitures et le matériel nécessaires.

Par ailleurs, la matrice propose plusieurs scénarios pour les systèmes de surveillance. S'il manque un ou plusieurs éléments à chacun des niveaux, ou si ces éléments ne sont pas performants, les objectifs de surveillance et de contrôle risquent de ne pas être atteints. Pour que le système soit efficace, chacun des niveaux doit pouvoir s'appuyer sur les échelons supérieurs et inférieurs. Si le système est complet, les mesures sanitaires pourront être prises dans les plus brefs délais.

Les fonctions de détection, d'analyse, d'investigation, de riposte, de retour d'information et d'évaluation sont interdépendantes et doivent toujours être liées.

Le tableau matriciel présenté dans les pages suivantes définit les fonctions de surveillance et la façon dont elles doivent être exécutées à chacun des niveaux du système de santé, ainsi que le rôle de l'OMS en relation avec les principales fonctions de la SIMR.

FONCTIONS ET ACTIVITÉS CLÉS DE LA SIMR SELON LES NIVEAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

| | Identification | Notification | Analyse et Interprétation | Investigation et Confirmation |
|--|--|--|---|--|
| Communauté | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser les définitions de cas simplifiées pour identifier les maladies, affections et événements prioritaires au sein de la communauté | <ul style="list-style-type: none"> Notifier les informations essentielles sur les maladies, affections et événements prioritaires à l'établissement de soins et aux autorités compétentes | <ul style="list-style-type: none"> Faire participer les personnes locales à l'observation, à la description et à l'interprétation des profils des maladies, des événements et des tendances pathologiques dans la communauté Effectuer des autopsies verbales sur les causes de décès | <ul style="list-style-type: none"> Soutenir les activités d'investigation des événements sanitaires |
| Établissement sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser les définitions de cas standardisées pour détecter, confirmer et enregistrer les maladies ou les affections prioritaires Prélever et transporter les échantillons pour confirmation en laboratoire Utiliser si possible les capacités des laboratoires locaux pour confirmer les cas ou initier la démarche de confirmation | <ul style="list-style-type: none"> Notifier les informations sur les cas pour les maladies à déclaration immédiate Transmettre les données récapitulatives au niveau supérieur Communiquer les résultats de laboratoire des populations sentinelles Communiquer les résultats de laboratoire au niveau supérieur | <ul style="list-style-type: none"> Préparer et mettre à jour périodiquement les graphiques, les tableaux et les cartes décrivant les maladies et les affections prioritaires en fonction de caractéristiques temporelles, spatiales et individuelles Après analyse, notifier immédiatement toute maladie ou affection qui : <ol style="list-style-type: none"> dépasse le seuil d'intervention survient dans des endroits où elle était jusqu'alors absente présente des tendances ou des caractéristiques inhabituelles Interpréter les résultats. Initier les actions de santé publique avec les autorités locales | <ul style="list-style-type: none"> Prendre part à l'investigation des épidémies notifiées Recueillir, emballer, conserver et transporter les échantillons pour confirmation en laboratoire |
| District, Etat, Province | <ul style="list-style-type: none"> Collecter en temps voulu les données de surveillance notifiées par les sites, y compris les points d'entrée désignés, et vérifier leur qualité Veiller à ce que les sites de notification disposent d'outils fiables pour la collecte de données et la notification Prélever et transporter les échantillons pour confirmation en laboratoire Utiliser si possible les capacités des laboratoires locaux pour confirmer les cas ou pour initier la démarche de confirmation | <ul style="list-style-type: none"> Assurer que les établissements de soins connaissent et utilisent les définitions de cas standardisées pour les maladies et les affections prioritaires Assurer que le personnel de santé sait quand et comment notifier les maladies et les affections prioritaires Notifier les données en temps voulu au niveau supérieur Communiquer les résultats de laboratoire au niveau supérieur Évaluer périodiquement les risques pour les maladies, affections et événements prioritaires | <ul style="list-style-type: none"> Définir les dénominateurs et s'assurer de leur exactitude Compiler les données provenant des rapports transmis par les établissements de soins Analyser les données en fonction des caractéristiques temporelles, spatiales et individuelles Mettre à jour périodiquement les graphiques, tableaux et cartes pour décrire les maladies et affections notifiées Calculer les taux et les seuils Comparer les données obtenues à celles des périodes antérieures Formuler des conclusions sur les tendances, les seuils et les résultats d'analyse Décrire les facteurs de risque pour les maladies et les affections prioritaires | <ul style="list-style-type: none"> Organiser et conclure l'investigation des maladies ou des épidémies notifiées Aider les établissements de soins à prélever, emballer, conserver et transporter de façon sécurisée les échantillons de laboratoire pour les examens de confirmation Recevoir et interpréter les résultats de laboratoire Déterminer si l'épidémie notifiée est confirmée ou non Notifier l'épidémie confirmée au niveau supérieur Distribuer des kits de prélèvement d'échantillons pour les activités particulières de surveillance |
| National | <ul style="list-style-type: none"> Définir, mettre à jour et s'assurer de la conformité avec les politiques et les directives nationales Mettre en place les politiques et les procédures pour les réseaux nationaux de laboratoires y compris les systèmes d'assurance qualité S'adresser, si nécessaire, aux laboratoires nationaux pour confirmation ou pour des tests spécialisés Prélever et transporter les échantillons pour analyse complémentaire aux centres collaborateurs de l'OMS, si nécessaire | <ul style="list-style-type: none"> Notifier les maladies et les affections à déclaration immédiate aux autorités compétentes, en temps voulu Notifier les autres maladies et affections prioritaires, en temps voulu Inclure tous les laboratoires compétents dans le réseau de notification Utiliser les instruments de décision du RSI décrits en Annexe 2 pour déterminer les risques associés aux maladies, affections et événements prioritaires Informar l'OMS, conformément aux directives du RSI (2005) | <ul style="list-style-type: none"> Élaborer des politiques et des procédures pour l'analyse et l'interprétation des données Analyser et interpréter les données dans une perspective nationale Organiser régulièrement des réunions avec le comité technique de coordination pour revoir les données analysées et interprétées avant leur diffusion Procéder à des analyses particulières pour prévoir l'importance et les tendances des maladies et des affections prioritaires | <ul style="list-style-type: none"> Assurer que les directives et les procédures opératoires standardisées pour l'investigation des épidémies sont disponibles sur tous les sites Coordonner et collaborer avec les autorités internationales pendant les investigations, si besoin Alerter les laboratoires et encourager leur participation Fournir un support logistique : fournitures, équipement, réactifs, milieux de transport des échantillons, budget pour les actions de promotion de la santé Echanger les informations avec les réseaux régionaux et internationaux concernant les épidémies confirmées Utiliser les instruments d'aide à la décision pour déterminer si l'épidémie est susceptible de constituer une urgence sanitaire de portée internationale Analyser les prélèvements effectués en cours d'enquête et transmettre en temps voulu les résultats comme il est prévu à chaque niveau Demander des prélèvements supplémentaires, si besoin Prendre part aux activités de l'équipe de lutte contre les épidémies |
| Représentant de l'OMS, Bureau régional de l'OMS | <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et diffuser les directives génériques pour la surveillance Répertoire et diffuser les 'meilleures pratiques' en matière de SIMR Fournir un support technique au niveau national pour la détection et la confirmation des maladies, des affections et des événements prioritaires Informar les autres pays des problèmes susceptibles de franchir les frontières Coordonner le soutien au réseau international des laboratoires de référence, y compris les centres d'excellence | <ul style="list-style-type: none"> Recueillir et compiler les notifications d'épidémies, de maladies et d'événements notifiables au niveau international Créer des profils régionaux annuels ou des rapports de situation en fonction des maladies, des affections et des événements prioritaires | <ul style="list-style-type: none"> Élaborer et diffuser, pour chaque maladie prioritaire, des directives standardisées en matière d'analyse des données Fournir un support technique au niveau national pour améliorer les capacités d'analyse | <ul style="list-style-type: none"> Fournir une assistance, à la demande des pays, pour conclure les enquêtes et les évaluations Fournir une assistance pour coordonner la participation des laboratoires pendant les enquêtes Fournir une assistance pour l'évaluation des risques, en utilisant les outils d'aide à la décision du RSI |

FONCTIONS ET ACTIVITÉS CLÉS DE LA SIMR SELON LES NIVEAUX DU SYSTÈME DE SANTÉ

| | Préparation | Riposte | Communication (retour d'information) | Evaluation |
|--|--|---|--|--|
| Communauté | <ul style="list-style-type: none"> Participer aux comités de gestion et de préparation aux urgences ou aux catastrophes. Participer à la cartographie des risques potentiels Mettre en place une surveillance à assise communautaire Gérer les éventuels stocks d'urgence Participer aux formations, y compris aux exercices de simulation | <ul style="list-style-type: none"> Aider les autorités locales à choisir les activités de riposte S'assurer que la communauté demande immédiatement de l'aide en cas d'urgence ou de signes d'alerte de maladies, affections et événements prioritaires Participer aux activités de riposte, notamment les soins à domicile Mobiliser les ressources appropriées pour les activités de riposte Mener des activités d'éducation sanitaire visant à modifier les comportements | <ul style="list-style-type: none"> Apporter aux membres de la communauté un retour d'information sur les cas notifiés et les activités de prévention | <ul style="list-style-type: none"> Vérifier si les actions de santé publique ont eu lieu comme prévu Vérifier la réaction de la communauté à l'action de santé publique |
| Etablissement sanitaire | <ul style="list-style-type: none"> Traiter les cas et les contacts selon les directives normalisées de prise en charge des cas Prendre les mesures de contrôle supplémentaires appropriées | <ul style="list-style-type: none"> Traiter les cas et les contacts selon les directives standardisées de prise en charge des cas Prendre les mesures de contrôle supplémentaires appropriées | <ul style="list-style-type: none"> Informar les membres de la communauté de l'issue des cas notifiés et des activités de prévention | <ul style="list-style-type: none"> Déterminer le degré de participation de la communauté Procéder à une auto-évaluation des activités de surveillance et de riposte Contrôler et évaluer les objectifs des programmes et les indicateurs destinés à mesurer la qualité du système de surveillance Contrôler et évaluer la promptitude et l'exhaustivité des notifications effectuées par les établissements de soins du district Contrôler et évaluer le délai de riposte aux épidémies Contrôler et évaluer les activités de prévention et les modifier, le cas échéant |
| District, Etat, Province | <ul style="list-style-type: none"> Participer aux comités de gestion et de préparation aux urgences ou aux catastrophes Organiser des formations et des exercices de simulation pour le personnel Cartographier les risques potentiels Goutenir et mener à bien la surveillance menée par les établissements de soins Elaborer et gérer des plans de contingence Organiser et soutenir l'équipe de riposte rapide Documenter les activités de riposte | <ul style="list-style-type: none"> Choisir et mettre en œuvre les mesures de riposte appropriées en matière de santé publique (par exemple, selon la maladie, prévoir un renforcement de la prise en charge des cas, mener des activités de vaccination, améliorer les activités de lutte et de prévention) Convocuer le comité de lutte contre les épidémies et planifier les activités de riposte Offrir une formation à la gestion des situations d'urgence Organiser en temps voulu des activités d'information et d'éducation au niveau de la communauté alerter les régions et districts voisins de la confirmation d'une épidémie | <ul style="list-style-type: none"> alerter les régions et districts voisins de la survenue d'épidémies Fournir aux établissements de soins des retours d'information réguliers et périodiques concernant les activités systématiques de prévention et de lutte Fournir des retours d'information concernant la qualité de la surveillance et des données | <ul style="list-style-type: none"> Contrôler et évaluer les objectifs des programmes et les indicateurs destinés à mesurer la qualité du système de surveillance Effectuer régulièrement des visites de supervision |
| National | <ul style="list-style-type: none"> Mettre en place les politiques, les procédures et les stratégies de formation pour la notification des maladies, affections et événements prioritaires à chaque niveau Adapter et distribuer les directives de cartographie des risques Adapter et distribuer les directives relatives aux plans d'intervention pour les urgences ou les catastrophes Elaborer des messages à visée éducative pour la communauté Elaborer et gérer des plans de contingence Organiser et soutenir des équipes de riposte rapide Elaborer et organiser des exercices de simulation Etablir et maintenir un centre national de commande et d'opération pour les urgences sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> Elaborer des politiques et des procédures pour la riposte aux cas et épidémies de maladies et affections prioritaires Appuyer la lutte contre les épidémies et soutenir les activités de planification préalables, notamment le déploiement d'équipes de riposte rapide Communiquer et diffuser les résultats de la lutte contre l'épidémie par des bulletins, à travers les media, par des communiqués de presse, et des réunions d'information | <ul style="list-style-type: none"> Elaborer et distribuer périodiquement un bulletin régional d'épidémiologie et de santé publique Apporter aux districts des retours d'information réguliers et périodiques sur les activités systématiques de lutte et de prévention Diffuser l'information rapidement, de manière transparente, et être à l'écoute de la communauté affectée Veiller à ce que le retour d'information soit pertinent et ait lieu en temps voulu | <ul style="list-style-type: none"> Contrôler régulièrement les indicateurs clés SIMR et les laboratoires Enquêter sur les épidémies après bilan des actions menées Soutenir les contrôles annuels des capacités essentielles du RCI Convocuer régulièrement des réunions de suivi SIMR Effectuer régulièrement des visites de supervision |
| Représentant de l'OMS, Bureau régional de l'OMS | <ul style="list-style-type: none"> Mobiliser les ressources pour la formation, la logistique et la supervision Elaborer, mettre à jour ou réviser les directives pour la gestion des risques ou des catastrophes Constituer et mettre à jour un panel d'experts pour les équipes de riposte rapide Elaborer, mettre à jour ou réviser la formation pour l'application de la SIMR et du RCI Maintenir un centre opérationnel de gestion des urgences sanitaires | <ul style="list-style-type: none"> Coordonner et appuyer les activités de riposte (Centre Stratégique d'Opérations Sanitaires, experts techniques, équipes de riposte rapide virtuelles, directives, procédures opératoires standardisées, etc.) Mobiliser les ressources et faciliter les partenariats | <ul style="list-style-type: none"> Apporter un retour d'information sur la collaboration avec les niveaux national et régional Diffuser les directives de communication sur les risques Partager l'information avec les partenaires et les parties prenantes | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser les rapports des divers pays pour évaluer les systèmes SIMR et proposer des améliorations Elaborer, mettre à jour ou réviser les directives et les outils pour le contrôle et l'évaluation des systèmes SIMR/RCI Promouvoir, guider et soutenir les recherches opérationnelles |

Capacités minimales requises pour la surveillance et la riposte dans le cadre du RSI

Selon le RSI, les Etats membres utiliseront les structures et ressources nationales existantes pour répondre aux exigences du RSI en termes de capacités requises. Ces exigences sont les capacités pour les activités de surveillance, rapportage, notification, vérification, riposte et collaboration. Chaque partie est sensée évaluer l'aptitude des structures et ressources nationales existantes pour remplir les exigences minimales. Sur la base des résultats de l'évaluation, la Côte d'Ivoire doit élaborer et mettre en œuvre un plan d'action pour s'assurer que ces capacités minimales requises sont présentes et fonctionnelles à travers le pays.

Annexe 1 la Partie A du règlement définit les capacités minimales requises pour la surveillance et la riposte. Le règlement reconnaît les trois niveaux suivants du système sanitaire.

- Niveau périphérique ;
- Niveau intermédiaire ;
- Niveau national.

Les capacités de ripostes pour le niveau périphérique

Au niveau périphérique, les capacités requises pour la riposte sont :

- (a) Détecter les situations engendrant des maladies ou des décès allant au delà des attentes dans le temps et dans l'espace dans toutes les régions du pays
- (b) Signaler immédiatement toute information essentielle disponible au niveau approprié de riposte sanitaire. Au niveau communautaire, les informations doivent être signalées aux établissements sanitaires. L'établissement sanitaire doit rapporter l'information au district sanitaire qui la transmet au niveau central.

Dans le cadre de ces directives, les informations essentielles sont les suivantes :

- Descriptions cliniques,
 - Résultats de laboratoire,
 - sources et type de risque,
 - nombres de cas et de décès,
 - conditions favorisant la propagation de la maladie et les mesures sanitaires mise en œuvre
- (c) Mettre immédiatement en œuvre les mesures préliminaires de contrôle.

Niveau intermédiaire de riposte au problème de santé publique

Les exigences fondamentales de capacité au niveau intermédiaires sont les suivantes :

- (a) Confirmer l'état des événements signalés et appuyer ou mettre en œuvre des mesures de contrôle supplémentaires ;
- (b) Evaluer immédiatement les événements signalés et, s'ils sont jugés urgents, envoyer toutes les informations essentielles au niveau central. Dans le cadre de cet Annexe, les critères d'identification d'événements urgents sont :

impact sévère sur la santé publique, nature inhabituelle ou inattendue avec un potentiel de propagation élevé.

Niveau central : Evaluation, notification et riposte.

Evaluation et notification

Les capacités requises sont :

- (a) Evaluer tous les rapports sur les événements urgents dans les 48 heures ;
- (b) Notifier immédiatement à l'OMS à travers le point focal RSI lorsque l'évaluation indique que l'événement peut être signalé conformément au paragraphe 1 de l'Article 6 et de l'Annexe 2.
- (c) Informer l'OMS conformément à l'Article 7 et au paragraphe 2 de l'Article 9.

Riposte

Les capacités requises sont:

- (a) Déterminer rapidement les mesures de contrôle requises pour prévenir la propagation à l'intérieur du pays et au niveau international ;
- (b) Fournir un appui à travers un personnel spécialisé un appui pour l'analyse des prélèvements (de manière interne ou par des centres partenaires) et un appui logistique (ex/ équipement, fournitures et transport);
- (c) Fournir une assistance sur site pour compléter les enquêtes locales ;
- (d) Servir de lien opérationnel direct avec le cadres supérieurs de santé et d'autres autorités afin d'approuver rapidement et mettre en œuvre les mesures de contrôle ;
- (e) Servir de liaison directe avec les autres ministères compétents du gouvernement ;
- (f) Fournir par le moyen de communication le plus efficace, les liens avec les hôpitaux, les cliniques, les aéroports, les ports, les laboratoires et autres domaines opérationnels clés pour la dissémination des informations et des recommandations reçues de l'OMS sur les événements à l'intérieur du territoire de l'Etat Partie et sur le territoire d'autres Etats Parties ;
- (g) Mettre en place, exécuter et maintenir un plan national de riposte aux problèmes de santé publique avec création d'équipes pluridisciplinaires/multisectorielles pour la riposte aux événements pouvant constituer un problème de santé publique de portées internationales ;
- (h) Fournir tout ce qui précède toutes les 24 heures.

Quel est le soutien apporté par l’OMS pour renforcer la SIMR dans la Région africaine?

L’OMS-AFRO apporte son concours à la mise en place des activités de surveillance et de riposte à tous les niveaux du système de santé, avec notamment :

- L’élaboration de directives techniques détaillées pour chacun des niveaux ;
- Un cadre pour l’adaptation des directives à chacun des niveaux de chacun des pays ;
- Une formation pour le personnel participant au système de surveillance et de riposte ;
- La recherche et la mobilisation de ressources ;
- La coordination de la surveillance, la détection et la lutte contre les maladies, les épidémies et les urgences sanitaires dans tous les pays ;
- L’échange des informations relatives à la santé publique.

Que propose ce Guide Technique?

Les directives de la précédente édition ont été révisées de façon à y incorporer les risques liés aux maladies émergentes et ré-émergentes prioritaires, transmissibles et non transmissibles, ainsi qu’aux événements constituant une menace pour la santé publique. Cette nouvelle version indique également comment satisfaire aux exigences du RSI (2005) et mettre en place les capacités nécessaires à la surveillance et la riposte. Il conviendra d’adapter ces directives en fonction des priorités nationales et des structures de santé publique.

Ces directives peuvent être utilisées comme :

- Référence générale pour les activités de surveillance à tous les différents niveaux ;
- Ensemble de définitions pour déterminer les seuils d’intervention, à partir desquels déclencher des actions en réponse à différentes maladies déterminées ;
- Référence indépendante pour les directives spécifiques à chaque niveau ;
- Centre de documentation pour la formation du personnel, la supervision et l’évaluation des activités de surveillance ;
- Guide pour améliorer la détection précoce et la préparation à la riposte face aux épidémies.

A qui s'adresse le Guide technique?

Les informations et les recommandations figurant dans ce manuel sont destinées aux personnes suivantes :

- Responsable national de la surveillance épidémiologique
- Point focal national RSI (INHP)
- Comité médical scientifique des CHU,
- Responsable du centre de surveillance épidémiologique des districts et régions (CSE)
- Personnel de la surveillance épidémiologique de l'INHP et de la DIPE ;
- Directeurs des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles
- Directeurs des hôpitaux, Médecins, Infirmiers, et ingénieurs sanitaires,
- Vétérinaires
- Coordonnateur PEV au niveau du district
- Directeurs d'établissements sanitaires publics, privés, confessionnels, militaires...
- Responsables des institutions de Santé publique ;
- Formateurs en soins médicaux et infirmiers (INFAS)
- Formateurs en santé publique (INSP, INHP, UFR sciences médicales, pharmaceutiques et odonto stomatologie)
- Logisticiens
- Responsables de la communication
- Personnels de laboratoire (secteur privé, public)
- Communauté (agents de santé communautaires, ONG)
- Autres experts en santé Publique
- Autres partenaires dans le domaine de la santé publique

Quelles maladies sont incluses dans ce guide?

Le Ministère de la Santé et de la Lutte contre le SIDA a décidé de surveiller 43 maladies transmissibles, non transmissibles, affections prioritaires et événements

Ces maladies sont recommandées parce qu'elles font partie d'une ou plus des catégories suivantes:

- sont les causes de la forte morbidité et mortalité dans la région africaine (par exemple, paludisme, pneumonie, diarrhée, tuberculose, et le SIDA);
- ont un potentiel épidémique (par exemple la peste, fièvre jaune et choléra);
- La surveillance est exigée au niveau international (par exemple la Variole, Grippe aviaire due à un nouveau sous type, SRAS);

- Il y a des contrôles effectifs et des interventions préventives possible pour répondre au problème de santé publique quelles posent (par exemple, schistosomiasis, onchocercoses, trypanosomiasis, etc.);
- peuvent être facilement identifiées en utilisant des définitions de cas simples;
- érigées en programmes d'intervention avec le soutien de l'OMS pour la prévention, le contrôle, l'éradication ou l'élimination de la maladie (par exemple, le Programme Elargi de Vaccinations (PEV) et la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfants (PCIME)).

| Liste révisée des maladies prioritaires, des affections et des évènements | |
|--|---|
| Maladies à potentiel épidémique, affections et évènements recommandés par le RSI | |
| 1. Choléra 2. Dysenterie 3. Rougeole 4. Méningite 5. Peste 6. Fièvres hémorragiques virales (Ebola, Marburg, fièvre de la vallée du Rift...) 7. Grippe humaine due à un nouveau sous type | 8. Fièvre jaune 9. SRAS 10. Variole 11. Dengue 12. Trachome 13. Chikungunya 14. Anthrax 15. Fièvre Typhoïde 16. Hépatite-B |
| Maladies à Eradiquer et à Eliminer | |
| 1. Poliomyélite 2. Dracunculose 3. Lèpre | 4. Tétanos néonatal 5. Noma |
| Autres Maladies d'Importance en Santé Publique | |
| 1. Diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans 2. Pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans 3. VIH/SIDA 4. Paludisme 5. Onchocercose 6. Infections sexuellement transmissible (IST) 7. Trypanosomiase | 8. Tuberculose 9. Filarioses 10. Ulcère de Buruli 11. Asthme 12. Diabète sucré 13. Epilepsie 14. Hypertension artérielle 15. Drépanocytose 16. Malnutrition 17. Cancers 18. Rage 19. Schistosomiase 20. Décès Maternelle 21. Manifestations post vaccinales indésirables 22. Accidents de la Voie Publique 23. Evénements de santé de portée nationale et internationale |

Annexes à l'Introduction

- ANNEXE A** Outil d'évaluation de la surveillance, de la préparation et de la riposte au niveau du district
- ANNEXE B** Evènements sanitaires de portée internationale à notifier à l'OMS conformément au RSI (2005)
- ANNEXE C** Principales capacités requises pour la surveillance et la riposte selon la description du RSI (2005)

ANNEXE A.- Liste de pointage pour l' évaluation de la surveillance, la préparation et la riposte au niveau du district

La plupart des pays utilisent un outil mis au point par l'OMS-AFRO pour évaluer leurs systèmes de surveillance, de préparation et de riposte aux épidémies et pour identifier les améliorations à y apporter. Les résultats de cette évaluation peuvent servir à résoudre les problèmes au niveau des ressources, de la qualité et de la ponctualité de l'information, ainsi que du mode d'exploitation des données. On pourra aussi s'appuyer sur le plan stratégique national pour préparer le plan d'action spécifique du district.

Le programme SMIR ne vise pas à mettre en place un nouveau système, mais à donner des indications pour la préparation et la réalisation des activités de surveillance et de riposte. Si le district a la capacité et les compétences suffisantes pour documenter sa situation dans le domaine ou s'il souhaite mettre à jour son profil, il peut utiliser la liste ci-dessous après l'avoir adaptée au contexte local. Cet outil peut aider le district à identifier les activités dont il faut améliorer la performance.

Identification des cas et des événements

1. Vérifier que les définitions de cas standardisées sont disponibles et connues pour la notification des cas suspects de maladies et affections prioritaires, y compris les événements représentant un risque pour la santé publique.
2. Définir les **sources d'information** concernant les événements sanitaires dans le district, notamment les points de contact entre la communauté et les services de santé. Par exemple, ajouter les sources d'information suivantes sur la liste des sites de notification du district :
 - a. Etablissements sanitaires et hôpitaux
 - b. Points d'entrée dans le pays
 - c. Agents de santé communautaires
 - d. Accoucheuses traditionnelles
 - e. Guérisseurs traditionnels
 - f. Chefs de communauté informés des événements sanitaires survenant dans leur communauté (anciens du village, guérisseurs traditionnels, instituteurs, chefs religieux, etc.)
 - g. Responsables de la santé publique
 - h. Praticiens du secteur privé
 - i. Agents de la sécurité publique, notamment sapeurs pompiers, services de secours, services de police
 - j. Structures et services vétérinaires

- k. Industries, laboratoires de sécurité sanitaire des aliments et de sécurité environnementale
 - l. Médias, sites web et moteurs de recherche d'informations médicales
 - m. Autres, notamment ONG
3. Identifier des responsables/points focaux pour chaque source d'information. Identifier et préciser les possibilités de participation de la communauté à la surveillance des événements sanitaires.

Notification

4. Préciser les événements, maladies et infections prioritaires faisant l'objet de la surveillance dans le district et ceux qui sont soumis à la réglementation nationale. Etablir une liste des maladies :
- a. A potentiel épidémique
 - b. Faisant l'objet de mesures d'éradication ou d'élimination
 - c. Autres maladies d'importance stratégique pour la santé publique, y compris les maladies non transmissibles.
5. Pour chaque événement, maladie ou affection prioritaire, étudier les informations minimales que doivent consigner les établissements de soins ou les autres sources. Indiquer quand, à qui et comment ces données doivent être notifiées. Préciser les informations qui doivent être fournies par les services de soins hospitaliers et les services de consultation externe. Par exemple, il convient de rapporter au minimum tous les cas et tous les décès concernant les maladies et affections sélectionnées.
- a. Etablir la liste des maladies ou affections nécessitant une déclaration immédiate et communiquer cette liste aux établissements de soins du district.
 - b. Définir les moyens utilisables pour transmettre les informations au district (téléphone, fiches, oralement). En cas de notification électronique, vérifier que tous les établissements soient équipés d'ordinateurs et de modems.
 - c. Définir la fréquence à laquelle les données requises doivent être transmises.
6. Répertorier les outils de gestion de données disponibles dans le district et la manière dont il convient de les utiliser dans un système intégré :
- a. Formulaire individuels de notification des cas
 - b. Formulaire de notification des résultats de laboratoire
 - c. Listes descriptives pour les épidémies
 - d. Tableaux récapitulatifs
 - i. Formulaire de notification hebdomadaire

- ii. Formulaire de notification mensuelle
 - iii. Formulaire de notification trimestrielle
 - iv. Graphiques pour l'analyse des données en fonction du temps
 - v. Cartographie des données
 - vi. Tableaux pour l'analyse des données en fonction des caractéristiques individuelles
7. Vérifier périodiquement la disponibilité des ressources nécessaires à la surveillance pour chaque site de notification. (Remarque : les sites en mesure de procéder à une notification électronique doivent pouvoir disposer d'un système électronique compatible avec le matériel utilisé au niveau du district, de la région et du pays. Pour les sites ne disposant pas de moyens électroniques, il conviendra de s'assurer que les personnes chargées de la gestion des données peuvent compter sur un approvisionnement régulier en formulaires de recueil des données, en papier, crayons de couleur, papier quadrillé et registres).

Analyse des données

8. Pour chaque site de notification, préciser les besoins pour la gestion des données. Par exemple, élaborer et diffuser les procédures à suivre, sans oublier de préciser les dates limites afin que les sites de notification sachent qu'ils doivent envoyer leur rapport de façon périodique (par exemple toutes les semaines ou tous les mois)
- a. Calculer, compiler et communiquer les résultats sous forme de totaux récapitulatifs
 - b. Vérifier la qualité des données et les apurer si besoin
 - c. Analyser les données : fournir des synthèses hebdomadaires/mensuelles/trimestrielles/annuelles sous forme de tableaux, de graphiques ou de cartes
 - d. Transmettre l'interprétation au niveau hiérarchique directement supérieur
 - e. Soumettre les données au niveau supérieur (par SMS, courriel, fax / fiches individuelles de notification et listes descriptives)
 - f. Classer et sauvegarder les copies des données
 - g. Assurer un retour d'information à la communauté et à tous les sites de notification appropriés.
9. Déterminer si les fiches utilisées répondent aux priorités de la SIMR. Fournissent-elles, par exemple, les informations nécessaires pour déceler les problèmes sanitaires et déclencher une riposte ?

10. Rassembler et présenter les données du district pertinentes, susceptibles d'être exploitées pour mobiliser des ressources supplémentaires destinées à améliorer les activités de surveillance et de riposte. (Exemple : le personnel de santé a été en mesure de documenter une augmentation du nombre de cas de paludisme ; il sait que la riposte appropriée est l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticide. Le responsable de la surveillance au niveau du district a utilisé les données pour montrer qu'il serait possible de réduire le nombre de cas de paludisme, si une partie des frais d'équipement en moustiquaires pouvait être couvert par des entreprises locales).

Investigation et confirmation des cas, des épidémies ou des événements suspectés

11. Décrire le réseau de laboratoires de recours capables de confirmer les cas de maladies et affections prioritaires dans le district. Par exemple, établir une liste comprenant :
 - a. Les établissements publics, privés ou gérés par des ONG du district disposant de services de laboratoire fiables pour la confirmation des cas de maladies prioritaires ;
 - b. Les activités de prévention, de contrôle ou de surveillance particulière au niveau du district, bénéficiant de services de laboratoire (par exemple, présence éventuelle de sites sentinelles de surveillance du VIH dans le district).

Préparation et riposte aux épidémies et autres événements sanitaires

12. Actualiser les procédures de l'équipe de district de riposte rapide aux épidémies du district, en incluant l'évaluation de la préparation dans ses activités régulières. Préciser et diffuser le calendrier des réunions suivantes :
 - a. Réunions portant sur l'évaluation systématique de la préparation à la riposte et l'examen des problèmes et activités du moment
 - b. Réunions sur la riposte aux épidémies.
13. Pour chaque événement, maladie ou affection prioritaire sélectionné, préciser les mesures qu'il est possible d'envisager.
14. Pour chaque maladie ou affection face à laquelle le district est en mesure de réagir, préciser la cible, le seuil d'alerte ou les résultats d'analyse susceptibles de déclencher une intervention.

Communication et retour d'information

15. Définir les méthodes à appliquer pour informer le personnel de santé et l'aider dans la mise en œuvre de la SIMR. Par exemple :

- a. Répertoire les possibilités de formation offertes au personnel de santé dans le domaine de la surveillance, de la riposte ou de la gestion des données au niveau du district.
 - b. Coordonner les sessions de formation des divers programmes de lutte contre les maladies qui portent sur les mêmes sujets, par exemple la supervision, la rédaction de rapports, l'établissement des budgets, l'analyse et l'exploitation des données pour établir les priorités.
 - c. Déterminer les besoins de formation pour chaque catégorie de personnel de santé. Il peut s'agir soit d'une initiation à la surveillance et à la riposte, soit de cours de recyclage axés sur l'intégration des activités de surveillance.
16. Décrire comment circule l'information en matière de surveillance et de riposte entre le district et les responsables chargés de la surveillance. Préciser également les méthodes utilisées : réunions mensuelles, lettres d'information, communications téléphoniques. Mettre à jour régulièrement cette description.
17. Examiner et actualiser les procédures et méthodes d'échange d'information entre le district, les établissements sanitaires et la communauté, ainsi qu'entre le district et les niveaux supérieurs. Préciser les méthodes de retour d'information et actualiser selon les besoins :
- a. Bulletins synthétisant les données communiquées au district par les établissements sanitaires,
 - b. Réunions périodiques pour discuter des problèmes et des activités récentes dans le domaine de la santé publique,
 - c. Visites de supervision.
18. Décrire les liens de communication entre, d'une part, la communauté et les structures de soins et, d'autre part, le comité de gestion des urgences sanitaires qui peut être activé en cas d'épidémie et pour des activités de routine.

Evaluation et amélioration du système de surveillance

19. Déterminer s'il convient d'évaluer des indicateurs complémentaires et prévoir comment contrôler et évaluer la promptitude et l'exhaustivité de la notification.
20. Formuler au moins trois objectifs à atteindre pour améliorer la surveillance dans le district au cours de l'année à venir.

ANNEXE B.- Evénements sanitaires de portée internationale à notifier à l'OMS conformément au RSI (2005)

Surveillance de risques spécifiques

L'une des meilleures façons de protéger la santé publique internationale consiste à contrôler ou à limiter les risques sanitaires connus. Les risques connus représentent la grande majorité des événements susceptibles de constituer une urgence de santé publique tombant sous le coup du RSI (2005). Il existe déjà des programmes de lutte contre les maladies infectieuses, des programmes de sécurité sanitaire des aliments et environnementale, qui jouent un rôle significatif dans le système mondial d'alerte et riposte de l'OMS.

Les risques environnementaux comprennent, mais ne se limitent pas aux :

- Produits chimiques
- Aliments
- Radiations ionisantes
- Radiations non ionisantes

Il est possible de se procurer des informations techniques sur ces risques auprès de différentes sources.

Il est nécessaire d'établir des partenariats pour renforcer les capacités de SIMR afin de répondre aux problèmes suivants :

1. Urgences de santé environnementale
 - Evénements d'origine naturelle
 - Incidents techniques
 - Urgences complexes
 - Evénements résultant d'actes délibérés
2. Risques chimiques alimentaires
 - a. Exposition alimentaire aiguë ou chronique (pollution environnementale ou délibérée)
3. Zoonoses
 - a. Zoonoses émergentes
 - b. Zoonoses négligées

Thèmes correspondant à des risques spécifiques faisant l'objet d'une surveillance

1. Risques liés aux maladies infectieuses

Risques liés aux maladies infectieuses connues, nouvelles ou inconnues.

2. Zoonoses

L'émergence et la ré-émergence de zoonoses et l'effet désastreux qu'elles peuvent avoir sur la santé humaine font des zoonoses une priorité pour les services vétérinaires.

3. Problèmes de sécurité sanitaire des aliments

Les maladies diarrhéiques transmises par la nourriture ou l'eau sont responsables d'une morbidité et d'une mortalité importantes dans les pays les plus pauvres, avec environ 1,8 million de décès chaque année, pour la plupart chez des enfants.

4. Risques chimiques

La détection et le contrôle des contaminations/intoxications chimiques et des pollutions environnementales sont essentiels pour l'application du RSI.

5. Accidents radiologiques ou nucléaires

Les accidents radiologiques ou nucléaires peuvent résulter de fuites accidentelles ou d'actes délibérés dans les centrales atomiques. Ils peuvent également être détectés lors de l'examen clinique de patients irradiés, admis dans un établissement de soins, alors que la source d'exposition n'a pas encore été confirmée.

D'après: A guide for assessment teams. International Health Regulations (2005): Protocol for assessing national surveillance and response capacities for the International Health Regulations (IHR) in accordance with Annex 1A of the regulations. Février 2009.

ANNEXE C. Principales capacités requises pour la surveillance et la riposte selon la description du RSI (2005)

D'après le RSI, les Etats Membres doivent utiliser les structures et les ressources nationales pour se doter des principales capacités nécessaires à la surveillance et la riposte. Les exigences à satisfaire comprennent la capacité de mener à bien les activités de surveillance, de transmission d'information, de notification, de vérification, de riposte et de collaboration. Chacun des Etats Membres doit évaluer la capacité des structures et des ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales. A la suite de cette évaluation, ils doivent élaborer et appliquer des plans d'action pour assurer la disponibilité et la fonctionnalité de ces principales capacités dans tout le pays.

La partie A de l'annexe I du RSI (2005) définit les principales capacités requises pour la surveillance et la riposte. Le règlement reconnaît trois niveaux dans le système de santé :

- Le niveau communautaire local ou niveau primaire d'action de santé publique
- Les niveaux intermédiaires d'action de santé publique
- Le niveau national.

Niveau communautaire local ou niveau primaire d'action de santé publique

Au niveau communautaire local et/ou au niveau primaire d'action de santé publique, les capacités doivent permettre de :

- a) Détecter les événements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux escomptés pour une période et un lieu donnés, dans toutes les zones du territoire ;
- b) Communiquer immédiatement toutes les données disponibles aux autorités sanitaires compétentes. Les informations collectées au niveau communautaire sont adressées aux établissements de soins locaux ou au personnel de santé compétent (niveau primaire) qui à leur tour adressent les informations au niveau d'action intermédiaire ou national, selon la structure du système de santé.

Dans l'objectif de la SIMR, les données essentielles doivent inclure :

- Tableaux cliniques
 - Résultats de laboratoire
 - Sources et types de risques
 - Nombre de cas et de décès
 - Conditions influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires appliquées.
- c) Appliquer immédiatement les premières mesures de lutte.

Niveaux intermédiaires d'action de santé publique

Les principales capacités des niveaux intermédiaires d'action de santé publique devront être adaptées au contexte de chaque pays. Beaucoup ont plusieurs niveaux intermédiaires (sous-district, district/comté et province/région/état) tandis que d'autres pays, plus petits, n'ont parfois qu'un seul niveau (district ou comté).

Les capacités et les fonctions du système de santé peuvent varier d'un pays à l'autre. Par exemple, dans les grands états fédéraux, les fonctions des niveaux intermédiaires peuvent s'approcher des capacités décrites pour le 'niveau national', tandis que dans les états plus petits, avec un seul niveau, les fonctions du niveau intermédiaire peuvent être proches du niveau communautaire et/ou du niveau primaire d'action sanitaire.

Les principales capacités des niveaux intermédiaires doivent permettre de :

- i. Confirmer la nature des événements signalés et appuyer ou appliquer des mesures de lutte supplémentaires ;
- ii. Evaluer les événements signalés et, s'ils sont jugés urgents, communiquer toutes les données essentielles au niveau national. Dans le contexte de cette Annexe, les critères déterminant l'urgence sont : impact sanitaire important et/ou caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation.

Niveau national : évaluation et notification

Le niveau national a deux fonctions : l'évaluation et la notification.

- i. Evaluation dans les 48 heures de tous les événements urgents qui sont signalés ;
- ii. Notification immédiate à l'OMS, par l'intermédiaire du point focal national RSI, en vertu de l'article 6, paragraphe 1 du RSI, lorsque l'évaluation à l'aide de l'instrument de décision décrit en Annexe 2 indique qu'il peut s'agir d'une urgence de santé publique de portée internationale. Communication de toutes les informations pertinentes à l'OMS, conformément à l'Article 7 et à l'article 9, paragraphe 2 du RSI (2005).

Au niveau national, la riposte sanitaire requiert la capacité à :

- a) Identifier rapidement les mesures nécessaires pour éviter la propagation nationale et internationale du problème sanitaire ;
- b) Mettre à disposition du personnel spécialisé, faciliter l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) et apporter une aide logistique (matériel, fournitures, transport) ;
- c) Aider si besoin à l'investigation sur le terrain ;
- d) Assurer le lien avec les différents niveaux hiérarchiques pour accélérer l'approbation et la mise en œuvre des mesures d'endiguement et de lutte ;

- e) Assurer une liaison directe avec les autres ministères compétents ;
- f) Utiliser les moyens de communication existants pour assurer le lien avec les hôpitaux, les dispensaires, les aéroports, les ports, les postes frontières, les laboratoires et d'autres zones opérationnelles clés, et diffuser les informations et les recommandations émanant de l'OMS concernant les événements survenus sur le territoire de l'Etat Partie et dans les autres Etats Parties ;
- g) Etablir, appliquer et maintenir un plan national d'urgence sanitaire, qui prévoit notamment la création d'équipes pluridisciplinaires/intersectorielles pour réagir aux événements pouvant constituer une urgence sanitaire de portée internationale ; et
- h) Appliquer les mesures ci-dessus 24 heures sur 24.

Lors de consultations internationales, les principales capacités ont été réparties en huit catégories :

- législation,
- politique et coordination,
- surveillance,
- préparation,
- riposte,
- communication sur les risques,
- laboratoire,
- ressources humaines.

Ces huit catégories sont toutes importantes pour le RSI également.

SECTION 1

IDENTIFIER LES CAS DE MALADIES, AFFECTIONS PRIORITAIRES ET EVENEMENTS

Cette section décrit comment :

- Utiliser les définitions de cas standardisées pour notifier les cas suspects de maladies et affections prioritaires, y compris les évènements représentant un risque pour la santé publique
- Actualiser les procédures de surveillance et de riposte au niveau du district
- Mettre à jour la description et la liste des zones desservies, notamment avec la diffusion de formulaires de recueil de données, d'outils de notification et de directives
- Utiliser le réseau et les procédures de laboratoire pour améliorer les capacités de surveillance et de riposte, en particulier la capacité à confirmer des présomptions d'épidémies

Les personnels de santé exercent des activités de surveillance à tous les niveaux du système de santé, de façon à pouvoir détecter les problèmes sanitaires préoccupants pour la communauté. Des maladies transmissibles ou non, des affections ou des événements particuliers peuvent constituer des priorités en matière de surveillance. Il peut s'agir de priorités nationales ou locales, comme les épidémies, les décès maternels ou des événements affectant la santé publique. La veille sanitaire constitue un volet essentiel du système de surveillance. Ce dernier doit être capable de détecter non seulement les menaces sanitaires connues, pour lesquelles il dispose de définitions de cas bien établies et de voies de notification officielles, mais aussi des événements ou des risques qui ne font pas spécifiquement partie du système de notification officiel. Il peut s'agir de cas groupés de maladies ou de rumeurs de décès inexplicables.

Ces maladies, affections et événements particuliers peuvent attirer l'attention du système de santé de plusieurs façons.

Par exemple :

- Une personne tombe malade et va se faire soigner dans un établissement de soins.
- Des membres de la communauté signalent des circonstances ou des événements inhabituels au niveau local. Ainsi, un membre de la communauté signale à l'établissement de soins une série de décès ou un profil de maladie inhabituel. Une pharmacie peut également signaler une forte augmentation des achats d'un médicament ou d'un traitement particulier. Une école pourra faire état d'un taux inhabituel d'absences liées aux mêmes signes et symptômes, ceux de la grippe par exemple (syndrome grippal).
- Dans le cadre de sa recherche systématique de cas d'une maladie particulière, le personnel de santé découvre des cas d'une autre maladie prioritaire n'ayant pas fait l'objet d'une notification. Par exemple, un responsable chargé d'examiner le registre d'un dispensaire à la recherche de cas de paralysie flasque aiguë (PFA), constate la présence d'un cas de choléra récemment consigné dans ce registre. Dans le registre, sont également consignés des cas d'affections non transmissibles, tels que l'hypertension et le diabète.
- La radio, la télévision ou les journaux rapportent une rumeur d'événements inhabituels ou inexplicables dans la région avec risque d'exposition pour la population.
- Les registres d'état civil indiquent une augmentation du taux de décès maternels.
- Un établissement de soins signale le décès d'un adulte provoqué par une diarrhée sanglante. Lors de l'examen des notifications systématiques de tous les

établissements de soins de la région, le responsable de district constate l'existence d'autres cas de décès chez l'adulte provoqués par des diarrhées sanglantes.

1.1 Utiliser les définitions de cas standardisées

Une définition de cas est un ensemble standardisé de critères utilisés pour déterminer si une personne est atteinte d'une maladie particulière. Les définitions de cas s'appuient sur des critères cliniques et les limitations liées au temps, à l'espace et à la personne. L'utilisation des définitions de cas standard donne la garantie que chaque cas est diagnostiqué de la même façon, indépendamment du lieu ou du moment où il a eu lieu, ou de la personne qui l'a identifié. Elle permet de comparer le nombre de cas de la maladie ou affection ayant été enregistré à un moment ou à un endroit donné par rapport au nombre enregistré ailleurs et à un autre moment.

L'utilisation de définitions de cas standardisées est également indispensable à la mise en place du RSI (2005). C'est pourquoi il est important que les personnels de santé, même au niveau du district, connaissent les définitions de cas standardisées des maladies ou événements susceptibles d'affecter non seulement la population locale, mais aussi de se propager au-delà des frontières géographiques.

- **Définition de cas clinique** - Le personnel clinique (médecins, infirmières ou aide soignantes) voit un patient présentant certains signes ou symptômes. Une définition de cas clinique fournit les critères permettant d'identifier le traitement approprié et susceptible de sauver la vie du patient. Si les ressources le permettent, le clinicien demandera un test de laboratoire pour confirmer le diagnostic. Sans cette confirmation, le clinicien peut ne pas être en mesure de déterminer la cause de l'affection pour un traitement approprié.

- **Définition de cas pour la surveillance** - La définition de cas précise ces maladies et affections qui doivent être notifiées pour la surveillance. La définition de cas standard permettra au système de surveillance d'obtenir une meilleure détection de tous les cas d'une maladie ou affection au sein d'une population donnée et d'exclure la détection d'autres cas similaires

L'utilisation d'une même définition de cas dans tout le système national de surveillance de la santé publique permet une détection efficace de maladies ou affections particulières. Cette harmonisation permet de comparer plus facilement les données entre les différentes zones. Par contre, lorsque les formations sanitaires et les districts utilisent des définitions de cas différentes, il est impossible de déterminer la tendance d'une maladie infectieuse particulière car le personnel de santé qui analyse les données et prend les mesures nécessaires ne pourra pas savoir si les tendances sont dues à la maladie sous surveillance ou à une autre cause.

1.1.1 Diffuser les définitions de cas aux formations sanitaires

Il faut s'assurer que le personnel des services de soins ait un accès facile aux définitions de cas standard et sachent comment les utiliser. Ces définitions standardisées de cas seront élaborées et distribuées sous forme d'affiches et de livrets à tout le personnel de santé.

En Annexe 1A et dans la Section 9 de ce document, figurent des définitions de cas proposées d'après des programmes établis spécifiques des différentes maladies.

1.1.2 Diffuser les définitions de cas simplifiées à la communauté

Il importe de faire participer la communauté aux projets d'amélioration des procédures de surveillance et de riposte dans le district. Si la communauté ignore comment aviser les autorités sanitaires lorsque surviennent des maladies prioritaires ou des événements sanitaires inhabituels, les cas suspects ne pourront pas être vus dans la formation sanitaire et les cas ne seront pas notifiés.

Expliquer au personnel de santé, aux guérisseurs traditionnels, aux accoucheuses et aux responsables de la communauté, comment reconnaître et signaler aux établissements de soins les maladies, affections et événements prioritaires. Une liste des définitions de cas à utiliser au niveau de la population figure en Annexe 1B.

Les agents de santé communautaire, les guérisseurs traditionnels, les accoucheuses et les dirigeants des communautés doivent savoir comment reconnaître certaines maladies prioritaires et les signaler à la formation sanitaire. Ils doivent également orienter vers une formation sanitaire les personnes suspectées d'être atteintes d'une de ces maladies prioritaires. On donnera à la communauté des informations sur les maladies prioritaires par voie d'affiches, de bulletins d'information et d'annonces au cours de réunions communautaires.

Une des manières d'encourager la communauté à participer au système est d'être prêt à répondre efficacement à ses notifications.

Une liste de définitions de cas simplifiées applicables à la surveillance communautaire figure à l'Annexe 3 de cette section.

1.2 Améliorer les procédures de district pour la surveillance et la riposte

Chaque année, les responsables de la santé, à l'échelon régional ou national, doivent évaluer la performance du système de veille sanitaire et de riposte. Ces résultats permettront d'adapter les plans d'action en fonction des priorités.

1.2.1 Mettre à jour la description de la zone de desserte

Procéder à une mise à jour annuelle des informations relatives à la zone desservie. On s'assurera, par exemple, qu'on dispose d'informations actualisées sur:

- la taille des principales populations cibles dans le district: enfants de moins de 5 ans, femmes en âge de procréer, population âgée de 1 à 30 ans, personnes vivant dans des camps de réfugiés, jeunes ayant abandonné l'école, etc.
- les principales interventions de santé publique dans la région, notamment les activités de vaccination menées par des organisations publiques, privées et les ONG, les activités d'immunisation, les projets d'assainissement, les centres de planification familiale, les centres de distribution d'aliments pour enfants sous-alimentés, les informations relatives aux facteurs de risque pour les maladies non transmissibles, etc.

1.2.2 Mettre à jour la liste des sites de notification du district

Identifier dans le district tous les établissements de soins, les Points d'Entrée (PoE) et autres sites tenus de notifier au district les données de surveillance ou les événements inhabituels. Etablir des relations avec les organismes privés et les ONG présents sur le district et les faire participer aux activités de surveillance. Relever (et mettre à jour si nécessaire) les coordonnées des établissements de soins et des points d'entrée sur le territoire, ainsi que les noms des membres du personnel responsables des activités de surveillance. L'Annexe 1C présente un modèle de formulaire permettant de dresser la liste des sites de notification et des personnes à contacter sur chaque site.

1.2.3 Diffuser les mises à jour des formulaires de recueil de données, des outils de notification et des directives techniques

A l'occasion de la mise à jour de la description des zones desservies, vérifier si les sites de notification disposent d'un approvisionnement correct en formulaires et autres moyens de transmission des données de surveillance (radiotéléphones, téléphones mobiles ou connections email). Profiter des réunions trimestrielles de district avec les établissements de soins et autres sites de notification, pour distribuer les mises à jour des formulaires et des procédures de notification, d'investigation et de riposte aux événements sanitaires

1.3 Améliorer la capacité locale des laboratoires pour la surveillance et la riposte

Plusieurs maladies ou affections présentent des signes et des symptômes identiques ou similaires. On risque ainsi de diagnostiquer un cas de rougeole chez un enfant qui a de la fièvre et présente une éruption cutanée sur tout le corps, alors que bien d'autres causes peuvent être à l'origine du tableau clinique observé.

La confirmation en laboratoire du diagnostic des maladies, affections et événements sanitaires sous surveillance est indispensable pour :

- Diagnostiquer précisément la maladie chez un patient, et
- Vérifier l'origine (ou l'étiologie) d'une épidémie suspectée.

Les prélèvements cliniques doivent arriver au laboratoire en bon état, de façon à ce que leur analyse donne des résultats fiables. Il convient donc de prélever, de conserver et de manipuler les échantillons en fonction des spécificités de la maladie. Il faut également minimiser les délais entre le prélèvement de l'échantillon et son analyse au laboratoire.

Plusieurs facteurs sont susceptibles d'affecter la fiabilité de l'interprétation des résultats de laboratoire. Ainsi, il est difficile d'interpréter des résultats, quand :

- Les prélèvements n'ont pas été correctement réalisés (par exemple, échantillon sanguin hémolysé)
- Le délai entre le transport et l'analyse risque d'entraîner une prolifération bactérienne dans le prélèvement (par exemple, dans un échantillon d'urine ou de liquide céphalorachidien).
- L'utilisation d'un mauvais milieu de transport ou de conservation risque de réduire la viabilité du microorganisme suspecté.

Les tableaux de référence relatifs aux maladies spécifiques, section 9, établissent la liste des analyses de laboratoires conseillées pour confirmer les maladies et affections prioritaires, en précisant notamment :

- Le test diagnostique permettant de confirmer la maladie ou affection
- L'échantillon à prélever
- A quel moment le prélever
- Comment le traiter, le conserver et le transporter
- Le délai d'obtention des résultats

- Les sources d'information complémentaire.

Il est parfois nécessaire de mettre en œuvre des mesures de santé publique avant même d'avoir reçu entièrement la confirmation par le laboratoire.

1.3.1 Désigner les laboratoires qui feront partie du réseau

L'Annexe 1D de cette section présente une description des fonctions des laboratoires selon le niveau du système de santé.

Au niveau de l'établissement de soins, du district et de la province, l'accent sera mis sur le prélèvement, la manipulation, le transport et le traitement sécurisés des échantillons. Le responsable de la surveillance locale ou de laboratoire doit établir ou renforcer la communication régulière avec les laboratoires identifiés qui reçoivent des prélèvements de l'établissement de soins ou du district sanitaire. Ce contact régulier vise à améliorer les procédures entre les établissements de soins du district qui envoient des échantillons, et les laboratoires qui les reçoivent. Il convient de s'assurer de la clarté et de la fiabilité des procédures, à la fois pour le prélèvement et l'expédition des échantillons, la confirmation des cas de maladie ou affection, et la notification des résultats.

Pour soutenir les laboratoires infranationaux ou de district, à l'intérieur du réseau, le système national de santé établira un protocole d'accord (MOU) avec les laboratoires extérieurs à la région ou au réseau, qui disposent de moyens de diagnostic particuliers, indisponibles au plan local. Il peut également apporter son soutien aux laboratoires en mobilisant les niveaux supérieurs pour obtenir les fournitures nécessaires au prélèvement, à la manipulation, au stockage et au transport sécurisés des échantillons à travers tout le réseau.

1.3.2 Identifier les laboratoires dans le réseau

A chaque niveau du système de santé, le responsable de la surveillance doit tenir à jour la liste des laboratoires capables de réaliser les analyses requises. L'Annexe 1E présente un modèle de formulaire permettant de dresser la liste des laboratoires nationaux chargés de confirmer les cas de maladies et affections prioritaires. Il faut fournir à tous les établissements de soins les procédures pour l'envoi des prélèvements, notamment leur préparation, leur manipulation, leurs conditions d'expédition et leur conservation. Il faut également vérifier la bonne diffusion des procédures d'emballage et d'expédition de matériels infectieux conformément à la réglementation nationale.

1.3.3 Informer les laboratoires des procédures de confirmation des cas de maladies et affections prioritaires

Une fois désigné, le responsable laboratoire du district doit s'assurer que les procédures de confirmation en laboratoire établies au plan national sont connues et respectées au niveau de son district. Le personnel désigné doit :

- Assurer le pré-positionnement du matériel de prélèvement et de transport des échantillons (disponibilité immédiate) au niveau du laboratoire de district. Les tests diagnostiques rapides ou les tests sérologiques permettant de détecter les maladies prioritaires et les risques (chimiques, par exemple) doivent être disponibles pour pouvoir être utilisés en temps voulu.
- Aider l'établissement de soins à prélever l'échantillon adéquat pour confirmer le cas suspect.
- Assurer, au besoin, la coordination avec le laboratoire pour identifier l'échantillon adéquat à prélever et les procédures ou difficultés particulières.
- Prélever et emballer correctement l'échantillon ou aider l'établissement de soins à le faire.
- Assurer la sécurité et la fiabilité du transport de l'échantillon entre l'établissement de soins et le laboratoire désigné.
- Recevoir les résultats des analyses de laboratoire et les transmettre rapidement à l'établissement de soins et aux instances nationales. Transmettre également les résultats au médecin traitant du patient.
- Prendre des mesures avec l'établissement de soins, d'après les résultats de laboratoire.

1.3.4 Etablir un contrôle-qualité du laboratoire

Etablir une coordination avec les autorités de laboratoire au niveau national ou provincial pour mettre en place des activités garantissant la qualité des résultats fournis. Le contrôle et l'assurance de qualité du laboratoire sont essentiels pour donner confiance dans les résultats obtenus.

ANNEXES À LA SECTION 1

- ANNEXE 1A** : Définitions de cas standardisées recommandées par l’OMS-AFRO pour la notification des cas suspects de maladies, affections et évènements prioritaires
- ANNEXE 1B** : Principaux signes et symptômes utilisés pour les définitions de cas au niveau de la communauté
- ANNEXE 1C** : Liste des sites de notification du district
- ANNEXE 1D** : Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de santé
- ANNEXE 1E** : Liste des laboratoires nationaux pour confirmation des maladies, affections et évènements prioritaires

ANNEXE 1A

Définitions de cas standardisées recommandées par l’OMS-AFRO pour la notification des cas suspects de maladies, affections et évènements prioritaires

L’OMS-AFRO conseille aux établissements de soins d’utiliser les définitions de cas standardisées suivantes pour notifier au district les cas suspects de maladies, affections et évènements prioritaires. Pour plus d’information, voir les directives spécifiques aux maladies, Section 9.

| Maladies et affections prioritaires et évènements de santé publique | |
|--|---|
| Maladie/Affection/Événement | Définition de cas standardisée |
| Anthrax | <p>Cas suspect : Toute personne manifestant brutalement les symptômes d’une des formes cliniques de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Forme cutanée : Toute personne présentant une lésion cutanée évoluant sur une période de 1 à 6 jours, passant d’une papule à une vésicule, puis se transformant en escarre noirâtre, systématiquement accompagnée d’un œdème plus ou moins étendu b) Forme gastro-intestinale : Toute personne souffrant de troubles abdominaux caractérisés par des nausées, des vomissements, une anorexie, et suivie de fièvre c) Forme respiratoire (inhalation): Toute personne présentant un bref prodrome évoquant une maladie respiratoire virale aiguë, suivi de l’apparition rapide d’hypoxie, de dyspnée et d’une forte fièvre, avec un élargissement du médiastin visible à la radiographie d) Forme méningée : Toute personne présentant une forte fièvre d’apparition brutale, pouvant être accompagnée de convulsions, d’une perte de conscience, de signes et symptômes méningés ; fréquemment observée dans les infections systémiques, mais qui peut ne manifester aucun autre symptôme clinique de l’anthrax. <p>ET ayant un lien épidémiologique avec des cas suspects ou confirmés chez l’animal ou avec des produits contaminés d’origine animale</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>Cas cliniquement compatible avec les formes cutanée, respiratoire, gastro-intestinale, confirmé en laboratoire par :</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) Isolement de <i>B. anthracis</i> à partir d’un prélèvement de tissu ou du site affectés ; ou (b) Mise en évidence d’une infection à <i>B. anthracis</i> à l’aide d’au moins deux tests diagnostiques. |
| Anthrax, suite | <p>Remarque : <i>Il n’est pas toujours possible de mettre en évidence la présence de B.anthraxis dans des prélèvements cliniques, lorsque le malade a été traité avec des agents antimicrobiens.</i></p> |

| | |
|------------------------|---|
| Chikungunya | <p>Cas suspect : Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale >38.5°C, accompagnée de douleurs articulaires que n'expliquent pas d'autres affections cliniques.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect avec un prélèvement de sang veineux positif aux IgM anti Chikungunya au laboratoire.</p> |
| Choléra | <p>Cas suspect : Déshydratation grave ou décès suite à une diarrhée aqueuse aiguë chez un patient âgé de plus de 5 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ S'il y a une épidémie de choléra, on suspectera un cas chez tout individu âgé de plus de 2 ans présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissement. <p>Cas confirmé : Cas suspect chez lequel on a isolé <i>Vibrio cholerae</i> O1 ou O139 dans les selles.</p> |
| Décès maternels | <p>Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle, ni fortuite.</p> |
| Dengue | <p>Cas suspect : Toute personne présentant une maladie fébrile aiguë d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, s'accompagnant d'au moins 2 des symptômes suivants : céphalées, douleur rétro-orbitale, myalgie, arthralgie, éruption cutanée, manifestations hémorragiques,</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, augmentation des titres d'IgG, détection du virus par PCR ou isolement).</p> <p>Forme hémorragique : Cas suspect ou confirmé de dengue présentant des tendances hémorragiques mises en évidence par au moins un des éléments suivants : test positif du tourniquet ; pétéchies, ecchymoses ou purpura ; hémorragies des muqueuses, du tube digestif, des sites d'injections ou d'autres localisations ; hématomène ou méléna ;</p> <p>Dengue avec syndrome de choc : Tous les critères ci-dessus, <u>plus</u> des signes de défaillance circulatoire, se manifestant par un pouls rapide et faible, une pression artérielle différentielle pincée (≤ 20 mm Hg) ou une hypotension selon l'âge, une peau froide et moite et un état mental altéré.</p> |
| Diabète | <p>cas suspect : Toute personne présentant l'un des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soif fréquente (polydipsie) • Faim constante (polyphagie) • Miction fréquente (polyurie) <p>cas confirmé : Toute personne ayant une glycémie veineuse à jeun ≥ 7 mmol/L (1,26 g/l) ou une glycémie capillaire $\geq 6,1$ mmol/L (1,10 g/l)</p> <p>Ou</p> <p>Toute personne présentant après les repas une glycémie veineuse $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dl) ou une glycémie capillaire $\geq 11,1$ mmol/L (200</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>mg/dl)</p> <p><i>*Notifier seulement le nouveau cas diagnostiqué confirmé en laboratoire</i></p> |
| Diarrhée sanglante (dysenterie à <i>shigella</i>) | <p>Cas suspect : Toute personne souffrant de diarrhée avec présence de sang visible dans les selles</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect avec coproculture positive pour <i>Shigella dysenteriae</i> type 1.</p> |
| Dracunculose | <p>Cas suspect : Toute personne chez on on observe d'un ver dans une lésion cutanée</p> <p>Cas confirmé : la confirmation ADN du prélèvement de ver</p> |
| Fièvre de la Vallée du Rift (FVR) | <p>Cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladie fébrile aiguë (température axillaire >37.5 °C ou orale >38.0°C) qui dure plus de 48 heures, qui ne répond pas aux traitements antibiotique ou antipaludéen, et qui est associée à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un contact direct avec un animal malade ou mort ou à ses produits ET/ OU : ▪ Une résidence ou un récent voyage (au cours de la semaine précédente) dans une région où, après de fortes pluies, les taux de mortalité ou d'avortement du bétail sont élevés, et où l'activité du virus de la FVR est suspectée/confirmée.. : <p>Cas confirmé: tout cas suspect chez qui le test ELISA IgM anti-FVR ou les tests de RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction) sont positifs. (Apparition caractéristique des anticorps entre 4 et 6 jours après le début des symptômes)</p> |
| Fièvre du Nil occidental | <p>Cas suspect: Malade hospitalisé pour une encéphalite d'origine inconnue</p> <p>Cas confirmé Confirmation de la Fièvre du Nil occidental par des tests diagnostiques de laboratoire qui identifient les IgM dirigées contre le virus <i>West nile</i></p> |
| Fièvre jaune | <p>Cas suspect : Toute personne présentant une fièvre d'apparition brutale accompagnée d'ictère dans les 14 jours suivant l'apparition des premiers symptômes.</p> <p>Cas probable : CAS suspect ET non vacciné dans les 30 jours précédant la vaccination avec un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Lien épidémiologique avec un cas confirmé ou une épidémie ▪ Histopathologie du foie post-mortem positive ▪ Positif aux IgM antimaril spécifique <p>Cas confirmé : Cas probable ET non vacciné dans les 30 jours précédant la vaccination avec un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection d'IgM antiamariles spécifiques et IgM négatifs aux autres |

| | |
|--|---|
| | <p>flavivirus</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection de titres d'IgM et/ou IgG contre la FJ 4 fois plus élevés entre le sérum de phase aiguë et le sérum de phase convalescente ▪ Détection d'anticorps neutralisants spécifiques* du virus amaril <p><i>*Spécifiques signifie que les tests de recherche d'anticorps (IgM ou anticorps neutralisants) contre les autres flavivirus prévalents sont négatifs. Cette analyse doit comporter des tests IgM au moins pour les virus de la Dengue et West Nile et éventuellement pour d'autres flavivirus en fonction de l'épidémiologie locale.</i></p> <p style="text-align: center;">Ou</p> <p>Cas probable ET non vacciné dans les 14 jours précédant la vaccination avec un des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection Antigène de la FJ Par Immunoassay, ▪ Genome du virus détecté par la PCR, ▪ Isolement du virus amaril |
| <p>Fièvre typhoïde</p> | <p>Cas suspect : Apparition progressive d'une fièvre persistante s'intensifiant, accompagnée de frissons, de malaises, de céphalées, de maux de gorge, de toux, et parfois, de douleurs abdominales et de constipation ou de diarrhée.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par isolement de <i>Salmonella typhi</i> dans le sang, la moelle osseuse, les fluides intestinaux ou les selles.</p> |
| <p>Fièvres hémorragiques à virus Ebola ou Marburg</p> | <p>Cas suspect : Toute personne souffrant d'une forte fièvre qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région, et qui présente au moins l'un des signes suivants : diarrhée sanglante, hémorragie gingivale, hémorragies cutanées (purpura), injection des conjonctives et présence de sang dans les urines.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive ou isolement du virus), ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.</p> <p>Remarque : Lors d'une épidémie, ces définitions de cas sont susceptibles d'être modifiées pour s'adapter à la situation locale (l'événement local).</p> |
| <p>Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo (FHCC)</p> | <p>Cas suspect de FHCC : Toute personne présentant une fièvre d'apparition brutale, un état de malaise, une faiblesse généralisée, une irritabilité, des céphalées, de vives douleurs dans les membres et la région lombaire, et une anorexie marquée. Congestion précoce du visage et du thorax, conjonctives injectées, énanthème hémorragique du voile du palais, de la luette et du pharynx, et très souvent éruption constituée de fines pétéchies s'étendant du thorax et de l'abdomen à tout le reste du corps avec, parfois, de grandes surfaces purpuriques.</p> <p>Cas confirmé de FHCC : Cas suspect confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive, isolement du virus ou séroconversion IgG par ELISA ou IFA) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Fièvres hémorragiques de Lassa</p> | <p>Cas suspect de fièvre de Lassa : Toute personne présentant une maladie qui s'installe progressivement avec au moins une des manifestations suivantes : malaise, fièvre, céphalées, maux de gorge, toux, nausées, vomissements, diarrhée, myalgie, douleurs thoraciques, perte de l'audition ; et ayant des antécédents de contact avec des excréta de rongeurs ou avec un cas confirmé de fièvre de Lassa.</p> <p>Cas confirmé de fièvre de Lassa : Cas suspect confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive, isolement du virus) ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par le laboratoire.</p> |
| <p>Filariose lymphatique</p> | <p>Cas suspect : Personne présentant des signes cliniques d'hydrocèle ou de lymphoedème, et résidant dans une zone d'endémie, après exclusion de toute autre cause.</p> <p>Cas confirmé: Personne suspect avec un diagnostic de laboratoire positif : microfilariémie sur un frottis sanguin, antigènes filaires ou échographie positive.</p> |
| <p>Grippe humaine provoquée par un nouveau sous-type</p> | <p>Cas suspect H5N1 : Toute personne présentant un syndrome respiratoire aigu bas, inexpliqué, avec fièvre (>38 °C), toux, souffle court ou difficulté respiratoire</p> <p>ET une ou plusieurs des expositions suivantes dans les 7 jours précédant le début des symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a)</i> Contact proche (à moins d'1 mètre, par exemple : en soignant, en parlant ou en touchant) avec un cas H5N1 présumé, probable ou confirmé ; <i>b)</i> Exposition à des volailles, à des oiseaux sauvages ou à leurs restes (ex : manipulation, abattage, plumage, dépeçage, préparation pour la consommation) ou à des environnements souillés par leurs déjections, dans un secteur où des infections H5N1 ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois, chez des animaux ou des hommes ; <i>c)</i> Consommation de produits de volaille crus ou pas assez cuits dans un secteur où des infections H5N1 ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois, chez des animaux ou des hommes ; <i>d)</i> Contact proche avec un animal contaminé par H5N1 autre que des volailles ou des oiseaux sauvages ; <i>e)</i> Manipulation dans un laboratoire ou tout autre endroit d'échantillons (animaux ou humains) suspects contenir le virus H5N1. <p>Cas confirmé H5N1 : Toute personne remplissant les critères d'un cas suspect ET présentant des résultats d'analyse positifs obtenus par un laboratoire dont les résultats des tests H5N1 sont acceptés par l'OMS pour confirmation.</p> <p>Infection présumée par le virus pandémique (H1N1) 2009 : Toute personne présentant les symptômes d'une grippe (forte fièvre d'apparition brutale >38</p> |

| | |
|--|---|
| | <p>°C, toux et maux de gorge, sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie), ayant des antécédents d'exposition au virus pandémique (H1N1) 2009.</p> <p>Infection confirmée par le virus pandémique (H1N1) 2009 : Toute personne présentant une infection à virus pandémique (H1N1) 2009 confirmée en laboratoire par au moins un des tests suivants : PCR ; culture virale ; multiplication par 4 du titre d'anticorps neutralisants dirigés contre le virus pandémique (H1N1) 2009.</p> |
| Hépatite virale aiguë | <p>Cas suspect : Toute personne présentant une maladie aiguë avec, notamment : un ictère aigu, des urines foncées, une anorexie, un état de malaise, une fatigue extrême et une sensibilité du quadrant supérieur droit. (Remarque : l'infection chez les enfants est souvent asymptomatique.)</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire</p> |
| Hypertension artérielle | <p>Nouveau cas suspect à la première visite : Toute personne ayant une tension artérielle au repos (mesure réalisée sur 3 lectures en moyenne) ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique, ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.</p> <p>Cas confirmé : Toute personne qui, à deux reprises au moins, présente une tension artérielle au repos ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique, ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.</p> |
| Infections Respiratoires Aiguës (IRA) Sévères | <p>Infection respiratoire aiguë sévère</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Personne âgée de plus de 5 ans : Toute personne présentant une fièvre ($>38^{\circ}\text{C}$) d'apparition brutale et des signes respiratoires (toux, maux de gorge) et des difficultés respiratoires avec ou sans évidence radiographique de pneumonie et dont l'état nécessite une hospitalisation ou toute personne décédée de maladie respiratoire inexpliquée. ▪ Enfant âgée de 2 mois à 5 ans : Pneumonie sévère : avec toux ou difficulté respiratoire et tout autre signe de gravité* ou infiltration pulmonaire chez un enfant calme. <ul style="list-style-type: none"> • <i>Incapable de boire, vomissement, convulsion, léthargie, perte de conscience</i> ▪ Enfant âgée de 2 mois à 5 ans : Pneumonie : avec toux ou difficulté respiratoire et fréquence respiratoire > 50/ mn (2 mois à 1an) ou fréquence > 40/mn (1 à 5 ans) ; les nouveaux nés < 2 mois ayant une FR > 60/mn sont traités pour infection bactérienne grave. |
| Infections sexuellement transmissibles (IST) | <p>Ulcère génital (non-vésiculaire) :</p> <p>Cas suspect : tout homme présentant un ulcère de la verge, du scrotum ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale, ou toute femme présentant un ulcère des lèvres, du vagin ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par un test de laboratoire.</p> <p>Écoulement urétral :</p> <p>Cas suspect : Tout homme présentant un écoulement urétral avec ou sans</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>dysurie.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par un test de laboratoire (par exemple coloration de Gram mettant en évidence la présence de diplocoques intracellulaires à Gram-négatifs).</p> |
| Lèpre | <p>Cas suspect : Personne présentant au moins l'un des trois signes essentiels de la lèpre : lésion cutanée hypo-pigmentée ou rougeâtre, perte ou diminution de la sensibilité cutanée, épaissement du nerf périphérique.</p> <p>Cas confirmé : Personne présentant au moins deux signes essentiels de la lèpre et qui n'a pas encore terminé le traitement MDT (Multi Drug Therapy (MDT)).</p> |
| Intoxication alimentaire collective | <p>Cas suspect : 2 personnes au moins ayant consommé le même aliment ou la même boisson présentent des symptômes similaires</p> <p>Cas confirmé : Présence confirmée par le laboratoire d'un agent particulier associé à une source commune d'aliment ou de boisson.</p> <p>Remarque : <i>La définition de cas d'une maladie d'origine alimentaire dépend de l'agent qui la provoque (par exemple : choléra, hépatite A, salmonellose, dysenterie bacillaire, produit chimique).</i></p> |
| Malnutrition | <p>Insuffisance pondérale à la naissance : Nouveau-né d'un poids de naissance inférieur à 2500 grammes (ou 5,5 livres) à la naissance</p> <p>Malnutrition chez les enfants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale (indicateur : ZScore-poids pour âge < -2) - Enfants de 6 à 59 mois avec un périmètre brachial < 11,5 cm (risque de mortalité élevé) - Oedèmes bilatéraux des extrémités <p>Malnutrition chez les femmes enceintes : Femmes enceintes donnant naissance à des bébés de faible poids < 2.5 Kg (le mauvais état nutritionnel et le mauvais état de santé des mères permettent de prévoir quels sont les groupes de population susceptibles de tirer profit d'une amélioration des soins prénataux et néonataux).</p> |
| Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) | <p>Tout incident médical apparu dans les 4 semaines après la vaccination,</p> |
| Méningite à méningocoques | <p>Cas suspect :</p> <p>Sujet > 1 : Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale (température rectale > 38,5°C ou axillaire > 38,0°C) et une raideur de la nuque,</p> <p>Sujet < 1 : tout enfant présentant une forte fièvre d'apparition brutale (température rectale > 38,5°C ou axillaire > 38,0°C) et un bombement de la fontanelle</p> |

| | |
|---------------------------------|--|
| | Cas confirmé : Cas suspect confirmé par la mise en évidence <i>N. meningitidis</i> à partir de liquide céphalorachidien |
| Noma | <p>Nouveau cas suspect : Tout enfant présentant un ulcère buccal et autres signes d'alerte tels que: malnutrition, mauvaise hygiène, récente maladie (rougeole, diarrhée persistante, ou paludisme).</p> <p>Nouveau cas confirmé : Toute personne présentant une affection gangréneuse débutant par un ulcère de la muqueuse gingivale qui s'étend rapidement de la bouche au visage, en détruisant les tissus mous et durs.</p> |
| Nouveaux cas de SIDA | OMS/AFRO recommande aux pays d'utiliser les définitions de cas VIH/SIDA de Bangui ou d'Abidjan. Un test positif ELISA confirmant l'infection VIH, doublé d'un test rapide de confirmation du résultat positif, suffit à définir un cas épidémiologique d'infection par le VIH. |
| Onchocercose | <p>Cas suspect : Dans une zone d'endémie, toute personne présentant des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé au laboratoire par la présence d'au moins un microfilaire dans des biopsies cutanées, de vers adultes dans les nodules excisés, ou par des manifestations oculaires caractéristiques (observation sous lampe à fente de microfilaires dans la cornée, la chambre antérieure de l'œil ou l'humeur vitrée).</p> |
| Paludisme | <p>Cas suspect de paludisme simple : Toute personne fébrile ou ayant eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures, ne manifestant aucun signe de la forme grave de la maladie (dysfonctionnement des organes vitaux).</p> <p>Cas confirmé de paludisme simple : Toute personne fébrile ou ayant eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures, avec confirmation en laboratoire : examen microscopique d'un frottis sanguin ou autre test diagnostique pour les parasites du paludisme.</p> <p>Cas suspect de paludisme grave : Patient hospitalisé avec une forte fièvre et un dysfonctionnement des organes vitaux.</p> <p>Cas confirmé de paludisme grave : Patient hospitalisé avec une parasitémie à <i>P. falciparum</i> (formes asexuées) confirmée en laboratoire, s'accompagnant des signes et symptômes de la forme grave de la maladie (dysfonctionnement des organes vitaux confirmé par le laboratoire).</p> |
| Peste | <p>Cas suspect : Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale, accompagnée de frissons, céphalées, malaise important, prostration et gonflement très douloureux des ganglions lymphatiques, ou toux avec crachats teintés de sang, douleurs thoraciques, et difficulté à respirer.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par l'isolement de <i>Yersinia pestis</i> à partir de sang, de matériel de ponction ganglionnaire (aspiration de bubon), ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.</p> |
| Pneumonie grave chez les | <p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie :</p> <p>Enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et:</p> |

| | |
|--|--|
| <p>enfants de moins de 5 ans</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fréquence respiratoire \geq à 50/minute chez l'enfant de 2 mois à 1 an ▪ Fréquence respiratoire \geq 40/minute chez l'enfant de 1 à 5 ans. <p><i>Remarque: Dans le cadre de la PCIME, un nourrisson de 0 à 2 mois présentant une toux et une respiration rapide est classé comme un cas de "grave infection bactérienne" et orienté sur un examen plus poussé.</i></p> <p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie grave :</p> <p>Un enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et tout signe général de danger, ou un tirage sous-costal ou stridor chez l'enfant au repos.</p> <p>Signes généraux de danger chez les enfants de 2 mois à 5 ans : incapacité à boire ou à prendre le sein, vomissements persistants, convulsions, léthargie ou perte de connaissance.</p> <p>Cas confirmé : La confirmation d'une pneumonie par radiographie ou en laboratoire n'est pas toujours possible dans la plupart des districts.</p> |
| <p>Poliomyélite (Paralysie flasque aiguë)</p> | <p>Cas suspect : Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë ou toute personne souffrant de paralysie, quel que soit son âge, chez laquelle le médecin soupçonne une poliomyélite.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par l'isolement du virus dans les selles</p> |
| <p>Rage</p> | <p>Cas suspect : Toute personne ayant été en contact avec un animal suspecté enragé et présentant au moins l'un des signes suivants: céphalées, douleurs dans la nuque, nausées, fièvre, hydrophobie, anxiété, agitation, sensations de picotement anormales ou douleurs à un site de morsure.</p> <p>Cas confirmé : cas suspect confirmé en laboratoire.</p> |
| <p>Rougeole</p> | <p>Cas suspect : Toute personne présentant de la fièvre, une éruption généralisée maculopapulaire (non vésiculaire) et de la toux ou un rhume ou une conjonctivite (yeux rouges), ou toute personne chez laquelle un médecin soupçonne une rougeole.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.</p> |
| <p>Syndrome de fièvre hémorragique aiguë</p> | <p>Cas suspect : Apparition brutale d'une fièvre qui dure moins de 3 semaines chez un malade gravement atteint ET 2 des signes suivants : hémorragie ou purpura ; épistaxie (saignement de nez) ; hématomèse (vomissement de sang) ; hémoptysie (présence de sang dans les crachats) ; sang dans les selles ; autres manifestations hémorragiques <u>sans</u> facteur de prédisposition connu aux phénomènes hémorragiques.</p> <p>Cas confirmé : cas suspect confirmé en laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p> <p><i>Remarque : Au cours d'une épidémie, les définitions de cas sont susceptibles d'être modifiées pour s'adapter à la situation locale.</i></p> |
| <p>Syndrome grippal</p> | <p>Syndrome grippal : Toute personne, enfant ou adulte, présentant :</p> |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un brusque accès de fièvre > 38 °C ET ▪ Toux ou maux de gorge, sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie. <p>Cas confirmé de grippe : Cas répondant à la définition du cas clinique et confirmé en laboratoire (les analyses de laboratoire doivent montrer la présence du virus de la grippe).</p> |
| Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) | <p>Cas suspect de SRAS : Toute personne présentant:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un antécédent de poussée fébrile, ou une fièvre documentée ≥ 38 °C ET 2. Au moins un symptôme d'affection des voies respiratoires inférieures (toux, difficulté à respirer, souffle court) ET 3. Présence à la radiographie thoracique d'infiltrations pulmonaires compatibles avec une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) ou résultats d'autopsie compatibles avec une pneumonie ou un SDRA sans cause identifiable ET 4. Aucun autre diagnosticne permet d'expliquer totalement la maladie. <p>Cas confirmé de SRAS : Personne ayant des résultats positifs pour l'infection à coronavirus (SARS-CoV) avec les tests recommandés par l'OMS.</p> |
| Tétanos néonatal | <p>Cas suspect : Tout nouveau-né capable de pleurer et de prendre le sein normalement pendant les 2 premiers jours de sa vie, et qui, entre le 3^{ième} et 28^{ème} jour, ne peut plus têter normalement, devient raide et/ou a des convulsions.</p> <p>Cas confirmé : Aucune confirmation en laboratoire n'est conseillée.</p> |
| Trachome | <p>Cas suspect : Tout patient ayant les yeux rouges et se plaignant de douleurs et de démangeaisons oculaires.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect chez qui l'examen des yeux confirme un des stades de l'infection par <i>Chlamydia trachomatis</i> d'après le Système OMS de Codage simplifié du Trachome.</p> |
| Trypanosomiase | <p>Cas suspect :</p> <p>Stade précoce : Apparition d'un chancre douloureux débutant par une papule qui évolue ensuite en nodule au site de piqûre par la mouche tsé-tsé. La personne peut souffrir de fièvre, de céphalées intenses, d'insomnie, d'une lymphadénopathie indolore, d'anémie, d'un œdème local et d'une éruption.</p> <p>Stade tardif : cachexie, somnolence et signes d'atteinte du système nerveux central.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par test d'agglutination sur carte (CATT pour card agglutination trypanosomal test) ou isolement de trypanosomes dans le sang, les ganglions lymphatiques ou le liquide céphalorachidien.</p> |
| Tuberculose | <p>Cas suspect : Toute personne toussant depuis au moins 3 semaines.</p> <p>Cas confirmé :</p> |

| | |
|--|--|
| | <p>TB pulmonaire à frottis positif : a) malade présumé avec au moins 2 frottis d'expectoration positifs pour les bacilles acido-alcoolrésistants (BAAR), ou b) un frottis d'expectoration positif pour la présence de BAAR à l'examen microscopique et des anomalies radiologiques évocatrices d'une TB pulmonaire active conformément au diagnostic du médecin traitant, ou c) un frottis d'expectoration positif pour la présence de BAAR à l'examen microscopique et un prélèvement d'expectoration positif pour la culture de BAAR.</p> <p>TB pulmonaire à frottis négatif : malade remplissant les critères suivants : a) deux échantillons d'expectoration, prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle, négatifs pour la présence de BAAR à l'examen microscopique, anomalies radiologiques évocatrices d'une TB pulmonaire et absence de réponse clinique malgré une semaine de traitement avec des antibiotiques à large spectre, décision prise par un médecin de donner un traitement antituberculeux complet, ou b) patient remplissant les critères suivants : gravement malade, au moins deux échantillons d'expectoration négatifs pour la présence de BAAR à l'examen microscopique, anomalies radiologiques évocatrices d'une TB pulmonaire étendue (interstitielle et miliaire), décision prise par un médecin de donner un traitement antituberculeux complet, ou c) patient dont les frottis d'expectoration initiaux étaient négatifs, mais pour lequel on a tout de même fait une culture qui s'est avérée positive.</p> |
| <p>Ulcère de Buruli (Infection à <i>Mycobacterium ulcerans</i>)</p> | <p>Cas suspect : Toute personne présentant un nodule cutané, une plaque ou un ulcère indolores, qui réside ou qui s'est rendue dans une région d'endémie pour l'ulcère de Buruli</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par au moins un des tests de laboratoire (présence de bacilles acido-alcoolrésistants confirmée par coloration de Zielh-Neelsen, PCR, culture ou histologie)</p> |
| <p>Varirole</p> | <p>Cas suspect : Apparition brutale d'une forte fièvre $\geq 38,3^{\circ} \text{C}$ (101°F), suivie d'une éruption caractérisée par des vésicules ou des pustules dures, au même stade de développement (c'est-à-dire qui sont toutes des vésicules ou des pustules), sans autre cause apparente.</p> <p>Cas probable : Cas remplissant la définition de cas clinique, non confirmé en laboratoire, mais ayant un lien épidémiologique avec un cas probable ou confirmé.</p> <p>Cas confirmé : Cas cliniquement compatible, confirmé en laboratoire.</p> |

ANNEXE 1B Principaux signes et symptômes utilisés pour les définitions de cas au niveau de la communauté

Il faut informer les parties concernées (chefs de communauté, agents de santé communautaires, guérisseurs traditionnels, accoucheuses et personnels de santé travaillant sur le terrain dans les zones reculées) des maladies et affections prioritaires sous surveillance dans leur région. Utiliser pour les définitions de cas au niveau de la communauté les principaux signes et symptômes décrits ci-dessous. La communauté saura ainsi reconnaître les cas de maladie, orienter les personnes atteintes sur un traitement et les signaler à l'établissement de soins.

| Principaux signes et symptômes utilisés pour les définitions de cas au niveau de la communauté | |
|--|--|
| Choléra | Diarrhée aqueuse profuse chez les plus de cinq ans |
| Diarrhée aqueuse aiguë | Au moins 3 selles liquides au cours des dernières 24 heures et présence d'un signe de danger* ou d'une déshydratation (*Signes de danger : léthargie, perte de conscience, vomissements, convulsions et, chez les enfants de moins de 5 ans, incapacité à boire ou à prendre le sein) |
| Diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans | Au moins 3 selles liquides ou aqueuses au cours des dernières 24 heures, |
| Diarrhée sanglante (<i>Shigella</i>) | Diarrhée avec présence de sang visible dans les selles |
| Dracunculose | Sortie d'un ver par une plaie chez une personne |
| Fièvres hémorragiques virales | Maladie inexplicée s'accompagnant de fièvre et de saignements ou décès des suites d'une maladie grave inexplicée s'accompagnant de ces mêmes symptômes |
| Fièvre typhoïde | Fièvre persistante depuis au moins 3 semaines |
| Hépatite | Fièvre accompagnée d'un jaunissement du blanc de l'oeil ou de la peau, 2 semaines après l'apparition des premiers symptômes |
| Infections sexuellement transmissibles (IST) | Ecoulement urétral/vaginal ou ulcère génital |
| Lèpre | Taches cutanées brillantes et rougeâtres avec perte de la sensibilité |
| Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) | Manifestation i apparaissant après la vaccination e |
| Méningite | Fièvre accompagnée d'une raideur du cou |
| Onchocercose | Nodules fibreux sous-cutanés dans les zones d'endémie Apparition d'une boule sous la peau |
| Paludisme | Fièvre en zone d'endémie pour le paludisme Forte fièvre accompagnée d'un signe de danger* chez les enfants de moins de 5 ans (*Signes de danger : léthargie, perte de connaissance, vomissements, convulsions et, chez les enfants de moins de 5 ans, incapacité à boire ou à prendre le sein) |
| Paralysie flasque aiguë (PFA) | Maladie paralytique aiguë d'apparition brutale chez un enfant |

| Principaux signes et symptômes utilisés pour les définitions de cas au niveau de la communauté | |
|---|--|
| Peste | Tuméfaction douloureuse sous les bras ou dans la région de l'aisselle. Dans une région où sévit la peste, toute personne souffrant de toux, de douleurs à la poitrine et de fièvre |
| Pneumonie chez les moins de 5 ans | Toux, souffle court ou difficultés respiratoires chez les enfants de moins de cinq ans |
| Rage | Peur de l'eau chez une personne ayant été mordu ou griffé par un chien ou un autre animal |
| Rougeole | Fièvre accompagnée d'une éruption cutanée |
| Syndrome grippal | Fièvre accompagnée de toux ou de maux de gorge avec un nez qui coule |
| Tétanos néonatal | Raideur, incapacité à prendre le sein ou à s'alimenter ou convulsions chez un nouveau-né de 2 jours qui se comportait normalement à la naissance |
| Tuberculose | Toux persistante de plus de 3 semaines |

ANNEXE IC Liste des sites de notification du district

Noter les informations permettant de contacter les agents de santé qui transmettent au district les données sur la surveillance et la détection des épidémies et des évènements. Inscrire, par exemple, les noms et coordonnées des agents de santé communautaires, des accoucheuses qualifiées, des chefs de village et des responsables de la sécurité publique. Cette liste doit être mise à jour régulièrement, en y ajoutant les nouveaux sites de notification et en retirant ceux qui ne sont plus en service ou qui ne participent pas.

EXEMPLE :

| Nom de l'établissement de soins ou du point de contact des patients avec les services de santé | Adresse ou lieu de l'établissement ou du point de contact | Responsable chargé de la surveillance et de la riposte | Numéro de téléphone ou de fax (ou autres coordonnées : e-mail) |
|---|--|---|--|
| <i>Dispensaire Urbain de Gagnoa</i> | <i>Boite postale 650 Gagnoa</i> | <i>Dr. N'Dri N'Guessan</i> | <i>Tél : 07 29 23 44 ou 32 77 22 47 envoyer les messages par téléphone</i> |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

ANNEXE 1D Fonctions des laboratoires aux différents niveaux du système de santé

| Niveau | 1.0 Prélever | 2.0 Confirmer | 3.0 Notifier |
|---|---|---|---|
| Communauté ou Etablissements de Soins | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser les définitions de cas standardisées pour déterminer à quel moment prélever Aider le laboratoire de première ligne à prélever les échantillons conformément aux directives agréées Documenter les prélèvements avec le tableau clinique et les antécédents médicaux complets des patients Transporter les prélèvements au laboratoire de première ligne ou au laboratoire de recours, conformément aux directives agréées | <ul style="list-style-type: none"> Utiliser les définitions de cas standardisées pour démarrer le processus de confirmation dans le cadre d'une enquête sur l'épidémie Manipuler les prélèvements conformément aux directives approuvées | <p>Consigner les prélèvements</p> |
| District, Province | <ul style="list-style-type: none"> Communiquer aux prestataires les principes et procédures de prélèvement Réclamer des prélèvements supplémentaires par le laboratoire ou les prestataires, selon les besoins Conserver les échantillons dans des conditions agréées, en attendant leur transport ou des analyses complémentaires Prélever directement des échantillons supplémentaires, selon les besoins, en fonction de l'enquête sur l'épidémie | <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les analyses de laboratoire appropriées pour le diagnostic suspecté : microscopie, coloration, test diagnostique rapide Conserver les lames représentatives de l'épidémie, selon les besoins Observer les changements de tendance lors de l'analyse systématique des résultats de laboratoire | <ul style="list-style-type: none"> Consigner les résultats de laboratoire. Communiquer les résultats au personnel médical et aux patients Notifier les résultats aux bureaux d'épidémiologie locaux Signaler les changements de tendance observés lors de l'analyse de routine des résultats de laboratoire Utiliser les synthèses d'information pour riposter aux épidémies |
| Laboratoire de Recours <i>(certains laboratoires fonctionnent à la fois comme des laboratoires de première ligne et de recours)</i> | <ul style="list-style-type: none"> Etablir les principes et procédures de prélèvement avec le bureau national d'épidémiologie et les laboratoires nationaux de référence Distribuer des kits de prélèvement d'échantillons pour les activités de surveillance particulières Réclamer des prélèvements supplémentaires en fonction des besoins Conserver les échantillons dans des conditions agréées, en attendant leur transport ou des analyses complémentaires | <ul style="list-style-type: none"> Etablir les principes et procédures de confirmation avec le bureau national d'épidémiologie et les laboratoires nationaux de référence Réaliser les analyses de laboratoire appropriées pour confirmation : culture, isolement, sérotypage, sensibilité aux antimicrobiens, sérologie Conserver les isolats représentatifs de l'épidémie, selon les besoins Observer les changements de tendance lors de l'analyse de routine des résultats de laboratoire | <ul style="list-style-type: none"> Notifier les résultats et transmettre les synthèses d'information au bureau national d'épidémiologie Faire le compte rendu des résultats de laboratoire pour le dépistage des populations sentinelles sur des sites cibles |
| Laboratoires de Référence internationaux | <ul style="list-style-type: none"> Réclamer des prélèvements supplémentaires en fonction des besoins Prélever directement des échantillons supplémentaires, selon les besoins, en fonction de l'enquête sur l'épidémie | <ul style="list-style-type: none"> Réaliser les analyses de laboratoire supplémentaires appropriées | <ul style="list-style-type: none"> Transmettre les résultats de laboratoires aux bureaux d'épidémiologie appropriés Utiliser la synthèse d'information pour riposter aux épidémies |

ANNEXE 1 E Liste des laboratoires chargés de la confirmation des maladies et affections prioritaires

Mettre régulièrement à jour la liste des laboratoires ou de ceux qui ont été désignés par le niveau national pour confirmer les maladies prioritaires dans le district. Indiquer également la personne à contacter en cas de besoin.

| Nom de la maladie | Tests de laboratoire disponibles | Nom, adresse et numéro de téléphone du laboratoire |
|-------------------------|---|--|
| Poliomyélite | Isolement du virus de la polio dans un échantillon de selles | IPCI (01 BP 490 ABIDJAN 01) |
| Choléra | Isoler <i>V. choléra</i> à partir d'une culture de selles et déterminer le sérotype O1 en utilisant les antisérums polyvalents pour <i>V. cholerae O1</i> Si l'échantillon n'est pas sérotypable, envisager <i>V. cholerae O139</i> | IPCI (01 BP 490 ABIDJAN 01) |
| Shigellose | Isoler <i>Shigella dysenteriae</i> type 1 (SD1) en culture pour confirmer l'épidémie de shigellose Si SD1 est confirmée, réaliser des antibiogrammes avec les médicaments appropriés | IPCI (01 BP 490 ABIDJAN 01) |
| VIIH | Test s rapides (ELISA) | Laboratoires de district |
| Ulcère de Buruli | Culture PCR | IPCI (01 BP 490 ABIDJAN 01) |
| Paludisme | <ul style="list-style-type: none"> Présence de parasites du paludisme dans des échantillons sanguins prélevés chez des cas suspect Hématocrite ou hémoglobine pour cas suspect de paludisme chez des enfants âgés de 2 mois à 5 ans | Laboratoires de district |
| Rougeole | <ul style="list-style-type: none"> Présence dans le sérum d'anticorps IgM contre le virus de la rougeole. | IPCI |

| | | |
|---|---|-------------------------|
| Méningite | Examen microscopique du liquide céphalo-rachidien pour diplocoques Gram négatifs. Mise en culture et isolement de <i>N. meningitidis</i> à partir du liquide céphalo-rachidien. Antibiogramme | IPCI |
| Peste | Isolement de <i>Yersinia pestis</i> à partir d'un prélèvement de bubon par aspiration ou d'une culture de sang, de LCR ou d'expectoration. | IPCI |
| Infections sexuellement transmissibles (IST) | <i>Examen microscopique</i> <i>Mise en culture</i> <i>Antibiogramme</i> <i>Tests rapides</i> | INHP IPCI |
| Tuberculose (pulmonaire à frottis positif) | <ul style="list-style-type: none"> Présence de bacilles acido-alcool-résistants dans des frottis colorés Ziehl Neelsen (ZN) | IPCI |
| Fièvres hémorragiques virales | Présence d'anticorps IgM contre Ebola, Marburg, CCHF, Lassa ou la dengue | IPCI |
| Fièvre jaune | ELISA pour la présence d'anticorps IgM contre la fièvre jaune. | IPCI |
| Rage | Culture Sérologie PCR | IPCI |
| Schistosomiase | <ul style="list-style-type: none"> Examen direct | Laboratoire du district |

SECTION 2

NOTIFIER LES MALADIES, AFFECTIONS ET EVENEMENTS PRIORITAIRES

Cette section décrit comment :

- Notifier les maladies, affections et évènements à déclaration immédiate
- Transmettre régulièrement des données récapitulatives sur les maladies à potentiel épidémique et pandémique
- Transmettre régulièrement des données récapitulatives pour les autres maladies menaçant la santé publique
- Améliorer les pratiques de notification régulière

Il est important d'assurer la transmission fiable des données de surveillance dans l'ensemble du système de sorte que les chargés de programme, les responsables de la surveillance, le point focal national RSI, le point contact OMS, les autorités compétentes aux points d'entrée sur le territoire et autres personnels de santé disposent des informations pour :

- Identifier les problèmes émergents et planifier les interventions appropriées
- Prendre des mesures à temps
- Suivre les tendances des maladies dans la région
- Evaluer l'efficacité de la riposte

En Côte d'Ivoire, la politique nationale détermine quelles sont les données provenant des districts et des formations sanitaires qui doivent être notifiées immédiatement ou à intervalles hebdomadaires, mensuels ou trimestriels. La fréquence recommandée dépendra des activités de lutte contre les maladies.

Les maladies ciblées par la SIMR sont des priorités de santé publique nécessitant une intervention rapide. Les districts doivent déceler et notifier les événements inhabituels susceptibles d'affecter la santé humaine.

Cette section donne un aperçu des méthodes de notification recommandées et des formulaires pertinents pour la notification rationnelle des maladies, affections et événements prioritaires dans le cadre de la SIMR

2.1 Maladies et événements à déclaration immédiate

La notification immédiate permet de prendre à temps les mesures visant à prévenir la réémergence ou la propagation rapide de maladies ou événements à potentiel épidémique, en particulier des maladies dues à des agents infectieux hautement pathogènes et potentiellement mortels (voir Tableau 2, page suivante), à des agents chimiques ou à des produits radioactifs.

La déclaration immédiate est indiquée en cas de suspicion de maladie à potentiel épidémique ou autre événement susceptible de constituer un risque pour la santé publique de portée nationale, ou si le RSI l'exige. Les maladies et événements nécessitant une déclaration immédiate au niveau supérieur figurent dans le Tableau 2.

Consulter la Section 9 pour des informations spécifiques à chaque maladie, notamment en ce qui concerne la surveillance et les définitions pour la notification des cas ou événements présumés.

Tableau 2 : *Maladies et évènements à notification immédiate*

| | |
|---|---|
| Anthrax | Paralysie flasque aiguë (PFA) |
| Cas groupés de syndrome d'infections respiratoires aiguës | Peste |
| Chikungunya | Rage (cas confirmés) |
| Choléra | Rougeole |
| Décès maternels | SRAS |
| Dengue | Syndrome de fièvre hémorragique aiguë (fièvres d'Ebola, de Marburg, de Lassa, de la Vallée du Rift, de Crimée-Congo) |
| Diarrhée sanglante (<i>Shigella</i>) | Tétanos néonatal |
| Dracunculose | Variole |
| Fièvre jaune | Tout évènement susceptible de constituer un risque pour la santé publique de portée internationale (infection, zoonose, toxoinfection alimentaire, contamination chimique, radioactive ou évènement d'origine inconnue) |
| Fièvre typhoïde | |
| Grippe due à un nouveau sous-type viral | |
| Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) | |
| Méningite à méningocoque | |

2.2 Notifier au cas par cas au niveau supérieur

En cas de suspicion de maladie, affection ou autre évènement de santé publique à déclaration immédiate :

- Transmettre la notification initiale le plus rapidement possible (par téléphone, texto, télécopie, courrier électronique ou radio téléphone). La formation sanitaire devra contacter immédiatement l'autorité sanitaire du district et fournir des informations sur le patient.

- Compléter la notification initiale effectuée oralement par une notification écrite à l'aide du formulaire individuel de notification. On trouvera un modèle de ce formulaire en Annexe 2A à la fin de cette section. Si un ordinateur ou autre système électronique est disponible pour la surveillance ou la gestion des cas, remplir et transmettre le formulaire électroniquement au niveau supérieur.

- Si un prélèvement pour le laboratoire est requis à ce stade, s'assurer que l'identification du patient correspond bien aux informations figurant sur le formulaire individuel de notification. Un exemplaire du formulaire de laboratoire est inclus en Annexe 2B.

- Des formulaires individuels de notification pour des maladies et évènements particuliers (choléra, fièvres hémorragiques d'origine virale, décès maternels et tuberculose ultrarésistante) figurent en annexe, à la fin de la Section 9. Ces formulaires peuvent être utilisés pour commencer à rassembler les informations initiales en vue d'une investigation des cas.

Remarque : Certaines maladies à potentiel épidémique peuvent nécessiter une notification particulière en fonction des politiques nationales ou régionales. Consulter les exigences particulières dans la Section 9 de ce guide.

- En cas de suspicion d'un évènement susceptible de représenter un risque de santé publique de portée internationale (tel que défini en Annexe 2 des directives du RSI 2005), alerter le Point focal RSI national le plus rapidement possible. Une copie de l'instrument de décision du RSI figure en Annexe 2C à la fin de cette section.

- Pour les évènements et les maladies à potentiel épidémique détectés aux points d'entrée, en informer immédiatement le niveau supérieur. Fournir une copie de la notification au niveau national (ou à l'autorité centrale) pour que le Point focal RSI national

l'évalue à l'aide de l'algorithme de décision. Inclure des informations sur la vaccination contre la fièvre jaune pour les cas originaire des zones d'endémie ou à risque pour cette maladie.

2.3. Transmettre des informations récapitulatives sur les maladies, affections et évènements prioritaires

Après avoir immédiatement informé le niveau supérieur de l'existence de maladies, affections ou évènements à déclaration immédiate figurant dans le Tableau 2, recueillir et transmettre les données récapitulatives hebdomadaires s'y rapportant.

La notification hebdomadaire fournit des données permettant de suivre les tendances des maladies ou affections pour détecter les épidémies.

Si aucun cas de maladie à déclaration immédiate n'a été diagnostiqué durant la semaine, mentionner zéro (0) sur le formulaire de notification pour cette maladie. Si on laisse un espace blanc, l'équipe qui reçoit le rapport ne sera pas en mesure d'interpréter sa signification. Le fait de mentionner zéro quand aucun cas de maladie à déclaration immédiate n'a été détecté durant la semaine indique à l'équipe du niveau suivant que le rapport a bien été entièrement rempli.

Les données récapitulatives sont importantes pour l'analyse effectuée suite à la détection d'un cas initial ou lors d'une suspicion ou confirmation d'épidémie. Par exemple, au niveau de la formation sanitaire ou du district, le responsable de la surveillance tracera une courbe épidémique pour voir si le seuil épidémique de certaines maladies particulières a été franchi. De plus, ces données peuvent être utilisées pour vérifier si le taux de létalité est au-dessous, au niveau ou au-dessus du seuil fixé. L'analyse hebdomadaire des données devrait également faciliter l'identification des éventuels groupes à risque en fonction du lieu de résidence des patients, de leur âge, de leur sexe, de leur participation à certains évènements sociaux (par exemple des funérailles), de leur profession (par exemple les bouchers), de la consommation de gibier, ou de l'exposition à des boissons ou à des aliments contaminés.

Au niveau du district, l'analyse hebdomadaire des données inclut la vérification de la qualité des données provenant des sites de notification, l'exhaustivité et la ponctualité de ces notifications. L'incidence et les taux de létalité sont évalués par rapport à des seuils prédéfinis, les courbes épidémiques sont mises à jour et on réalisera une analyse approfondie des données relatives aux cas individuels reçues des sites de notification. Les données de laboratoires sont analysées de la même façon que celle des cas individuels : pour l'analyse orientée vers l'action, on s'intéressera surtout à la qualité des échantillons, aux pathogènes détectés en

fonction du lieu et des caractéristiques individuelles, aux tranches d'âge à risque et à la résistance du pathogène aux médicaments recommandés.

Les districts disposant d'ordinateurs sont incités à stocker l'information sous forme électronique et à envoyer les fiches de données de surveillance sous ce format au niveau immédiatement supérieur.

2.4 Transmettre régulièrement des informations récapitulatives sur les autres maladies présentant un risque pour la santé publique

Transmettre au niveau suivant une synthèse des données sur les autres maladies endémiques, au moins une fois par mois. Cette information est précieuse pour les programmes spécifiques des maladies, quand on veut suivre les progrès réalisés en matière d'activités de prévention et de lutte et détecter des événements ou profils de morbidité émergents, inexpliqués ou inhabituels.

Notifier régulièrement le nombre total de cas et de décès observés au cours d'une période donnée (sur un mois ou une semaine) pour les autres maladies présentant un risque important pour la santé publique. Les établissements de soins communiqueront au district des totaux récapitulatifs. Les districts compileront les informations en provenance de tous les sites de notification et transmettront les totaux récapitulatifs au niveau provincial, régional ou central. Chaque niveau pourra ainsi observer l'augmentation ou la survenue d'événements inhabituels, lors de l'analyse de ces synthèses mensuelles. Les résultats de cette analyse permettront de suivre la progression vers les objectifs de lutte contre les maladies, de mesurer les progrès en matière d'activités de prévention dans le district, et d'identifier les épidémies ou des problèmes qui n'auraient pas été décelés, de façon à pouvoir prendre des mesures en temps utile.

Tableau 3 : *Maladies, affections et événements à notifier tous les mois ou tous les trimestres*

| | |
|--|--|
| Affections neurologiques (épilepsie) | Noma |
| Diabète | Onchocercose |
| Diarrhée avec déshydratations sévère chez les enfants de moins de 5 ans | Paludisme |
| Filariose lymphatique | Pneumonie grave chez les enfants de moins de 5 ans |
| Hépatite virale aiguë | Sida (nouveaux cas) |
| Hypertension | Syndrome pseudo-grippal |
| Insuffisance pondérale chez les nouveau-nés (poids de naissance inférieur à 2 500 g) | Trachome |
| Lèpre (tous les trimestres) | Traumatismes (accidents de la circulation) |
| Maladies sexuellement transmissibles (MST) | Trypanosomiase |
| Malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans | Tuberculose (tous les trimestres) |
| | Ulcère de Buruli |
| | VIH (nouveaux cas d'infection) |

Tous les mois, chaque établissement de soins calcule le nombre total de cas et de décès dus aux maladies et événements prioritaires qu'il a observés. Des totaux sont calculés séparément pour les cas vus en consultation externe et ceux hospitalisés. Une fiche consignait les totaux récapitulatifs (voir Annexe 2) est envoyée au niveau du district. Ce dernier réalise une synthèse des totaux récapitulatifs de tous les sites de notification qu'il communique ensuite au niveau provincial, régional ou central.

Il faut tout faire pour obtenir du système d'information sur la santé le nombre total de patients vus en consultation externe et le nombre total de patients hospitalisés pour différents problèmes de santé (y compris ceux qui ne figurent pas dans la liste SIMR), durant la période considérée.

Si on dispose d'un ordinateur pour la surveillance ou la gestion des cas, l'analyse des dossiers médicaux permet de produire des comptes-rendus de notification hebdomadaires, mensuels ou trimestriels. Cette information est importante pour produire les rapports de situation au niveau national et infranational. Il convient de partager l'ensemble des données avec les autorités de

santé, en gardant une copie pour le programme de prévention et de lutte correspondant : c'est important non seulement pour la coordination au niveau central, mais aussi pour créer ou renforcer une base de données nationale SIMR.

2.5 Améliorer les pratiques de notification régulière

Dans certains établissements de soins, il existe parfois plusieurs personnes chargées d'enregistrer les informations sur les patients vus dans l'établissement. Par exemple, le clinicien consigne le nom du patient et son diagnostic dans un registre clinique. Plus tard dans la journée, un(e) infirmier(e) compte le nombre de cas et de décès vus dans le service de consultations externes. L'infirmier(e) du service d'hospitalisation compte le nombre de cas hospitalisés. Toutes les semaines, tous les mois ou tous les trimestres, un employé chargé des registres ou un statisticien calcule le total des cas de maladie et les enregistre sous une forme standardisée. Si la formation sanitaire est équipée d'ordinateurs, on pourra saisir les données individuelles des patients, à partir desquelles on extraira les données de surveillance qui seront analysées pour préparer les compilations hebdomadaires, mensuelles ou trimestrielles requises.

2.5.1 Etudier la circulation des informations au site de notification

A l'occasion des visites de supervision des sites de notification, s'assurer que :

- Les cliniciens consignent les informations dans les registres des patients en utilisant les définitions de cas recommandées, afin que le personnel de santé chargé de répertorier les cas, en fin de journée, puisse enregistrer de façon fiable les diagnostics sur la fiche récapitulative.
- Les cliniciens, les cadres infirmiers ou autres responsables remplissent les formulaires individuels de notification des cas, de préférence en présence du patient.
- Les employés chargés des registres ou les statisticiens disposent de fiches récapitulatives avec des cases pour noter les cas et les décès dus aux maladies prioritaires d'après les définitions de cas standardisées.
- Le personnel de santé revoit les totaux hebdomadaires, mensuels et trimestriels et inscrit sur les formulaires ses commentaires à propos des résultats de l'analyse des données (voir Section 3).
- Le personnel de santé consigne les totaux récapitulatifs sur un formulaire de notification hebdomadaire, mensuel ou trimestriel.

2.5.2 Contrôler la disponibilité des formulaires et des procédures

Garder une copie des formulaires SIMR et des notifications reçus. Cette copie constitue une source de données essentielle au calcul des indicateurs de notification SIMR du pays et au suivi de leur performance. Un exemplaire de registre des notifications et des données échangées dans le cadre de la SIMR figure en Annexe 2E.

Vérifier périodiquement avec les sites de notification supervisés (communauté, établissement de soins et district) que le personnel dispose des bons formulaires et des indications exactes en matière de procédures pour pouvoir enregistrer et notifier correctement les cas de maladies et affections prioritaires.

- Veiller à ce que tous les membres du personnel de santé connaissent les définitions de cas standardisées recommandées par la politique nationale. On s'attachera à établir des procédures ou à modifier celles en vigueur afin que tous les employés soient en mesure d'appliquer ces définitions standardisées pour la détection et la notification des cas, des épidémies ou des événements prioritaires.
- Mettre en évidence, avec le personnel, les maladies ou affections devant faire l'objet d'une notification immédiate pour la surveillance au cas par cas, notamment en ce qui concerne les urgences sanitaires de portée internationale et les autres maladies ou événements de portée nationale ou régionale. Par exemple, l'ensemble du personnel de santé devra savoir quelles sont les maladies à potentiel épidémique pour lesquelles un cas unique représente un risque d'épidémie nécessitant une intervention immédiate, et les événements inhabituels ou inexplicables pouvant affecter la santé humaine.
- Revoir avec le personnel de santé le rôle que jouent les informations individuelles pour identifier les facteurs de risque et les modes de transmission de la maladie ou d'exposition aux risques sanitaires. S'assurer que le personnel ait accès aux formulaires recommandés pour la notification individuelle des cas.
- S'assurer que l'unité de surveillance ait accès à des moyens de communication rapides (télécopie, téléphone, texto, courrier électronique, télégramme, messages personnel, ou autre moyen de communication rapide). Indiquer au district comment communiquer les données au niveau régional ou national et la personne à contacter à chacun de ces niveaux.

2.5.3 Favoriser les liens pour renforcer la surveillance à assise communautaire

Un système de surveillance à assise communautaire s'appuie sur la capacité des membres de la communauté à identifier et à notifier les problèmes de santé publique à la formation sanitaire le plus proche ou au bureau sanitaire du district. Dans ce système, des personnes-relais entraînées à la surveillance identifient et rapportent les événements qui présentent un risque pour la santé publique survenant dans la communauté. Ces sources d'information communautaires transmettent les renseignements à la formation sanitaire ou, en cas d'évènement sérieux, directement aux autorités du district.

Exemple : La personne-relais entend parler de plusieurs cas de diarrhée aqueuse aiguë avec vomissements dans la communauté. Elle pense qu'il peut s'agir de cas de choléra et rapporte cette rumeur par texto à la formation sanitaire local et au responsable sanitaire du district. Les membres de l'équipe de riposte rapide se rendent auprès de la communauté pour vérifier et enquêter sur l'épidémie suspectée et, selon les résultats de l'investigation, mettre en place des mesures de contrôle et de prévention. L'épidémie est rapidement maîtrisée grâce à l'alerte précoce par le système de surveillance de la communauté.

Le personnel de district peut identifier, au sein de la communauté, des personnes-relais qui pourront donner des indications sur le statut sanitaire de la population locale. On peut citer comme exemples :

- Les pharmaciens
- Les instituteurs
- Le personnel des dispensaires privés
- Les chefs de village
- Les chefs religieux
- Les guérisseurs traditionnels
- Les accoucheuses traditionnelles ou autres agents de santé communautaire

Le district peut organiser la surveillance au sein de la communauté :

- En collaborant avec les chefs communautaires pour identifier les personnes-relais qui pourront bénéficier d'une formation adaptée
- En fournissant à ces personnes-relais l'information nécessaire sur les maladies, affections ou événements prioritaires que l'on souhaite suivre de cette façon. Il convient de donner suffisamment d'information sur les maladies à surveiller pour que ces personnes puissent orienter les cas vers la formation sanitaire, ou prévenir ce dernier des événements sanitaires inhabituels ou inexplicables survenant dans la communauté.

- En impliquant les personnes-relais dans la cartographie des risques, les exercices de simulation des situations d'urgence sanitaire et la communication sur les risques pendant les épidémies.
- En diffusant l'information sur les seuils d'alerte et les seuils d'intervention.

Se référer à la liste de l'Annexe 1B concernant les principaux signes et symptômes à utiliser dans les définitions de cas pour la surveillance au niveau de la communauté.

Annexes à la Section 2

- ANNEXE 2A** : Formulaire SIMR individuel de notification immédiate des cas
- ANNEXE 2B** : Formulaire SIMR de notification des cas par le laboratoire
- ANNEXE 2C** : Instrument de décision du RSI (2005)
- ANNEXE 2D** : Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire/mensuelle
- ANNEXE 2E** : Registre des notifications et données échangées dans le cadre de la SIMR

ANNEXE 2B : Formulaire SIMR de notification des cas par le laboratoire

SURVEILLANCE INTEGREE DES MALADIES ET REPONSE (SIMR)
FORMULAIRE GENERIQUE DE NOTIFICATION DES MALADIES (LABORATOIRE)
(Si les échantillons sont prélevés pour l'analyse au laboratoire)

RESERVE AU NIVEAU NATIONAL

Date de Réception au niveau national __
/__/__

Formation Sanitaire _____ District _____ Région _____

Choléra
 Diarrhée Sanguante
 Dracunculose
 Tétanos Néonatal
 Rougeole
 Méningite
 Peste
 Fièvre Hémorragique virale
 Fièvre Jaune
 Autres _____

N° Identification : ____-____-____ / ____/____/____ / ____/____/____ / ____/____/____
Région District Année N° du cas Date de Réception au District Date d'envoi au niveau national

Nom du Malade : _____ Sexe : M=Masculin F=Féminin

Date de naissance : ____/____/____ Age (Si date de naissance inconnue, préciser l'âge en Années, Mois ou Jours) : _____

Domicile du malade : Village/Quartier _____ U=Urbain R=Rural

VILLE : _____ DISTRICT DE RÉSIDENCE : _____

TELEPHONE DU MALADE _____

Filiation (applicable si néonatal ou enfant) Nom du père : _____ Nom de la mère : _____

Pour la formation sanitaire : Si l'échantillon est collecté, Compléter les informations suivantes. Envoyer une copie de cette fiche au labo, avec l'échantillon.

Date de début de la maladie : ____/____/____

Date de collecte de l'échantillon: ____/____/____ Type d'échantillon : Selles Sang CSF Autre _____

Date Envoi Echantillon au Laboratoire: ____/____/____

| Maladie/Affection | Type de test | Résultats (P=en Attente) | Maladie / Affection | Type de test | Résultats | |
|----------------------|---------------|-------------------------------------|---------------------|--------------|-----------|------------------------|
| Choléra | Culture | + - P | Fièvre Jaune | IgM | + - P | |
| | Examen Direct | + - P | Rougeole | IgM | + - P | |
| Méningite | | | Rubéole | IgM | + - P | |
| | | pour | | | | |
| | | | | | | VIRUS DÉTECTION |
| N. meningitidis | Culture | + - P | RVF | IgM | + - P | + - P |
| S. pneumonia | Culture | + - P | Ebola | IgM | + - P | + - P |
| H. influenza | Culture | + - P | CCHF | IgM | + - P | + - P |
| N. meningitidis | Latex | + - P | Lassa | IgM | + - P | + - P |
| S. pneumonia | Latex | + - P | Marburg | IgM | + - P | + - P |
| H. influenza | Latex | + - P | | | | |
| Shigella dysenteriae | Culture | SD type 1 Autre shig Pas shig | | | | |
| Peste | Culture | + - P | | | | |
| | IFA>1: 64 | + - P | | | | |

Pour le Laboratoire: Remplir cette section et retourner la fiche à l'équipe du district et au clinicien

Date réception de l'échantillon au laboratoire : ____/____/____ Condition de l'échantillon : Adéquat Non adéquat

Autres résultats de laboratoire : _____ Autres tests en attente : _____

Date d'expédition des résultats au district : ____/____/____

Nom du laboratoire produisant les résultats : _____

Date de réception des résultats au district : ____/____/____

Date d'envoi des résultats au clinicien par le district : ____/____/____

NOTE: Le district est responsable de l'envoi des résultats labo aux cliniciens. Une défaillance à ce niveau compromettra la collaboration avec les cliniciens chargés de notifier les cas dans le futur.

Comment remplir la fiche de notification cas par cas

Pour l'établissement sanitaire:

1. Indiquer le nom de l'établissement sanitaire qui soumet la fiche de notification par cas.
2. Mentionner le nom du district qui reçoit le rapport.
3. Cocher la case figurant en haut de la fiche pour préciser la maladie notifiée. Si la maladie ou l'affection n'est pas mentionnée, ou si la cause est inconnue, inscrire son nom (ou 'inconnue') sous la rubrique 'Autres'.

Pour le district:

4. Si des numéros d'identification uniques sont utilisés pour enregistrer les cas notifiés au district, inscrire le numéro d'identité dans l'espace prévu à cet effet.
5. Après réception du rapport par le district, noter la date de réception. En cas de rapport verbal, préciser la date de cette notification

Pour la formation sanitaire:

6. Inscrire le nom du patient. Pour un cas de tétanos néonatal, noter le nom de la mère.
7. Indiquer l'âge du patient, s'il est connu, ou sa date de naissance.
8. Préciser le lieu de résidence du patient, y compris le nom du village ou du quartier où il habite ainsi que le nom du district.
9. Noter les coordonnées du patient ou de ses parents pour pouvoir le contacter ultérieurement au cas où il serait nécessaire d'obtenir plus d'informations sur sa maladie.
10. Inscrire 'M' pour Masculin, 'F' pour 'Féminin.'
11. Indiquer la date à laquelle le patient a été consulté dans la formation sanitaire et la date à laquelle l'établissement a notifié la maladie ou affection au district. (Le formulaire vient confirmer la notification verbale rapide)
12. Mentionner la date du début de la maladie, si celle-ci est connue.
13. Pour les maladies évitables par la vaccination, telles que la PFA, le tétanos néonatal, la rougeole, la méningite et la fièvre jaune, obtenir les antécédents vaccinaux du patient. Noter la date de la dernière dose vaccinale reçue pour la maladie notifiée. Déterminer si cette dose a été administrée il y a plus de 15 jours. Si le patient a été vacciné au cours des 15 derniers jours, il se peut qu'il n'y ait pas eu de réponse vaccinale. Ne pas tenir compte des doses reçues pendant les 15 derniers jours.
 - Pour la méningite, indiquer s'il y a des antécédents de vaccination à la suite d'une campagne de vaccination de masse.

- Pour le tétanos néonatal, préciser le nombre de doses d'anatoxine tétanique reçues par la mère jusqu'à 15 jours avant l'accouchement.
14. Préciser si au moment de la notification du cas, le patient était en consultation externe ou interne.
 15. Indiquer si au moment de la notification du cas, le patient était vivant ou décédé. Si le patient décède après la notification, le district doit en être informé. Sur la fiche, le district peut modifier l'état du patient.
 16. Lorsque l'enquête de cas est terminée, inscrire 'confirmé' ou 'écarté' sous la rubrique 'Classification finale'. Si le cas est initialement suspect, indiquer 'suspect' comme classification finale.
 17. Le membre du personnel de la formation sanitaire qui remplit la fiche signe celle-ci et mentionne la date à laquelle le document a été envoyé au district.

Si aucun échantillon n'a été recueilli, la fiche est alors complète.

En cas de prélèvement, envoyer au laboratoire une copie de la fiche jointe à chaque échantillon.

18. Indiquer la date à laquelle l'échantillon a été collecté dans la case marquée 'En cas de prélèvement d'échantillon'. Noter aussi la date à laquelle l'échantillon a été envoyé au laboratoire.
19. Entourer d'un cercle le type d'échantillon prélevé (sang, liquide céphalo-rachidien, selles).

Lorsque l'échantillon arrive au laboratoire:

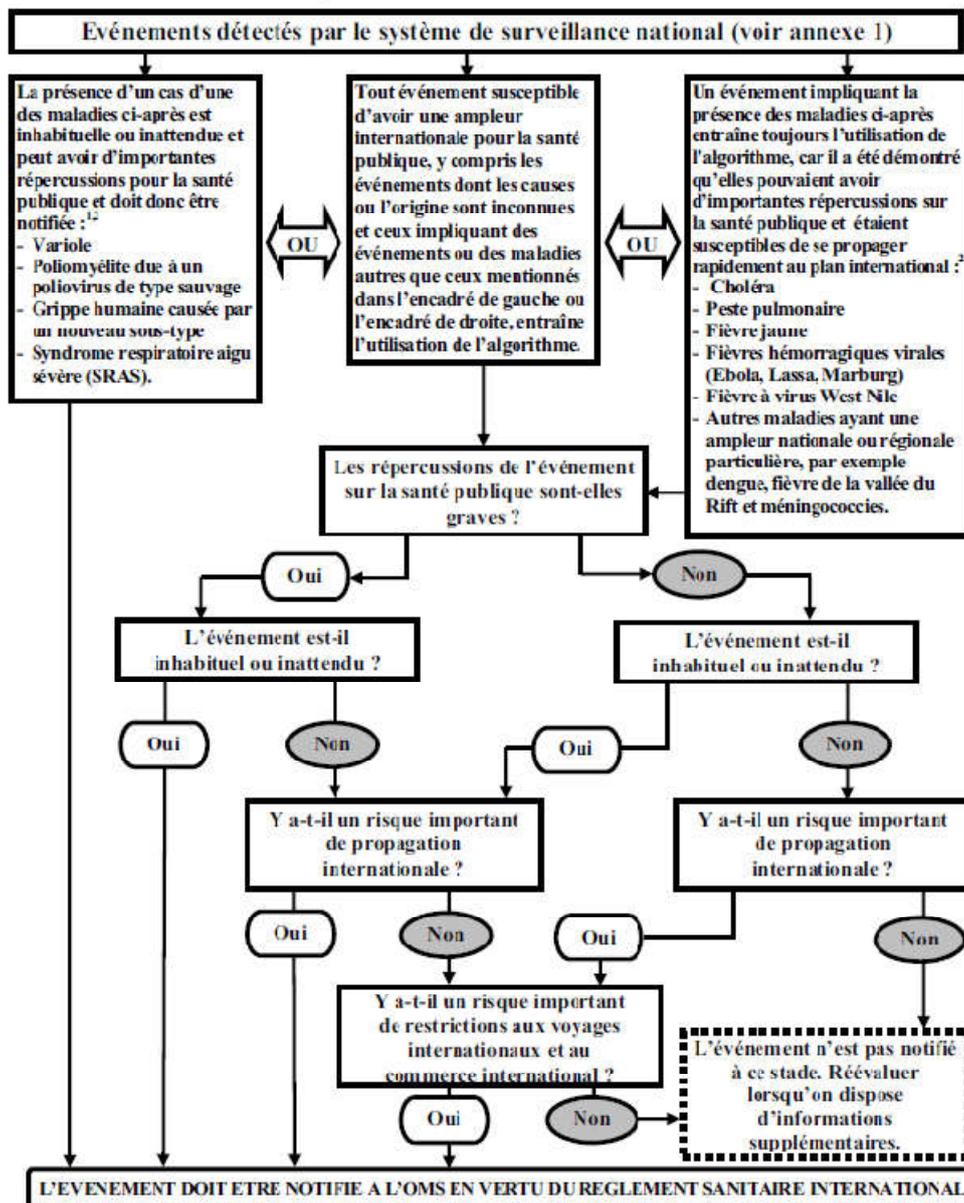
20. Noter la date à laquelle le laboratoire a reçu l'échantillon. Décrire l'état de l'échantillon. Pour toute information sur les mesures visant à assurer la qualité des échantillons, voir Annexe 3 (Section 1). Si l'échantillon arrive en mauvais état, signaler rapidement à la formation sanitaire qu'il ne sera pas possible d'obtenir un résultat utile. L'établissement peut alors décider d'envoyer un autre échantillon. Donner des conseils sur la manière de s'assurer que l'échantillon arrive en bon état.
21. Communiquer les résultats des analyses de laboratoire selon le canevas prescrit dans la partie inférieure de la fiche.
22. Indiquer la date à laquelle les résultats ont été communiqués (verbalement ou par écrit) à la formation sanitaire et/ou au district. Si la politique nationale prévoit que les résultats doivent être transmis au district, le district informera la formation sanitaire.

Au niveau du district:

23. Envoyer au niveau national une fiche de notification par cas complétée pour l'enregistrement et l'analyse des données. Transmettre également les résultats du laboratoire.

ANNEXE 2C : Instrument de décision du RSI (2005)

INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'EVALUER ET DE NOTIFIER LES EVENEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTE PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE



¹ Selon les définitions de cas de l'OMS.

² Cette liste de maladies est à utiliser uniquement aux fins du présent Règlement.

* Les Etats Parties répondant "oui" à la question demandant si l'évènement remplit deux des quatre critères doivent prévenir l'OMS selon l'Article 6 du RSI.

**ANNEXE 2D : Fiche SIMR de notification récapitulative
hebdomadaire/mensuelle**

| Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire/mensuelle | | | | | |
|--|---|-------------------------------|-------|---------------------------------|---------------------------------|
| Année : | | Semaine : | | Mois : | |
| Pays : | | Province/Région : | | District : | Population : |
| Code ISO du district : | | Nom du site de notification : | | Identifiant unique du rapport : | |
| Rapports officiellement attendus : | | Nombre de rapports reçus : | | | Rapports reçus en temps voulu : |
| Maladies et événements à notifier | | Cas | Décès | Cas confirmés en laboratoire | Observations |
| 1 | Affection neurologique (Epilepsie) | | | | |
| 2 | Anthrax | | | | |
| 3 | Chikungunya | | | | |
| 4 | Choléra | | | | |
| 5 | Décès maternels | | | | |
| 6 | Dengue | | | | |
| 7 | Dengue hémorragique | | | | |
| 8 | Diabète | | | | |
| 9 | Diarrhée avec déshydratation sévère <5 ans | | | | |
| 10 | Diarrhée sanglante | | | | |
| 11 | Dracunculose | | | | |
| 12 | Evènements sanitaires de portée internationale ou nationale | | | | |
| 13 | Fièvre hémorragique virale | | | | |
| 14 | Fièvre jaune | | | | |
| 15 | Fièvre typhoïde | | | | |
| 16 | Hépatite virale aiguë | | | | |
| 17 | Infection respiratoire aiguë (IRA) sévère | | | | |
| 18 | Infections sexuellement transmissibles | | | | |
| 19 | Insuffisance pondérale du nouveau-né (moins de 2 500 g) | | | | |
| 20 | Lèpre | | | | |
| 21 | Malnutrition < 5 ans | | | | |
| 22 | MAPI | | | | |
| 23 | Méningite à méningocoque | | | | |
| 24 | Noma | | | | |
| 25 | Onchocercose | | | | |
| 26 | Paludisme | | | | |
| 27 | Paralysie flasque aiguë | | | | |
| 28 | Peste | | | | |
| 29 | Pneumonie grave < 5 ans | | | | |
| 30 | Poliomyélite (PFA) | | | | |
| 31 | Rage | | | | |
| 32 | Rougeole | | | | |
| 33 | SIDA/VIH | | | | |
| 34 | SRAS | | | | |
| 35 | Syndrome de fièvre hémorragique aiguë | | | | |

| Fiche SIMR de notification récapitulative hebdomadaire/mensuelle | | | | | |
|--|-------------------------|-------------------------------|--|--|--|
| 36 | Syndrome pseudo-grippal | | | | |
| 37 | Tétanos néonatal | | | | |
| 38 | Trachome | | | | |
| 39 | Trypanosomiase | | | | |
| 40 | Ulcère de Buruli | | | | |
| 41 | Variole | | | | |
| Analyse, Interprétation, Décision, Action et Recommandations | | | | | |
| <u>Commentaires épidémiologiques</u> | | | | | |
| <u>Décision et action(s) prises</u> | | | | | |
| <u>Recommandations</u> | | | | | |
| Date du rapport : \ \ \ \ \ | | | | | |
| (jj/mm/aaaa) | | <u>Personne responsable :</u> | | | |



TEL: 21-25-35-10 /21-25-92-54/92-78 Poste 357/398

FAX : 21-24-69-21 (direction)

E-mail : episurv@yahoo.fr

surinhp@aviso.ci

**NOTIFICATION HEBDOMADAIRE DES CAS DE FIEVRE JAUNE, CHOLERA, MENINGITE,
ROUGEOLE,
FICHE CENTRE DE SANTE**

Région :

District :

Centre de santé :

Nom du responsable:

Semaine du _____ au _____

N°

| | 0 – 4 ans | | 5 – 14 ans | | ≥15 ans | | Total | |
|------------------------|-----------|-------|------------|-------|---------|-------|-------|-------|
| | Cas | Décès | Cas | Décès | Cas | Décès | Cas | Décès |
| Fièvre Jaune | | | | | | | | |
| Choléra | | | | | | | | |
| Rougeole | | | | | | | | |
| Méningite | | | | | | | | |
| *P F A | | | | | | | | |
| *T N N | | | | | | | | |
| *Grippe Aviaire | | | | | | | | |
| Dengue | | | | | | | | |
| Ver de Guinée | | | | | | | | |

* = Maladies sous surveillance par la DC-PEV et maladies émergentes et réémergentes.

Commentaires :

Visa du Directeur Départemental :

A remplir par l'INHP

Date de réception du formulaire : /__/__/ /__/__/ /__/__/

SECTION 3

ANALYSER LES DONNÉES

Cette section décrit comment :

- Recevoir, traiter et stocker les données des sites de notification
- Analyser les données en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles
- Analyser les résultats en fonction des seuils pour décider des actions de santé publique
- Tirer les conclusions des résultats de l'analyse
- Synthétiser et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer les actions de santé publique

La préparation et l'analyse des données constituent un important volet de la surveillance. Il ne suffit pas de recueillir, d'enregistrer et de rapporter des chiffres sur la maladie, les décès et les handicaps dans la zone desservie, il faut aussi les analyser à chaque niveau où ils ont été recueillis. C'est cette analyse qui apporte l'information dont on se servira pour prendre des mesures de santé publique pertinentes, appropriées et en temps utile. Ainsi, l'analyse des données de la surveillance permet :

- D'observer les tendances dans le temps et d'alerter le personnel de santé d'événements émergents ou de profils de morbidité inhabituels
- D'identifier les zones à plus haut risque
- De déterminer des variables individuelles, telles que l'âge, le sexe ou la profession, qui font qu'une personne est à risque pour une maladie ou un événement.

En général, l'analyse des données de la surveillance de routine doit comporter les questions suivantes :

- D'autres maladies ou événements prioritaires importants ont-ils été détectés pendant la période de notification (cette semaine, par exemple) ? Une épidémie ou un événement sanitaire inhabituel sont-ils suspectés ?
- Parmi les cas, les décès ou les événements détectés, combien ont été confirmés ?
- Où se sont-ils produits ?
- Comment se présente la situation présente par rapport aux périodes d'observation antérieures de cette année ? Par rapport au début de la période de notification, le problème s'est-il accru ?
- Les tendances sont-elles stables, s'améliorent-elles ou bien empirent-elles ?
- Les données de surveillance rapportées sont-elles suffisamment représentatives de la zone desservie par le site de notification ? Parmi tous les sites censés notifier, quelle proportion a réellement notifié ?
- Avec quelle promptitude les sites de notification ont-ils communiqué les données ?

Chaque site qui reçoit ou recueille des données doit préparer et suivre un plan d'analyse pour étudier les données de la surveillance de routine (confère Annexe 3A de cette section).

Cette section décrit de quelle façon recevoir les données de surveillance et les analyser en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles. Cette analyse peut être réalisée manuellement ou au moyen d'un système informatisé. Cette section présente également les différentes méthodes utilisées pour l'analyse, ainsi que les étapes d'interprétation et de synthèse

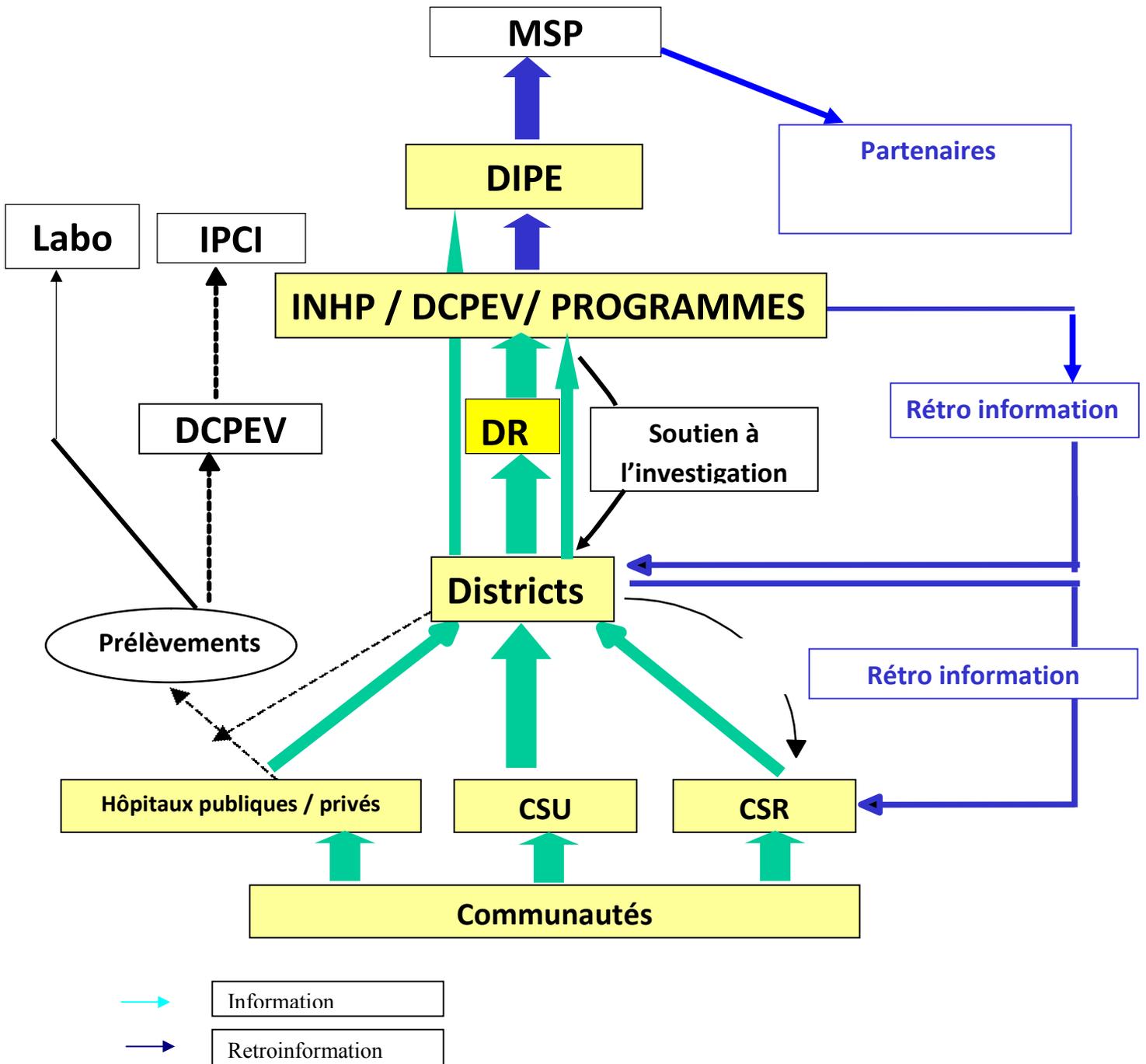
des résultats. Les informations contenues dans cette section peuvent s'appliquer au niveau du district et de la formation sanitaire.

3.1 Recevoir, traiter et stocker les données des sites de notification

Les données de surveillance circulent habituellement des sites de notification vers le niveau hiérarchique supérieur, jusqu'à l'autorité centrale, comme l'illustre le schéma ci-dessous. Au niveau de la formation sanitaire, les services de consultation externe et d'hospitalisation constituent des sites de surveillance. Les informations qui y sont recueillies sont enregistrées dans des formulaires standardisés, analysées et envoyées ensuite au service de surveillance épidémiologique du district sanitaire. Au niveau des districts, après validation les données sont compilées, analysées, interprétées puis les rapports sont envoyés aux autorités sanitaires, régionales qui l'acheminent à l'autorité centrale.

Le schéma ci-dessous illustre le cheminement habituel des données de surveillance à travers le système de santé.

**Circuit de cheminement des données de surveillance épidémiologique
en Côte d'Ivoire**



Comment circule l'information dans un système de surveillance intégrée des maladies?

Une personne malade se présente pour obtenir des soins médicaux. Les informations concernant le patient sont consignées dans un registre mis à jour quotidiennement et contenant des informations relatives aux malades en consultation externe et à ceux hospitalisés. On y consigne notamment les données essentielles suivantes: numéro d'identification du patient, date du début de la maladie, date d'arrivée dans l'établissement, date de sortie (en cas d'hospitalisation), village (lieu de résidence habituelle), âge, sexe, diagnostic, traitement et devenir des malades (pour les patients hospitalisés).

Si le clinicien soupçonne que le malade est atteint d'une affection faisant l'objet de mesures d'éradication / élimination ou si la maladie présente un risque épidémique important, le cas est immédiatement notifié au responsable de l'établissement sanitaire et au chargé de la surveillance épidémiologique du district sanitaire. L'établissement sanitaire doit alors prendre des mesures de riposte pour enrayer la flambée présumée. Dans le même temps, le district prendra des dispositions pour enquêter sur l'épidémie et la confirmer. Les résultats de l'investigation seront utilisés pour planifier une réponse en collaboration avec l'établissement de soins.

Périodiquement, une fois par semaine, par mois ou par trimestre selon l'affection sous surveillance, l'établissement sanitaire synthétise les données relatives aux cas et décès pour chaque affection prioritaire systématiquement notifiée et communique les totaux au district. L'établissement procède également à des analyses de données, en enregistrant notamment les tendances pour certaines maladies et affections prioritaires ou en vérifiant si certains seuils n'ont pas été franchis pour que le personnel puisse éventuellement adopter certaines mesures. L'une des dispositions à prendre si on soupçonne une flambée épidémique est la recherche d'une confirmation en laboratoire. Dès que des échantillons ont été obtenus, les informations suivantes doivent être consignées: type d'échantillon, date de prélèvement, date d'envoi au laboratoire, date de réception au laboratoire, état (bon ou mauvais) de l'échantillon lors de la réception par le laboratoire et résultats de l'analyse.

Au niveau du district, les données sont rassemblées une fois par semaine pour certaines maladies prioritaires, par mois pour les autres affections. Le district prépare en outre des analyses relatives à la chronologie, au lieu et aux caractéristiques individuelles (âge et sexe notamment) pour des malades hospitalisés ou en consultation externe. Ces données sont transmises au niveau régional et au niveau central.

A partir de ces informations, le district trace un graphique des tendances et des courbes épidémiques relatives à la surveillance de routine pour les affections visées par le programme SIM. En outre, chaque district tient un registre des épidémies notifiées par les établissements sanitaires. Cette liste indique la nature de l'épidémie potentielle, le nombre de cas suspects, les dates des enquêtes et interventions menées par le district. Elle comprend également les conclusions des investigations menées au niveau central, régional et district. Le chargé de surveillance épidémiologique (CSE) au niveau du district fournit à chaque programme de prévention des données et informations spécifiques aux maladies.

Dans des situations particulières d'urgence (événements représentant un risque important pour la santé publique), il convient d'établir un système d'échange rapide des données en conformité avec le RSI (2005). Ainsi, un pays peut décider qu'en cas de situation d'urgence, le compte-rendu de situation soit envoyé à l'échelon suivant, avec copie immédiate aux niveaux hiérarchiques supérieurs. Dans tous les cas, le Ministère de la Santé est censé partager ce compte-rendu de situation et les informations avec l'OMS conformément à l'Article 7 du RSI (2005). Cet article déclare : "Si un Etat Partie dispose d'éléments indiquant la survenue d'un événement de santé publique inattendu ou inhabituel sur son territoire, indépendamment de son origine ou de sa source, qui peut constituer une urgence de santé publique de portée internationale, il devra fournir à l'OMS toutes les informations de santé publique pertinentes."

3.1.1 Recevoir les données

Enregistrer soigneusement toutes les données reçues. L'équipe de surveillance de chaque niveau ou du site qui reçoit les données doit :

- Accuser réception des données.
- Consigner dans un registre approprié les données ou comptes-rendus de surveillance reçus des sites de notification (confère Annexe 2E, Section 2).
- Examiner la qualité des données.
- Vérifier si le formulaire (sur papier ou fichier informatique) est rempli de façon précise et complète.
- S'assurer que le formulaire ne comporte pas de renseignements contradictoires.
- Consigner dans le registre la date à laquelle les données ont été reçues, leur objet et l'expéditeur.
- Vérifier si les données sont arrivées à temps ou en retard.
- Rassembler les données et les stocker dans une base de données.

3.1.2 Saisir et apurer les données

A chaque niveau (Formation sanitaire, district, région, ou niveau national), il convient de saisir correctement les données provenant des différents sites de notification dans un formulaire récapitulatif. Il est important de repérer les problèmes et d'apurer les données avant d'en débiter l'analyse. C'est une partie essentielle du traitement des données. En effet, les tendances et la cartographie des maladies seront imprécises, si on ne dispose pas d'informations exactes concernant le nombre de cas, le moment de leur apparition ou leur localisation géographique. Chaque visite d'inspection doit donc être l'occasion de sensibiliser les médecins sur l'importance d'utiliser de bonnes pratiques pour consigner tous les renseignements concernant les patients dans les registres ou les formulaires de notification. Bien insister sur le fait que les registres de patients sont sources de données pour la notification d'informations de

santé publique et qu'ils sont donc susceptibles de jouer un rôle dans la détection d'un évènement inhabituel ou d'un problème sanitaire.

Les données de surveillance peuvent être saisies et compilées manuellement ou au moyen d'un système informatisé si on dispose d'un ordinateur. Indépendamment de la méthode utilisée, il faut procéder comme suit :

- Mettre à jour les totaux récapitulatifs de chaque semaine ou chaque mois, en s'assurant qu'ils englobent uniquement les cas ou les décès effectivement notifiés cette semaine-là ou ce mois-là. Les notifications tardives des semaines ou des mois précédents doivent être saisies dans la semaine ou le mois correspondants et les totaux recalculés en conséquence.
- Enregistrer un zéro quand aucun cas n'a été notifié. Si un espace qui aurait dû être rempli est laissé en blanc, le niveau suivant risque de se faire une idée fautive de la situation, dans la mesure où il ne pourra pas savoir s'il s'agit d'une donnée manquante ou si aucun cas n'a été notifié. Un « zéro » permet au niveau suivant de savoir que la surveillance n'a pas détecté de cas d'une maladie ou d'une affection particulière.
- Eviter de dupliquer les entrées en utilisant l'identifiant unique inscrit sur le dossier ou le formulaire de notification du cas. Cet identifiant permet de vérifier et d'éviter que les mêmes données soient entrées plusieurs fois.
- Etablir des contacts fréquents avec les sites de notification, afin de clarifier certains points, éviter les lacunes d'information et discuter des éventuelles incohérences détectées dans la notification.

Une fois que les données de surveillance ont été reçues et saisies dans les formulaires récapitulatifs, vérifier soigneusement qu'il n'y a pas eu d'erreur de saisie. En effet, dans la mesure où ces données influent sur les décisions relatives aux actions de prévention et de lutte contre la maladie, toute erreur ou tout retard dans leur saisie et leur traitement peut avoir des répercussions importantes du point de vue éthique, social et économique.

3.2 Analyser les données en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles

Les résultats de l'analyse des données peuvent déclencher des investigations et la riposte ultérieure à une épidémie, une affection ou un évènement sanitaire. Les données doivent donc être analysées en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles (voir Tableau 4 ci-dessous).

Tableau 4. Types d'analyse, objectifs, outils et méthodes

| Type d'analyse | Objectifs | Outils | Méthode |
|---------------------------------------|--|---|--|
| Temps | Détecter des changements brusques ou à long terme dans la survenue d'une maladie ou d'un évènement inhabituel, déterminer sa fréquence et le délai entre l'exposition et l'apparition des symptômes. | Présenter les totaux sous forme de tableau , de graphique linéaire ou d' histogramme . | Comparer le nombre de cas notifiés pendant la période en cours avec le nombre de cas notifiés sur une période antérieure (semaine, mois, saison ou année). |
| Lieu | Déterminer le lieu où surviennent les cas (ce qui permet d'identifier par exemple une région ou des populations à risque pour la maladie). | Représenter les cas sur une carte détaillée du district ou de la région affectés par une épidémie. | Représenter les cas sur une carte et repérer des groupes de cas ou des liens, entre le lieu où les cas ont été détectés et l'évènement sanitaire faisant l'objet d'une enquête. |
| Caractéristiques individuelles | Décrire les raisons des changements dans la survenue de la maladie, la façon dont ils se sont produits, les personnes les plus à risque et les facteurs de risque potentiels. | Extraire les données spécifiques concernant la population affectée et les résumer dans un tableau . | Selon la maladie, caractériser les cas d'après les données notifiées pour la surveillance au cas par cas : âge, sexe, lieu de travail, statut vaccinal, scolarisation et autres facteurs de risque connus pour la maladie. |

3.2.1 Analyser les données en fonction du temps

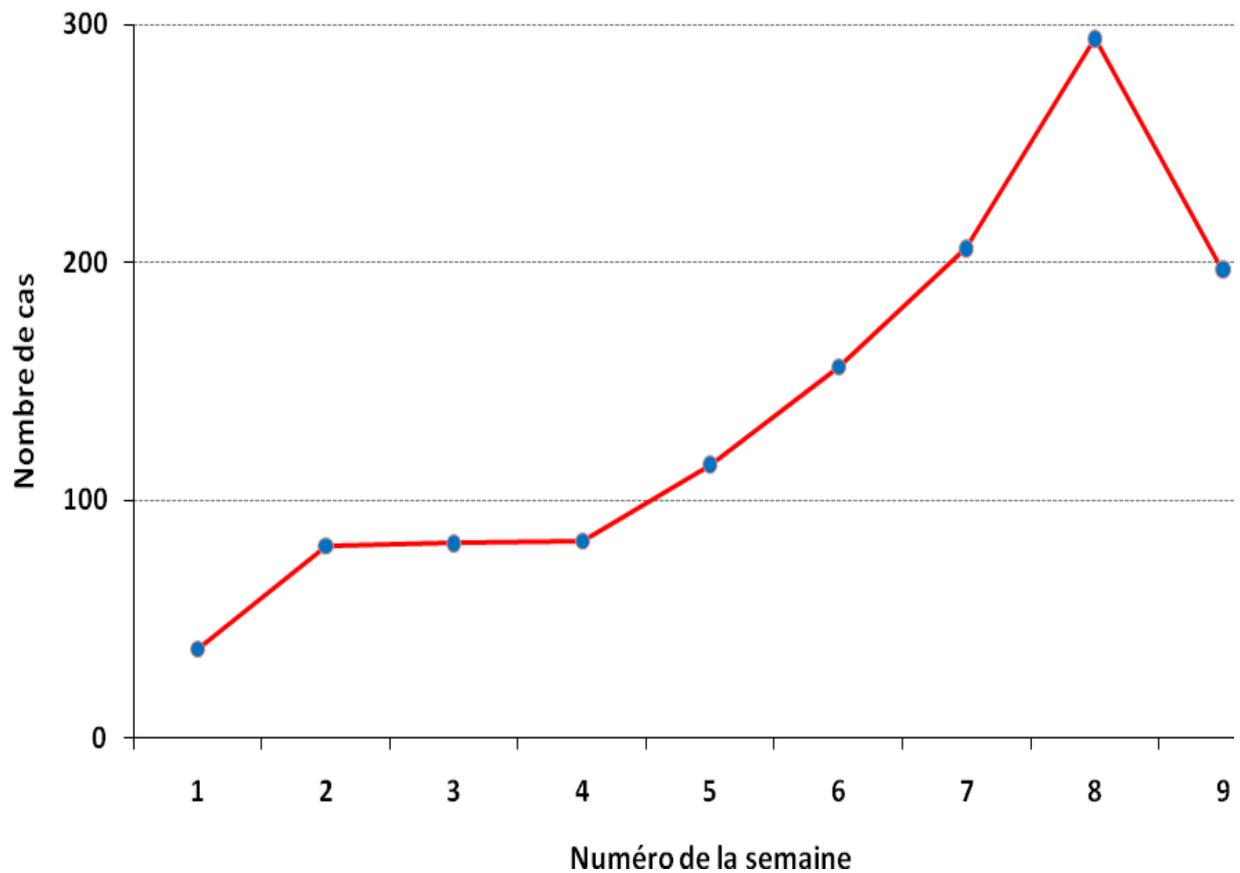
Les données de ce type d'analyse sont généralement présentées sous forme de graphique. Le nombre ou le taux de cas ou de décès est placé sur l'axe vertical ou axe des ordonnées (y). La période de temps étudiée est placée sur l'axe horizontal ou axe des abscisses (x). Les évènements susceptibles d'affecter la maladie étudiée peuvent également être indiqués sur le graphique.

Les graphiques permettent de représenter le nombre de cas et de décès survenus sur une période donnée. Il est plus facile d'observer des variations du nombre de cas et de décès sur un graphique, surtout quand ces nombres sont élevés ou pour observer leur évolution dans le temps.

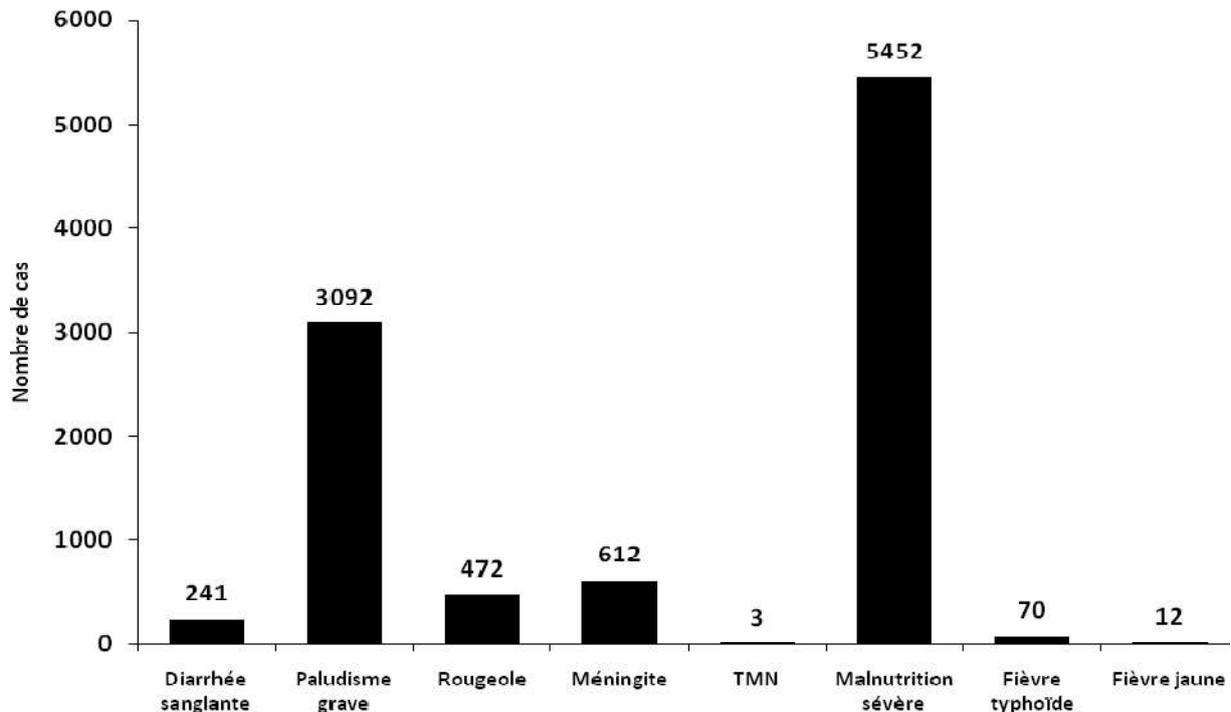
On mesure le nombre de cas en fonction du temps, en réalisant des graphiques soit sous forme de courbes (courbe de tendance), soit sous forme de barres (diagramme en barres ou histogramme). L'annexe 3B de cette section explique comment *faire un graphique*.

Exemple : Courbe de tendance du nombre de cas notifiés de méningites cérébrospinale, semaine 1 à 9, 2010, Côte d'Ivoire

weeks 1-9, 2010



Exemple : Diagramme en barres des cas de maladies notifiées dans le cadre de la surveillance hebdomadaire de janvier à août 2010, Côte d'Ivoire



Utiliser un histogramme

Tracer un histogramme avec les données des formulaires de notification ou des listes descriptives. A l'aide de symboles, représenter chaque cas sur l'histogramme en fonction de sa date de survenue. Peu à peu, apparaît une courbe épidémique. Définir la zone géographique représentée par cette courbe. La courbe peut décrire le district tout entier ou seulement le périmètre desservi par la formation sanitaire où sont survenus les cas.

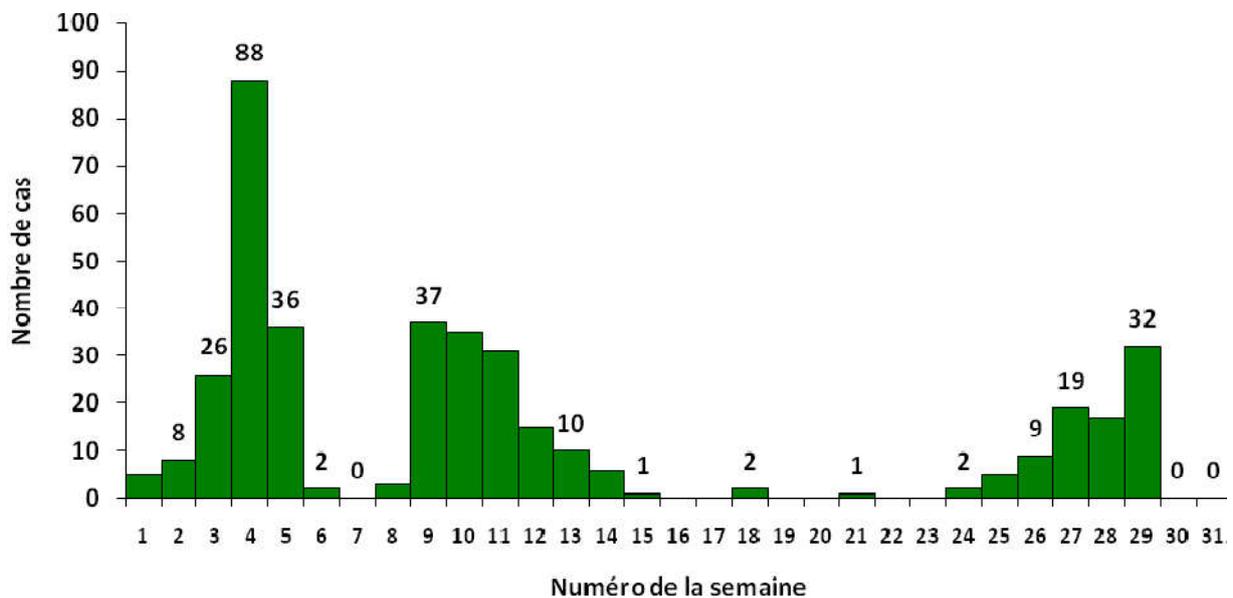
Indiquer par des flèches les événements importants sur l'histogramme. Par exemple, à partir du registre des épidémies notifiées, repérer les dates suivantes :

- Apparition du premier cas (ou cas index)
- Notification au district par la formation sanitaire
- Premier cas vu à la formation sanitaire
- Début de l'investigation des cas au niveau du district
- Début d'une riposte

- Notification au niveau supérieur par le district

Les résultats de cette analyse en fonction du temps permettent aux utilisateurs de ces données de revenir sur l'épidémie et de répondre à des questions telles que : quand les patients ont-ils été exposés à la maladie ? Quelle a été la durée de la période d'incubation ?

Exemple : Histogramme représentant les cas de choléra détectés par semaine épidémiologique 1 à 31, Côte d'Ivoire



3.2.2 Analyser les données en fonction du lieu

L'analyse des données en fonction du lieu apporte des renseignements sur l'endroit où survient une maladie. L'élaboration d'une carte détaillée des cas pour certaines maladies et sa mise à jour régulière permet d'avoir une idée de où, comment et pourquoi la maladie se propage.

Utiliser les renseignements relatifs au lieu de résidence inscrits sur les formulaires de notification ou dans la liste descriptive, pour représenter et décrire :

- Les groupes de cas survenant dans une région particulière
- Les profils de déplacement en rapport avec le mode de transmission de la maladie

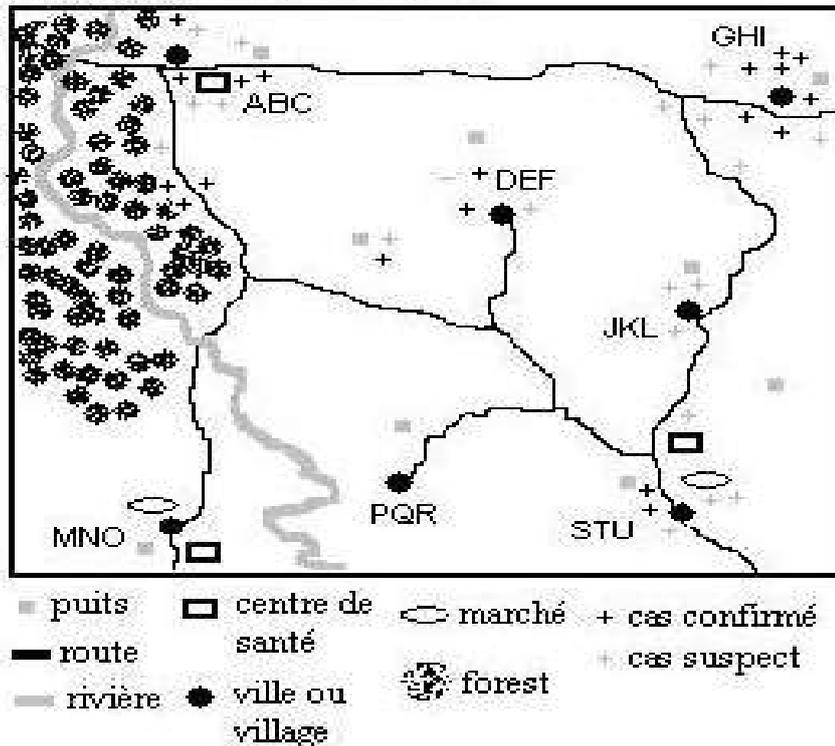
- Les sources d'infection communes à tous les cas.

Utiliser des méthodes manuelles ou des logiciels cartographiques pour réaliser une carte dont on se servira dans le cadre de l'analyse systématique des données de surveillance de la maladie. Sur une carte de la région où sont survenus les cas, indiquer :

- Les routes, les points d'eau, la localisation de populations particulières et autres facteurs associés à la transmission du risque de maladie ou de l'affection en cours d'investigation. Ainsi, pour le tétanos néonatal, indiquer sur la carte les lieux où exercent des accoucheuses traditionnelles, ainsi que les structures de soins où les mères viennent accoucher.
- Les lieux de résidence des patients ou caractéristiques géographiques les plus pertinentes pour cette maladie ou affection (par exemple : villages, voisinage, camp de travail ou camp de réfugiés. Autre exemple : dans le cas d'une épidémie de méningite chez de jeunes patients, penser à indiquer sur la carte l'école où les patients sont scolarisés.)
- Les autres lieux pertinents selon la maladie ou l'affection en cours d'investigation. Consulter les directives spécifiques aux maladies à propos des recommandations particulières pour l'analyse des données en fonction du lieu.

Exemple de carte détaillée de district indiquant la localisation des cas suspects et confirmés

Figure 5: Carte du District X



3.2.3 Analyser les données en fonction des caractéristiques individuelles

L'analyse en fonction des caractéristiques individuelles décrit à la fois la population affectée et celles qui courent le risque de contracter la maladie/affection ou d'être exposées aux facteurs qui lui sont associés.

Répartir les cas en fonction de chaque variable individuelle inscrite dans le formulaire de notification. Par exemple, comparer le nombre total et la proportion de cas suspects et confirmés en fonction de :

- La tranche d'âge
- Le sexe

- Le métier
- Le lieu de résidence urbain ou rural
- Le statut vaccinal
- Les facteurs de risque
- L'issue de la maladie
- La classification finale

Utiliser l'information spécifique à la maladie pour choisir les variables à comparer. Par exemple, si on a recueilli des renseignements sur une épidémie de paludisme, préciser les tranches d'âge ciblées par le Programme national de Lutte contre le Paludisme. Comparer le nombre de cas détectés par tranche d'âge : jeunes enfants (2 mois à 59 mois), enfants plus âgés (5 à 14 ans) et adultes (plus de 15 ans).

Cette analyse des données en fonction des caractéristiques individuelles est généralement conseillée pour décrire une population à risque. Elle est plus facile à réaliser quand on dispose de données au cas par cas.

Identifier les numérateurs et les dénominateurs

Dénombrer les cas ne suffit pas à apporter toute l'information nécessaire pour comprendre l'impact d'une maladie au niveau de la communauté, de la formation sanitaire ou du district. Il faut pour cela calculer des pourcentages et des taux qui permettent de comparer l'information notifiée au district.

Lors de l'analyse des données individuelles, la première étape consistera donc à identifier le numérateur et le dénominateur, afin de calculer des pourcentages et des taux.

- Le ***numérateur*** correspond au nombre d'évènements spécifiques mesurés, tel que le nombre effectif de cas ou de décès imputables à une maladie particulière (par exemple : nombre de cas de dracunculose (ver de Guinée) survenus pendant l'année, chez les enfants d'âge scolaire)

- Le ***dénominateur*** correspond au nombre de total d'évènements mesurés ou à la taille de la population auquel il se rapporte (dans le cas de la dracunculose : tous les enfants d'âge scolaire).

Utiliser de simples pourcentages

Le calcul de simples pourcentages permet de comparer les informations relatives à des populations de tailles différentes. Par exemple :

| Etablissement de soins | Nombre de cas de dracunculose, cette année, chez les enfants d'âge scolaire |
|------------------------|---|
| A | 42 |
| B | 30 |

Si on se contente de regarder le nombre de cas notifiés, il semble que l'incidence de la dracunculose soit plus fréquente dans le périmètre de la formation sanitaire A.

Mais si on compare le nombre de cas notifiés par chaque établissement de soins au nombre total d'enfants d'âge scolaire résidant dans son périmètre, la situation est différente.

| Etablissement de soins | Nombre d'enfants d'âge scolaire résidant dans la zone desservie |
|------------------------|---|
| A | 1 150 |
| B | 600 |

En calculant le pourcentage de cas de dracunculose au cours des 12 derniers mois chez les enfants d'âge scolaire, le responsable de district peut comparer l'impact de la maladie au niveau de chaque établissement. Pour chaque zone desservie, le numérateur correspond au nombre de cas de dracunculose survenus en un an chez les enfants d'âge scolaire, et le dénominateur correspond au nombre total d'enfants d'âge scolaire. Dans cet exemple, le taux d'incidence de la maladie est finalement plus élevé dans le périmètre de l'établissement B.

| Etablissement de soins | Pourcentage de cas de dracunculose chez les enfants d'âge scolaire au cours des 12 derniers mois |
|------------------------|--|
| A | 4% |
| B | 5% |

3.2.4 Faire un tableau pour l'analyse des données en fonction des caractéristiques individuelles

Pour chaque maladie ou affection prioritaire faisant l'objet d'une surveillance, faire un tableau afin d'étudier les caractéristiques des patients qui contractent la maladie ou affection. Un tableau correspond à un ensemble de données présentées de façon simplifiée sous forme de colonnes et de lignes. On utilise cette représentation dans le cadre de la surveillance et du suivi des maladies, pour indiquer le nombre de cas et de décès imputables à une maladie donnée, sur une période de temps donnée.

Pour réaliser un tableau :

1. Décider du type d'information à présenter. Prenons l'exemple de l'analyse par tranche d'âge des cas de rougeole et des décès associés
2. Définir le nombre de colonnes et de lignes nécessaires. Prévoir une ligne supplémentaire au bas du tableau et une colonne supplémentaire sur la droite pour y indiquer les totaux. Dans l'exemple choisi, on aura besoin d'une ligne par tranche d'âge et d'une colonne pour chaque variable (tranche d'âge, nombre de cas, nombre de décès).
3. Légender chaque ligne et chaque colonne.
4. Reporter le nombre total de cas et de décès, en vérifiant bien que chaque chiffre correspond à la bonne ligne et à la bonne colonne.

| Tranche d'âge | Nombre de cas notifiés | Nombre de décès |
|----------------|------------------------|-----------------|
| 0 - 4 ans | 40 | 4 |
| 5-14 ans | 9 | 1 |
| Plus de 15 ans | 1 | 0 |
| Age inconnu | 28 | 0 |
| Total | 78 | 5 |

3.2.5 Calculer le pourcentage de cas dans une tranche d'âge donnée

Après avoir fait le total pour chaque tranche d'âge, on peut calculer le pourcentage de cas survenus dans une tranche d'âge donnée. Pour cela :

1. Identifier le nombre total de cas notifiés dans chaque tranche d'âge à partir des données récapitulatives pour lesquelles on dispose de caractéristiques temporelles et individuelles. (Par exemple : 40 cas de rougeole chez les enfants de 0 à 4 ans).
2. Calculer le nombre total de cas pour la période de temps ou la caractéristique individuelle étudiée. (Dans cet exemple : 78 cas de rougeole notifiés.)

3. Diviser le nombre total de cas notifiés dans chaque tranche d'âge par le nombre total de cas notifiés toutes tranches d'âge confondues. (Par exemple : pour la tranche d'âge de 0 à 4 ans : diviser 40 par 78. Résultat : 0,51).
4. Multiplier le résultat par 100 pour obtenir le pourcentage (0,51x 100=51%).

| Tranche d'âge | Nombre de cas notifiés | % de cas notifiés dans chaque tranche d'âge |
|----------------|------------------------|---|
| 0-4 ans | 40 | 51% |
| 5-14 ans | 9 | 12% |
| Plus de 15 ans | 1 | 1% |
| Age inconnu | 28 | 36% |
| Total | 78 | 100% |

3.2.6 Calculer la létalité

La létalité permet de :

- Savoir si un cas est identifié et rapidement pris en charge.
- Déceler tout problème de prise en charge des cas, une fois la maladie diagnostiquée.
- Identifier un agent pathogène plus virulent, émergent ou chimiorésistant.
- Mettre en évidence l'absence de soins médicaux ou leur mauvaise qualité.
- Comparer la qualité de la prise en charge entre différentes régions, villes et districts.
- Identifier des conditions prédisposant aux formes graves de la maladie (par exemple : déficit immunitaire).

Les programmes de santé publique peuvent réduire les létalités en assurant une détection rapide des cas et une prise en charge de bonne qualité. Certaines recommandations relatives à la lutte contre des maladies spécifiques s'appuient sur la réduction du taux de létalité pour mesurer l'efficacité de la riposte à une épidémie.

Pour calculer une létalité :

1. Calculer le nombre total de décès (utilisons l'exemple précédent de la rougeole : 5 décès toutes tranches d'âge confondues)
2. Diviser le nombre total de décès (5) par le nombre total de cas notifiés (78) : $5 \div 78 = 0,06$
3. Multiplier le résultat par 100 : $0,06 \times 100 = 6\%$

| Tranche d'âge | Nombre de cas notifiés | Nombre de décès | Taux de létalité |
|----------------|------------------------|-----------------|------------------|
| 0-4 ans | 40 | 4 | 10% |
| 5-14 ans | 9 | 1 | 11% |
| Plus de 15 ans | 1 | 0 | 0 |
| Age inconnu | 28 | 0 | 0% |
| Total | 78 | 5 | 6% |

Voir les directives spécifiques aux maladies, Section 9, concernant les recommandations relatives aux principales variables à comparer pour chaque maladie.

3.3 Analyser les résultats en fonction des seuils pour décider des actions de santé publique

Les seuils représentent des marqueurs indiquant à partir de quel moment il faut intervenir. Ils facilitent la surveillance et aident les responsables de programme à répondre à la question : "Quand intervenir et comment ?". La Section 4.1 de ce document donne des indications sur la façon d'établir les seuils.

Les seuils sont déterminés d'après les informations provenant de deux sources différentes :

- L'analyse de la situation indiquant : qui est à risque pour la maladie, quels sont les risques, à quel moment intervenir pour éviter la propagation de l'épidémie, et où les cas surviennent-ils le plus souvent ?
- Les recommandations internationales formulées par des experts techniques et les spécialistes des programmes de lutte contre les maladies.

Ce document traite de deux types de seuils : le seuil d'alerte et le seuil épidémique ou seuil d'intervention. Pour certaines maladies ou affections, aucun seuil n'est établi, néanmoins, le problème doit être notifié et des mesures doivent être prises.

Le **seuil d'alerte** indique au personnel de santé et à l'équipe de surveillance qu'il est nécessaire d'approfondir les investigations. Selon la maladie ou l'affection, le seuil d'alerte peut être atteint dès la notification d'un seul cas suspect (c'est ce qui se passe pour une maladie à potentiel épidémique ou faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication) ou lorsqu'on observe dans les notifications récapitulatives mensuelles ou hebdomadaires une augmentation de cas inexplicquée ou un tableau de morbidité inhabituel sur une certaine période de temps.

Le **seuil épidémique ou seuil d'intervention** déclenche une riposte. Il témoigne de l'existence de données particulières ou d'un résultat d'investigation indiquant la nécessité d'une intervention allant bien au-delà d'une simple confirmation ou d'un éclaircissement du problème. Il peut s'agir de : transmettre la confirmation par le laboratoire aux établissements de soins concernés, mettre en place une riposte d'urgence (par exemple, la vaccination), mener une campagne de sensibilisation auprès de la communauté, ou améliorer les pratiques de lutte contre l'infection dans le milieu médical.

En fonction des résultats de la surveillance, on peut proposer plusieurs seuils d'intervention. Pour les maladies peu fréquentes ou faisant l'objet de mesures d'éradication, la détection d'un seul cas suggère une épidémie. En effet, dans de telles circonstances, la survenue d'un cas est inhabituelle et constitue donc un événement sanitaire grave, car ces maladies rares ou ciblées pour l'éradication présentent un potentiel de propagation rapide ou des létalités élevés.

Dans d'autres situations, il faudra un certain nombre de cas pour déclencher une riposte. Par exemple, dans les pays de la ceinture de la méningite, le seuil épidémique pour la méningite cérébrospinale est fixé à 10 cas pour 100 000 et le seuil d'alerte à 5 cas pour 100 000.

En pratique, le niveau national est chargé de communiquer les seuils d'intervention pour les maladies prioritaires à tous les sites de notification du système de santé. Ainsi, les données de surveillance peuvent être directement utilisées pour prendre des mesures au niveau où elles ont été recueillies. Ces seuils d'intervention sont périodiquement évalués et révisés au niveau national ou international, selon les tendances observées des maladies, affections ou événements faisant l'objet d'une surveillance.

La Section 9 présente les seuils d'intervention suggérés pour des maladies, affections et événements prioritaires.

3.4 Tirer les conclusions des résultats de l'analyse

Revoir et réactualiser régulièrement les graphiques, les cartes et les tableaux et réunir l'équipe sanitaire du district (ou l'équipe appropriée) pour examiner avec elle les résultats de l'analyse et en discuter. Etudier systématiquement les résultats en suivant le plan d'analyse du district (confère Annexe 3A), s'il existe. Le cas échéant, examiner les résultats pour :

- Evaluer si la situation s'améliore ou non, et
- Trouver des raisons à la situation observée.

3.5 Synthétiser et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer les actions de santé publique

A partir des résultats de la surveillance, préparer une synthèse concise, axée sur l'action, et la communiquer à toutes les parties intéressées qui ont besoin de cette information. Utiliser des tableaux, des graphiques et des cartes pour présenter les résultats, en faire une description claire et concise, les interpréter, donner des commentaires et des recommandations.

Formuler les conclusions tirées des résultats de l'analyse des données de surveillance et les utiliser pour :

- Mener une enquête afin de déterminer les raisons de l'augmentation du nombre de cas.
- Collaborer avec les programmes spécifiques de lutte contre la maladie pour intensifier la surveillance lorsqu'un seuil d'alerte est franchi.
- Mobiliser les dirigeants politiques et la communauté afin d'obtenir davantage de ressources, si l'augmentation du nombre de cas est liée au manque de moyens.

L'échange d'information constitue un volet important de la surveillance ainsi qu'un puissant moteur en terme de coordination, dans la mesure où elle motive le personnel qui envoie les notifications et instaure un esprit de partenariat grâce à la transparence affichée. Il est donc important de partager les résultats de l'analyse et d'apporter des retours d'information en temps utile. Confère Section 7 de ce document pour des renseignements et des exemples relatifs à la communication et au retour d'information.

Annexes à la Section 3

ANNEXE 3A : Elaborer un plan pour l'analyse régulière des données de surveillance

ANNEXE 3B : Comment réaliser un graphique manuellement

ANNEXE 3A : Elaborer un plan pour l'analyse régulière des données de surveillance

Un plan minimum pour l'analyse régulière des données de surveillance doit comporter les tableaux, cartes et graphiques.

1. Evaluer l'exhaustivité et la promptitude de la notification

Une première étape essentielle de l'analyse des données de surveillance consiste à contrôler si les comptes-rendus de surveillance sont reçus à temps et si tous les sites de notification ont bien notifié. Cela permet à l'équipe de surveillance du district (ou autre niveau) d'identifier les zones silencieuses (zones où des événements sanitaires peuvent survenir sans être notifiés) ou les sites de notification qui ont besoin d'aide pour transmettre leurs comptes-rendus.

2. Calculer pour chaque district (ou autre niveau) des totaux hebdomadaires (ou mensuels). Mettre à jour le nombre de cas et de décès notifiés sur toute l'année. Cette synthèse d'information permet de décrire plus facilement ce qui s'est passé dans la période de notification donnée.
3. Préparer des totaux récapitulatifs des cas, des décès et des léthalités , depuis le début de la période de notification.
4. Utiliser les variables géographiques (hôpitaux, lieu de résidence, site de notification, voisinages, village, etc.) pour étudier la répartition des cas en fonction du lieu. Cette information facilitera l'identification des zones à risque.
5. Analyser les tendances, au moins pour les maladies prioritaires dans le district. Suivre les variations des nombres de cas et de décès et des léthalités pour identifier toute augmentation ou profil inhabituel de la maladie.

Sur la page suivante figure un exemple de plan d'analyse des données de surveillance.

Exemple d'un plan d'analyse pour le choléra dans un pays A, 2010

Répartition en fonction du temps

| Semaine d'apparition | Evolution | | Total | Létalité |
|----------------------|-----------|--------|-------|----------|
| | Décès | Vivant | | |
| 26 | 7 | 16 | 23 | 30 |
| 27 | 5 | 92 | 97 | 5 |
| 28 | 1 | 87 | 88 | 1 |
| 29 | 2 | 19 | 21 | 10 |
| 32 | 0 | 11 | 11 | 0 |
| 33 | 2 | 9 | 11 | 18 |
| Total | 17 | 234 | 251 | 7 |

Répartition en fonction du lieu

| District | Evolution | | Total | Létalité |
|--------------|-----------|--------|-------|----------|
| | Décès | Vivant | | |
| District 1 | 0 | 1 | 1 | 0 |
| District 2 | 6 | 86 | 92 | 7 |
| District 3 | 11 | 147 | 158 | 7 |
| Total | 17 | 234 | 251 | 7 |

| District | Population | Cas | Taux d'attaque_pour 100 000 |
|------------|------------|-----|-----------------------------|
| District 1 | 179888 | 92 | 51 |
| District 2 | 78524 | 158 | 201 |

Répartition en fonction de caractéristiques individuelles

| Tranche d'âge | Evolution | | Total | Létalité |
|---------------|-----------|--------|-------|----------|
| | Décès | Vivant | | |
| 00-4 ans | 2 | 35 | 37 | 5 |
| 05-9 ans | 5 | 50 | 55 | 9 |
| 10-14 ans | 2 | 28 | 30 | 7 |
| 15-19 ans | 0 | 23 | 23 | 0 |
| 20-24 ans | 1 | 27 | 28 | 4 |
| 25-29 ans | 2 | 24 | 26 | 8 |
| 30-34 ans | 1 | 11 | 12 | 8 |
| 35-39 ans | 2 | 6 | 8 | 25 |
| 40 + ans | 2 | 30 | 32 | 6 |
| Total | 17 | 234 | 251 | 7 |

| Sexe | Evolution | | Total | Létalité |
|--------------|-----------|--------|-------|----------|
| | Décès | Vivant | | |
| F | 8 | 114 | 122 | 7 |
| M | 9 | 120 | 129 | 7 |
| Total | 17 | 234 | 251 | 7 |

ANNEXE 3B : Comment réaliser un graphique manuellement

| Réalisation d'un graphique | |
|----------------------------|---|
| 1. | Choisir l'information que l'on souhaite indiquer sur le graphique. |
| 2. | Donner un titre décrivant ce que contiendra le graphique (par exemple, <i>Totaux mensuels de cas et de décès imputables au paludisme accompagné d'une grave anémie chez des patients hospitalisés</i>). |
| 3. | Déterminer l'étendue des nombres à inscrire sur l'axe vertical. <ul style="list-style-type: none">• Prendre 0 comme plus bas chiffre• Inscrire les nombre dans l'ordre croissant, jusqu'au nombre supérieur au nombre de cas• Choisir un intervalle si les nombres portés sur l'axe vertical sont élevés. |
| 4. | Légender l'axe vertical en expliquant ce que les nombres représentent. |
| 5. | Légender l'axe horizontal et y porter les unités de temps. L'axe horizontal est divisé en unités de temps équivalentes. On commence généralement par le début d'une l'épidémie ou d'une période calendaire (semaine, mois ou année). |
| 6. | Tracer des barres de même largeur. |
| 7. | Indiquer le nombre de cas sur le graphique ou l'histogramme. Pour chaque unité de temps sur l'axe horizontal, faire correspondre le nombre de cas repéré sur l'axe vertical. Remplir un carré par cas ou pour un certain nombre de cas, dans la colonne correspondant au jour où le patient a été vu en consultation. Si l'on choisit de tracer une courbe, plutôt que des barres ou des carrés, tracer une croix ou un point à l'endroit où se croisent les lignes horizontale et verticale. Relier les croix ou les points entre eux pour représenter la tendance à la hausse ou à la baisse au cours du temps. Indiquer les décès en utilisant un type de ligne différent ou une couleur différente. |

SECTION 4

ENQUETER SUR LES SUSPICIONS D'EPIDEMIES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE

Cette section décrit comment :

- Décider d'enquêter sur une épidémie ou autre événement de santé publique suite à leur notification
- Enregistrer les notifications d'épidémies, d'évènements sanitaires et de rumeurs
- Vérifier l'information notifiée
- Préparer l'investigation
- Confirmer l'épidémie ou l'évènement sanitaire
- Prendre des mesures de riposte immédiates
- Analyser les résultats de l'investigation pour déterminer l'origine du problème sanitaire

On a recours à l'investigation pour identifier et évaluer les personnes exposées à une maladie infectieuse ou affectées par un événement sanitaire inhabituel. L'enquête fournit des informations utiles pour prendre des mesures immédiates et améliorer les activités de prévention à plus long terme. La procédure utilisée pour l'investigation d'éventuelles épidémies dues à des maladies infectieuses peut également s'appliquer aux autres problèmes sanitaires survenant dans le district, par exemple l'augmentation de l'incidence de maladies chroniques ou non-transmissibles.

Les objectifs de l'enquête sont les suivants :

- Affirmer l'épidémie ou le problème sanitaire et évaluer les risques,
- Identifier et traiter les cas supplémentaires qui n'avaient pas été notifiés ou reconnus,
- Collecter les informations et recueillir des prélèvements pour confirmer le diagnostic en laboratoire,
- Identifier la source de l'infection ou la cause de l'épidémie,
- Décrire la manière dont se transmet la maladie et définir les populations à risque,
- Choisir les activités de riposte appropriées pour contrôler l'épidémie ou l'évènement sanitaire.

4.1 Décider d'enquêter sur une épidémie ou un évènement sanitaire suite à leur notification

La responsabilité d'enquêter sur les épidémies dépend de la politique et des ressources nationales, ainsi que de la politique locale. La plupart des pays confient cette responsabilité aux districts. Ce guide technique s'adresse donc plus spécialement au niveau du district chargé de l'organisation de l'investigation, mais ces directives s'appliquent également aux formations sanitaires et aux régions.

Pour certaines maladies transmissibles, un seul cas suspect peut justifier le déclenchement de l'intervention, la notification au niveau supérieur et une investigation. Certaines maladies sont en effet particulièrement dangereuses car elles peuvent se transmettre rapidement ou entraîner des létalités élevées si les cas ne sont pas traités rapidement.

Pour d'autres maladies, le déclenchement se fera au moment du franchissement d'un seuil préalablement défini (par exemple un certain nombre de cas pour 100 000). A partir de là, le personnel de santé devra rapidement mener une enquête et traiter les personnes atteintes. Il se

préparera également à appliquer des mesures de riposte plus larges en matière de santé publique. Les seuils d'alerte et d'intervention sont décrits dans la Section 3.

REMARQUE : *Pour les maladies à déclaration immédiate, les seuils ne varient pas d'un district à l'autre ni d'un établissement de soins à l'autre, car ils sont déterminés par la politique nationale.*

Certains événements sanitaires revêtent un caractère d'urgence nécessitant de démarrer immédiatement les investigations. ***Quoi qu'il en soit, les districts s'emploieront à mener des enquêtes sur les épidémies présumées au plus tard 48 heures après leur notification.***

Il convient de mener une investigation lorsque :

- Le district reçoit la notification d'un cas suspect de maladie à déclaration immédiate ;
- On constate un accroissement inhabituel du nombre de cas ou de décès au cours de l'analyse systématique des données ;
- Le seuil d'alerte ou d'intervention a été atteint pour des maladies prioritaires déterminées ;
- Les communautés rapportent des rumeurs de décès ou un grand nombre de cas en-dehors des établissements de soins ;
- Il se présente une série groupée de décès dont la cause est inexplicée ou inhabituelle (par exemple, un adulte décède suite à une diarrhée sanglante).

4.2 Enregistrer les notifications d'épidémies, d'événements sanitaires et de rumeurs

Il faut faire en sorte de garder la trace des notifications d'épidémies, d'événements et de rumeurs envoyées au district et pouvoir s'assurer ainsi que ces notifications ont donné lieu à des actions et permis de prendre des résolutions. L'enregistrement de ces données facilitera le rassemblement des informations permettant d'évaluer la promptitude et l'exhaustivité de l'investigation sur l'épidémie et du processus de riposte.

Un modèle de formulaire destiné à enregistrer les notifications d'épidémies figure en Annexe 4A de cette section. Si le district utilise un livret d'analyse pour consigner et analyser les tendances sur le long terme, on pourra y incorporer ce formulaire.

4.3 Vérifier l'information notifiée

Dans la mesure où l'investigation des épidémies et des événements sanitaires demande des ressources humaines, logistiques et financières conséquentes, il convient de vérifier rapidement si l'information est exacte et correspond bien à un problème sanitaire, afin d'assurer une bonne utilisation des ressources.

Pour vérifier l'information, il faut prendre en compte les facteurs suivants :

- La source d'information (par exemple, la source de la rumeur est-elle fiable? Le rapport provient-il d'un établissement sanitaire?) ;
- La gravité de la maladie et l'utilisation de définitions de cas standardisées lors de la notification ;
- Le nombre de cas et de décès notifiés ;
- L'âge et le sexe des cas et des décès rapportés ;
- Le mode de transmission du pathogène présumé et le risque de propagation ;
- Des considérations politiques et géographiques ;
- L'importance de maintenir de bonnes relations avec les partenaires et la communauté ;
- Les ressources disponibles.

A la lumière des facteurs précités, il peut apparaître que la situation nécessite une réponse plus urgente que celle initialement prévue. Ainsi, la notification des cas suspects de fièvre hémorragique virale, dont le taux de mortalité est élevé et la propagation rapide, sera traitée avec plus d'urgence que la notification de maladies moins virulentes.

Indépendamment de tous ces facteurs, les suspicions d'épidémies ou d'événements sanitaires (notamment ceux qui sont à déclaration immédiate) doivent être notifiées par les établissements de soins dans un délai de 48 heures.

4.4 Préparer l'investigation

Il va falloir mobiliser l'équipe de riposte aux épidémies du district et préparer l'investigation. A ces préparatifs doivent participer le responsable du district chargé de la coordination des activités relatives à la maladie ou à l'événement faisant l'objet de l'enquête, ainsi que tous les membres de l'équipe de riposte rapide déjà désignés et formés. (Remarque : vérifier et mettre à jour périodiquement le statut vaccinal du personnel participant aux activités d'enquête et de riposte aux maladies infectieuses.)

Il faudra ensuite définir avec l'équipe les objectifs de l'enquête, de façon à collecter les informations essentielles à la mise en place de mesures de riposte appropriées et pertinentes. Il faut aussi rassembler les informations sur les procédures standardisées correspondant à la maladie ou à l'affection faisant l'objet de l'enquête (par exemple, type de prélèvements pour les examens de laboratoire).

4.4.1 Préciser les tâches qui incombent au personnel de santé

Le personnel de santé devra être informé des tâches qu'il est censé accomplir durant l'investigation et des fonctions qu'il doit appuyer. On veillera également à motiver les enquêteurs, en s'assurant, par exemple, que l'équipe chargée de l'investigation saisit bien le rapport entre les résultats de l'enquête et le choix de la riposte qui permettra de prévenir la propagation de la maladie et de sauver des vies. Il faut également s'assurer que le personnel dispose d'un équipement de protection individuelle dont il sait se servir et qu'il connaît les mesures de précaution universelles à appliquer pour se protéger.

4.4.2 Définir les procédures de supervision et la stratégie de communication

Il faut établir un plan de communication pour les équipes. Pour ce faire, on préparera un diagramme indiquant les différents niveaux hiérarchiques et la manière dont l'information doit circuler aussi bien au sein de l'équipe chargée de l'enquête qu'entre le district et les autres niveaux, y compris le niveau le plus périphérique. Il s'agit de définir, par exemple, qui va communiquer avec le ministère de la Santé, les médias et la communauté. On définira en outre les méthodes de communication et la fréquence des communiqués à l'intention des autorités tout au long de l'épidémie. On envisagera notamment la diffusion de mises à jour quotidiennes par radiotéléphone, téléphone portable, télécopie, courrier électronique ou audioconférences. Sur le diagramme, on indiquera les niveaux de responsabilité et le rôle de chaque membre de l'équipe. En ce qui concerne le personnel non sanitaire, son rôle et la manière dont il sera supervisé doivent être également définis.

Il est essentiel de mettre en place des procédures pour communiquer avec la communauté et les principaux partenaires, et pouvoir échanger avec eux les informations importantes concernant l'identification des risques associés à l'épidémie ou à l'évènement et les mesures de riposte.

4.4.3 Déterminer où aura lieu l'enquête

1. Examinez les informations déjà connues à propos de la maladie suspectée, y compris son mode de transmission et les facteurs de risque. A partir de ces indications, définissez les limites géographiques et la population cible de l'enquête. Commencez les recherches dans la zone la plus touchée.
2. Contactez les formations sanitaires voisines pour voir si elles ont enregistré des cas similaires ou une augmentation de cas avec diagnostic identique.
3. Faites participer la communauté et le personnel de la formation sanitaire local à la planification et à la réalisation de l'enquête. Certaines informations concernant les coutumes, la culture et les habitudes de la population locale peuvent influencer sur les chances de succès de l'opération.

4.4.4 Obtenir les autorisations nécessaires

Il importe d'obtenir les autorisations et permissions nécessaires pour réaliser l'enquête et de respecter les normes éthiques. Il faut obtenir non seulement les autorisations officielles, mais aussi l'accord des personnalités locales influentes dans la communauté.

4.4.5 Mettre au point les formulaires et méthodes pour le recueil d'informations et le prélèvement d'échantillons

Examinez avec l'équipe d'enquêteurs la manière de recueillir et d'enregistrer l'information nécessaire. Par exemple, le personnel devrait au moins être capable de rassembler les informations et de les enregistrer sur une liste descriptive.

Choisir les variables pour l'identification, l'enregistrement et l'analyse des données relatives à la maladie faisant l'objet de l'enquête. (Une sélection de formulaires d'investigation comportant les principales variables mentionnées figure dans l'annexe à cette section). Selon les responsabilités du personnel, étudier comment :

- Enregistrer l'information relative aux cas sur une liste descriptive qui sera utilisée plus tard pour faire la synthèse des variables qui servira à l'analyse

des données en fonction de caractéristiques temporelles, spatiales et individuelles.

- Préparer (et mettre à jour si besoin) une courbe épidémique.
- Etablir une carte indiquant la position des variables géographiques telles que la localisation des cas et des décès
- Préparer des tableaux d'analyse par facteur de risque, par tranche d'âge, par sexe, par statut vaccinal, etc...

4.4.6 Organiser les déplacements et autres aspects logistiques

Il faut organiser les déplacements à destination et en provenance du site d'investigation, ainsi que les voyages au cours des opérations. Vérifier également que le transport des prélèvements vers les laboratoires appropriés a été prévu avant le départ de l'équipe.

4.4.7 Rassembler le matériel nécessaire aux prélèvements pour les examens de laboratoire

Certains districts peuvent déjà disposer d'une trousse d'intervention rapide contenant des fournitures et des équipements à l'usage des investigateurs (notamment du matériel de laboratoire).

Si cette trousse n'est pas disponible dans le district, consulter les directives des programmes spécifiques aux maladies et contacter les spécialistes des activités de laboratoire pour déterminer les normes relatives aux fournitures de laboratoire destinées au prélèvement, à la conservation et au transport des échantillons requis (se référer à l'Annexe 4B).

L'utilisation d'équipements de protection individuelle (EPI) et de matériel de désinfection est fortement recommandée (se référer à l'Annexe 4C).

En ce qui concerne l'équipement de laboratoire, il convient de se référer aux directives relatives aux différentes maladies figurant dans la Section 9.

4.5 Confirmer l'épidémie ou l'évènement sanitaire

4.5.1 Rechercher les antécédents cliniques et épidémiologiques

Examiner le ou les patient(s) pour vérifier si les signes et les symptômes qu'ils présentent correspondent à la définition de cas. Poser les questions suivantes au patient ou à un membre de la famille pouvant répondre en son nom :

- Où habitez-vous ?
- Quand les symptômes sont-ils apparus ?
- Y a-t-il d'autres personnes malades chez vous, à l'école, au travail, au village, dans le quartier ?
- Où avez-vous voyagé récemment ?
- Où habitiez-vous pendant les 3 semaines qui ont précédé le début des symptômes (lieu de résidence au moment de l'infection) ?
- Quelqu'un vous a-t-il rendu visite au cours des 2 dernières semaines ?
- Avez-vous été récemment en contact avec des volailles, des oiseaux ou des animaux malades ou morts (pour les zoonoses) ?
- Quels vaccins avez-vous reçus récemment (pour les manifestations post-vaccinales indésirables) ?
- ...etc

4.5.2 Faire des prélèvements et obtenir les résultats des examens de laboratoire pour confirmer le diagnostic

Si la maladie peut être confirmée par des examens de laboratoire, se référer aux indications figurant dans la Section 9.0 pour déterminer le test diagnostique et le prélèvement à effectuer. Dans ce tableau il est également indiqué comment collecter, conserver et expédier les prélèvements et le nombre d'échantillons à recueillir pour confirmer la maladie.

Examiner les résultats des tests diagnostiques avec l'équipe chargée de l'enquête, les cliniciens et les techniciens du laboratoire. Les résultats des tests concordent-ils avec les résultats des examens cliniques ? Pour clarifier certains points concernant les résultats des examens de laboratoire, il est possible de demander une assistance complémentaire auprès des directeurs de programmes ou des experts techniques du niveau national.

4.6 Prendre des mesures de riposte immédiates

4.6.1 Isoler et traiter les cas selon les besoins

Suivre les directives concernant la prise en charge des cas pour renforcer la lutte contre l'infection (en isolant le malade si nécessaire) et améliorer la prise en charge des cas à domicile ou en établissement de soins, en donnant des conseils, en apportant une assistance et en fournissant du matériel.

Prendre les précautions standard avec tous les patients de l'établissement, surtout en cas d'épidémie de maladie à transmission par contact avec les objets contaminés et les liquides biologiques.

4.6.2 Rechercher les cas supplémentaires

Une fois que les premiers cas ont été cliniquement confirmés et que le traitement a commencé, il convient de rechercher activement d'autres cas.

4.6.2.1 Rechercher les cas suspects et les décès suspects dans les registres des établissements de soins

Dans les établissements de soins ayant notifié des cas, on cherchera dans les registres si d'autres cas et d'autres décès ont été consignés, en tentant de retrouver les patients qui auraient pu présenter des signes et des symptômes identiques ou similaires à la maladie ou à l'affection faisant l'objet de l'enquête. Demander aux agents de santé de rechercher les cas semblables dans les établissements de soins voisins. L'annexe 4D, en fin de section, donne des indications pour l'examen des registres.

Il faut également assurer le suivi des patients autorisés à rentrer chez eux.

4.6.2.2 Rechercher les personnes en contact avec les cas et les décès suspects dans la communauté

Identifier les zones à risque où les patients ont vécu, travaillé ou voyagé, notamment les basses-cours, les laboratoires ou les territoires de chasse et les zoos. Discuter également avec les sources d'information au sein de la communauté, notamment les pharmaciens, les maîtres d'école, les vétérinaires (pour s'informer de la situation de la santé animale), les fermiers et les chefs communautaires.

Le choix des zones où s'effectuera la recherche dépend de la maladie, de son mode de transmission et des facteurs de risque liés à l'analyse temporelle, spatiale et individuelle. On effectuera des visites dans ces lieux et on interrogera les personnes ayant eu des contacts, ou susceptibles d'en avoir eu avec le patient. On leur demandera si elles-mêmes ou une de leurs connaissances n'auraient pas été atteintes d'une maladie ou d'une affection semblable à celle qui fait actuellement l'objet de l'enquête. Essayer de savoir si une autre personne vivant dans une zone proche de celle où réside le patient a été malade et a présenté des signes ou symptômes correspondant à la définition de cas. Rassembler les informations qui contribueront à décrire l'ampleur et l'étendue géographique de l'épidémie.

Transférer les cas récemment identifiés vers la formation sanitaire pour traitement. Voir en Annexes 4E et 4F de cette section, les exemples de formulaires servant à enregistrer et à suivre les contacts dans le cadre de la recherche de cas supplémentaires.

4.7 Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires

Pour chaque nouveau cas correspondant à la définition, repéré dans le registre de l'établissement ou au cours de recherches au sein de la communauté, il convient de consigner l'information recueillie soit sur un formulaire individuel de notification, soit sur une liste descriptive ou autre formulaire indiqué.

4.7.1 Enregistrer l'information sur un formulaire individuel de notification

Utiliser des formulaires individuels de notification pour consigner les informations concernant au moins les cinq premiers patients, ainsi que ceux chez lesquels on aura effectué des prélèvements. Pour chaque cas, enregistrer au moins les informations suivantes :

- Nom et adresse du patient, village ou quartier où il vit et coordonnées complètes. Si l'on ne dispose pas d'une adresse précise, enregistrer des informations permettant de contacter le patient au cas où l'on aurait besoin de renseignements complémentaires ou pour lui communiquer les résultats des examens de laboratoire et de l'investigation.
- Age et sexe du patient. Ces informations serviront à décrire les caractéristiques de la population affectée par la maladie.
- Date du début des symptômes et date à laquelle le patient a été vu pour la première fois dans la formation sanitaire.
- Informations relatives aux principaux facteurs de risque, par exemple statut vaccinal du patient si la maladie faisant l'objet de l'enquête est évitable par la vaccination.
- Nom et fonction de la personne ayant transmis l'information.

Pour certaines maladies il existe des formulaires individuels d'investigation plus détaillés, qui demandent certaines informations particulières. On trouvera en Annexe de la Section 9, une copie de ces formulaires pour l'investigation de différentes maladies.

4.7.2 Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires sur une liste descriptive

Lorsque l'on a déjà identifié plus de cinq à dix cas et que l'on a prélevé le nombre nécessaire d'échantillons, enregistrer les cas supplémentaires sur une liste descriptive. Si l'on doit effectuer des prélèvements chez 10 patients ou plus le même jour, cette liste servira de bordereau d'envoi au laboratoire. L'expédition sera alors groupée.

4.8 Analyser les données relatives à l'épidémie

Les méthodes d'analyse des données relatives à l'épidémie sont les mêmes que celles préconisées pour l'analyse des données récapitulatives dans la Section 3. Les données épidémiologiques seront analysées et ré-analysées plusieurs fois au cours de l'épidémie.

Lors de l'analyse initiale, on résumera la situation et on cherchera des indices sur les endroits où sévit et progresse l'épidémie, sa source (s'il s'agit d'une source unique, par exemple un puits ou des funérailles) et les personnes à risque (par exemple, les jeunes enfants, les réfugiés, les personnes vivant en zone rurale, etc.). Présenter les données de la manière suivante :

- Tracer la courbe épidémique représentant l'évolution de la maladie ('Epi'curve)
- Représenter les cas sur une carte détaillée
- Dresser des tableaux contenant les principales caractéristiques des cas (comparant, par exemple, les tranches d'âge et l'état vaccinal, le sex-ratio).
- Calculer la létalité (se référer aux procédures décrites dans la Section 3)
- Calculer les taux d'attaque (se référer aux procédures décrites dans la Section 3)

Au cours de l'épidémie, ces données doivent être fréquemment mises à jour (souvent quotidiennement) pour vérifier si l'information recueillie modifie la perception des causes de l'épidémie.

4.9 Interpréter les résultats de l'analyse

En reprenant les résultats de l'analyse, on tirera des conclusions sur l'épidémie. On cherchera, par exemple, à répondre aux questions suivantes :

- Quel est l'agent responsable de l'épidémie?
- Quelle est la source de l'infection ?
- Quel est le mode de transmission ?

- Quelles mesures ont été prises pour endiguer l'épidémie et quel est le résultat ?

4.9.1 Interpréter les résultats de l'analyse chronologique

Examiner l'histogramme. La forme de la courbe épidémique permet d'identifier quand a eu lieu l'exposition à l'agent responsable de la maladie, la source de l'infection et la période d'incubation.

- Si la courbe s'infléchit brutalement de façon ascendante, puis redescend tout aussi rapidement, l'exposition à l'agent causal a probablement duré peu de temps. Il est probable que les cas aient une source commune d'infection.
- Si l'exposition à la source commune a duré plus longtemps, la courbe épidémique a plus de chances d'être en plateau, plutôt que de présenter un pic.
- Si la maladie résulte d'une transmission interhumaine, la courbe présente une série de pics de plus en plus élevés, séparés par des périodes correspondant à la durée de l'incubation.

4.9.2 Interpréter les résultats de l'analyse en fonction de la localisation géographique

Utiliser la carte pour :

- Décrire l'étendue géographique du problème et identifier les zones à risque.
- Identifier et décrire les groupes de cas ou les profils de transmission ou d'exposition. Selon l'agent qui aura contribué à l'extension de cette épidémie, préciser la proximité des cas par rapport aux sources probables de l'infection.

4.9.3 Interpréter les résultats de l'analyse en fonction des caractéristiques individuelles

Les informations provenant de l'analyse des cas individuels sont essentielles pour planifier la riposte à l'égard de l'épidémie parce qu'elles décrivent de façon plus précise le(s) groupe(s) à risque pour la maladie ou l'affection en question. Par exemple, si des cas de fièvre jaune se sont produits chez des sujets de moins de 15 ans, la riposte consistant à vacciner devra cibler les enfants de moins de 15 ans.

4.10 Conclusions de l'investigation et recommandations

Après avoir revu les résultats de l'analyse, formuler des conclusions et des recommandations par rapport à l'épidémie :

- Situation confirmée : il s'agit bien d'une épidémie ou d'un problème de santé publique
- Population affectée et à risque
- Causes possibles de l'épidémie ou du problème sanitaire, résultats de laboratoire, source de l'infection, mode de transmission, taux d'attaque, taux de létalité et facteurs de risque possibles
- Mesures déjà mises en place pour endiguer l'épidémie
- Recommandations :
 - Pour contrôler la situation
 - Investigations et études complémentaires à effectuer

4.11 Communiquer les résultats de l'investigation

L'équipe d'investigation rapide du district doit immédiatement préparer un rapport d'enquête sur l'épidémie. Le rapport détaillé devra être préparé et diffusé immédiatement à tous ceux qui sont concernés, y compris la formation sanitaire où l'épidémie s'est produite.

Voir en Annexe 7A un modèle de plan pour la rédaction du rapport d'enquête.

4.12 Evaluer les risques et identifier les facteurs expliquant l'épidémie ou l'évènement sanitaire

L'équipe d'investigation désignée doit débiter dès que possible l'évaluation des risques et répondre aux questions suivantes :

- L'évènement a-t-il eu un impact grave sur la santé publique?
- L'évènement est-il inhabituel ou inattendu ?
- Existe-t-il un risque significatif de propagation internationale ?
- Existe-t-il un risque significatif de restrictions du commerce ou des voyages internationaux ?

On peut faire appel au niveau national pour participer à l'évaluation du risque qui permettra de décider si l'évènement est susceptible de présenter un risque sanitaire de portée internationale, ce qui justifierait sa notification (se référer à l'instrument de décision, Section 2).

Annexes à la Section 4

- ANNEXE 4A** : Registre du district des suspicions d'épidémie et des rumeurs
- ANNEXE 4B** : Fiches d'investigation de cas de maladie
- ANNEXE 4C** : Check-list des fournitures de laboratoire nécessaires aux investigations
- ANNEXE 4D** : Liste des équipements de protection individuelle (EPI) recommandés
- ANNEXE 4E** : Comment réaliser l'examen des registres
- ANNEXE 4F** : Fiche d'enregistrement des contacts
- ANNEXE 4G** : Formulaire de suivi des contacts

ANNEXE 4A : Registre du district des suspicions d'épidémie et des rumeurs

Enregistrer les informations orales ou écrites sur les épidémies suspectées, les rumeurs ou les événements inexplicables provenant des structures de soins ou de la communauté. Enregistrer les mesures prises et les activités de riposte mises en œuvre.

| Nombre de cas initialement notifiés (2) | Lieu (Centre de santé, village, etc.) (3) | Date de notification au district (4) | Date d'investigation de l'épidémie suspectée par le District (5) | Résultat de l'investigation (épidémie confirmée, exclue, ou incertaine) (6) | Date début épidémie Date début cas index / Date dépassement seuil ou du premier groupe de cas (7) | Date du premier cas vu dans un établissement de soins (8) | Date début de la première intervention spécifique (9) | Type d'intervention concrète mise en place (10) | Date de notification de l'épidémie du district au niveau national (11) | Date de réception de la réponse nationale par le district (12) | Commentaires (13) |
|--|--|---|---|--|--|--|--|--|---|---|----------------------|
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

ANNEXE 4B : Fiches d'investigation de cas de maladie

Fiche d'investigation de cas de tétanos néonatal

Pour usage officiel (rempli par le district) Numéro épid: _____ - _____ - _____ - _____ Date de réception au niveau National

Région District Année de début Numéro de cas

_____/_____/_____

IDENTIFICATION

DISTRICT: _____ **RÉGION:** _____

Formation Sanitaire _____ **Village/** _____

proche du village: _____ **Quartier:** _____ **Ville:** _____

Adresse: _____

Nom(s) du patient: _____ **Mère:** _____

Sexe: 1 = Masculin, 2 = Féminin **Père:** _____

DECLARATION/ENQUETE

Déclaré par: _____ Date de Déclaration: ____/____/____ Date d'enquête: ____/____/____

_____/_____/_____

VACCINATION DE LA MERE

UTILISER LES CODES SUIVANTS SI POSSIBLE, 1=OUI, 2=NON, 9=INCONNU.

| Question | Réponse | 1 ^{ère} ____/____/____ | 4 ^{ème} ____/____/____ |
|--|---------|---------------------------------|---------------------------------|
| Mère vaccinée avec le vaccin antitétanique ? | | | |
| Certificat de vaccination? | | | |
| Nombre de doses: | | 2 ^{ème} ____/____/____ | 5 ^{ème} ____/____/____ |
| Vaccinations reçues par la mère avant l'accouchement? ** | | | |
| dose ____/____/____ | | 3 ^{ème} ____/____/____ | Si >5, Dernière |

**1= à jour, 2= pas à jour, 9= inconnu

NAISSANCE DE L'ENFANT

Date de naissance: ____/____/____ Utiliser les codes suivants si possible, 1=Oui, 2=Non, 9=Inconnu.

QUESTIONS

La mère a reçu des soins pendant la grossesse?

| Réponse |
|---------|
| |

QUESTIONS

Lieu de la naissance: ***

| Réponse |
|---------|
| |

| | | | |
|--|--|---|--|
| Nombre de visites prénatales? | | Si la naissance a eu lieu dans un centre de santé, son nom: | |
| Présence d'une sage-femme? | | Cordon coupé avec une lame stérile? | |
| Si Oui, le nom de la sage-femme présente : | | Soins du cordon? | |
| Présence d'une infirmière/d'un médecin? | | Décrire les soins du cordon ? Où ? | |

*** 1=Hospital, 2= centre de santé, 3=Domicile, présence d'une personne qualifiée, 4=Domicile, aide non-qualifié, 5=Domicile, sans aide, 9=Inconnu

HISTOIRE CLINIQUE

UTILISER LES CODES SUIVANTS SI POSSIBLE, 1=OUI, 2=NON, 9=INCONNU.

| | | | |
|--|--|---------------------------------|---------------------|
| Est-ce que le bébé à la naissance? | | Spasmes ou convulsions? | |
| Cri et succion normaux les 2 premiers jours? | | Complications? | |
| Arrêt de la succion après 2 jours? | | Est-ce que l'enfant est décédé? | |
| Dos archée? | | Age au décès: | Jours |
| Raideur? | | Age au début de maladie: | Jours (99=Inconnu) |

Date du début des symptômes: ____/____/____

TRAITEMENT

| | | |
|------------------------------------|-----------------|--|
| Date d'admission ____/____/____ | Question | Réponse 1=Oui, 2=Non, 9=Inconnu |
| Numéro du dossier médical : _____ | Vu en OPD? | |
| Adresse de la formation sanitaire: | Admis? | |

COMMENTAIRES:

REPONSE UTILISER LA LÉGENDE SUIVANTE LÀ OÙ POSSIBLE, 1=OUI, 2=NON, 9=INCONNU.

| | | |
|--|----------------|---------------------------------|
| Questions | Réponse | Date de réponse: ____/____/____ |
| La mère a-t-elle reçu une dose de vaccin antitétanique dans les 3 mois précédant la déclaration? | | Détails de réponse: _____ |
| Immunisations supplémentaires dans la localité du cas? | | |

CLASSIFICATION FINALE DU CAS:

Tétanos néonatal:

1=Oui, 2=Non, 9=Inconnu

INVESTIGATEUR

Nom: _____ Titre: _____

Unit: _____ Adresse: _____ Téléphone: _____

FICHE D'INVESTIGATION SUR LES CAS DE FIEVRE HEMORRAGIQUE

Cas suspect : toute personne souffrant de fièvre et présentant 1 ou plusieurs signes suivants : céphalées, ictère, myalgies, saignement (épistaxis, hématurie, ecchymose, gingivorragie, point d'injection etc ...) ou décédé.

Nom de l'hôpital / Centre de Santé :

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----|-----|---------------|----------------------------------|---|--|---|---|--------------|--|--|--|---|---|---|
| 1. Information générale sur le malade | | | | | | | Date de notification au district | | | | | | | | | | | |
| Nom du malade : | | | | | | | Sexe : M : /_ / F /_ / | | | | | | | | | | | |
| N° de Dossier : | | | | | | | Profession : | | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | | | | | | Village : | | | | | | | | | | | |
| District : | | | | | | | Nom du chef de famille : | | | | | | | | | | | |
| Pays : | | | | | | | Nom du chef du village : | | | | | | | | | | | |
| Date de Naissance | | | | J : | M : | A : | Age : | | | | | | | | | | | |
| 2. Clinique | | | | | | | 3. Déplacements | | | | | | | | | | | |
| Signes et symptômes | | | | | | Date de début | | | . Liste et noms des localités visitées au cours des 2 dernières semaines | | | | | | | | | |
| | | | | | | O | N | I | | | | | | | | j | m | a |
| Ictère | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fièvre | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Céphalées | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vomissements | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saignement du nez | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Saignement des muqueuses bucales | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Yeux rouges | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Vomissement de sang (noir ou rouge) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Selles noires | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hématurie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Pétéchie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ecchymoses | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Courbature | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Douleurs au dos | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Douleurs aux articulations | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Douleurs musculaires | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Douleurs abdominales | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anorexie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oligurie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Choc | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Angine | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Décès inexplicables | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| EXAMENS DE LABORATOIRE | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1. Examen d'urines fait | | | | | | O | N | I | j | m | a | Observations | | | | | | |
| Protéinurie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hématurie | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Echantillon de sang collecté | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| HOSPITALISATION | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Patient a été hospitalisé | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Issue de la maladie : Rétablissement : /_ / Décès : /_ / Date du décès :/...../.....

FORMULAIRE D'ENQUETE DES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE
NOTIFICATION OBLIGATOIRE PRIERE DE REMPLIR CETTE FICHE POUR CHAQUE CAS

Numéro de notification officielle : EPID _____ Reçu le: ____/____/____
Pays Région/Prov. District Année Début Nu. du cas

IDENTIFICATION
 District: _____ Région/Province: _____ Nom de la formation sanitaire la plus proche: _____
 Adresse: _____ Village: _____ Ville: _____

Nom(s) du malade: _____ Père/Mère: _____
 Date de Naissance: ____/____/____ (si date de naissance inconnue) Age: _____ ans _____ mois Sexe: M=Masculin F=Féminin

NOTIFICATION/ENQUETE
 Cas notifié par: _____ Date de notification: ____/____/____ Date de l'enquête: ____/____/____

HOSPITALISATION
 Hospitalisé: 1=Oui 2=Non Date d'admission: ____/____/____
 Numéro d'hospitalisation: _____ Nom/Adresse de l'hôpital: _____

HISTOIRE DE LA MALADIE
 Date de début de la paralysie: ____/____/____
 Fièvre au début de la paralysie: Paralyse flasque et aiguë:
 Paralyse progressive 0-3 jours: Asymétrique:
1=Oui ; 2=Non ; 9=Inconnu 1=Oui ; 2=Non ; 9=Inconnu

PRESENQUETE, ETAIT-CE REELLEMENT UN CAS DE PFA ? 1=Oui 2=Non Si Non, ne pas remplir le reste du formulaire et marquer 6 pour la classification finale

ANTECEDENTS VACCINAUX
 Nombre total de doses de VPO: _____ Doses de VPO: _____
99=inconnu : 1er ____/____/____ 2ème ____/____/____ 3ème ____/____/____ 4ème ____/____/____

RELEVEMENT DES ECHANTILLONS DE SELLES
 Date 1er échantillon: ____/____/____ Date 2ème échantillon: ____/____/____ Date d'expédition des selles vers le niveau Central: ____/____/____
 Date de réception des selles au niveau central: ____/____/____ Date d'expédition des selles vers le labo inter pays/national: ____/____/____

RÉSULTATS DE L'ANALYSE DES ECHANTILLONS DE SELLES
 Date de réception des selles au labo inter pays/national: ____/____/____ Etat des selles à la réception au labo: 1=Adéquat 2= inadéquat
 Date résultat culture cellulaire: ____/____/____ Date d'expédition des résultats, au PEV national: ____/____/____
 Date d'expédition de Labo inter pays/national au labo régional: ____/____/____ Date d'expédition des résultats de la diff. I-T au PEV: ____/____/____ Date de réception des résultats de la diff. I-T au PEV: ____/____/____
Résultats Culture Cellulaire
 1-Suspect Polio 2-Négatif 3-NPENT 4-Suspect Polio + NPENT
 W1 W2 W3 VDPV V1 V2 V3 (R)Ent-NP NEV
1=0 ; 2=N 1=0 ; 2=N 1=0 ; 2=N Type 1,2,3 1=0 ; 2=N 1=0 ; 2=N
 4=Négatif

EXAMEN DE SUIVI
 Date d'examen de suivi: ____/____/____ Paralysie résiduelle? Observation au 60ème jour:
1= Paralysie résiduelle 2=Pas de paralysie résiduelle 3= Perdu de vue 4= Décès avant le suivi

CLASSIFICATION FINALE DU CAS
 1=Polio confirmé 2=Compatible 3=Exclu 6= Pas de PFA

ENQUETEUR
 Nom: _____ Titre: _____
 Unité: _____ Adresse: _____ Tel: _____

**DIRECTION DE COORDINATION DU
PROGRAMME ELARGI DE VACCINATION**

**FICHE DE RENSEIGNEMENT
POUR L'INVESTIGATION D'UN CAS DE PVS**

I- Identité du cas

Nom et prénom :

Age et/ou date de naissance : Sexe : M / __ / F / __ /

Nom et prénom de la mère :

L'âge et/ou date de naissance de la mère :

Nom et prénom du père :

L'âge et/ou date de naissance du père :

Nationalité : ivoirienne / __ / étrangère / __ /

Si étranger préciser le pays d'origine / _____ /

Si étranger préciser l'année d'arrivée en Côte d'Ivoire / _____ /

Religion : Christianisme / __ / Musulman / ____ / Animiste / __ /

Autres à préciser / _____ /

Lieu de résidence permanent ou habituel de l'enfant :

Nom du quartier ou village :

Contact des parents :

Père ou mère : / __ /

Autres, préciser : / _____ /

II- Histoire de la maladie

Date de début de la maladie / _____ /

Signe de début de la maladie : fièvre / __ / céphalées / __ / vomissements / __ /

Diarrhée / __ /

Autres signes à préciser :

Paralysie (PFA)

Date d'apparition :

Mode d'apparition de la paralysie (PFA) : progressive (≥ 3 jrs) /__/

brutale (< 3 jrs) /__/

Localisation de la paralysie :

- bras droit : oui /__/ non /__/
- bras gauche oui /__/ non /__/
- pieds droit oui /__/ non /__/
- pieds gauche oui /__/ non /__/

Type de la paralysie : flasque /__/ rigide /__/

Évolution de la paralysie : régressive /__/ progressive /__/ stagnante /__/

Actions prises et traitement reçus :

III- Migration et itinéraire du malade

III-1 Retracer l'itinéraire du malade trois semaines avant et trois semaines après le début de la paralysie

Avez-vous voyagé 3 semaines avant le début de la paralysie : oui /__/ non /__/

Si oui, citer les localités visitées :

Depuis l'installation de la paralysie, avez-vous voyagé : oui /__/ non /__/

Si oui, citer les localités visitées :

III-2 Faire le point des éventuelles visites reçues par la famille

Avez-vous reçu de la visite 3 semaines avant le début de la paralysie :

Oui /__/ non /__/

Si oui, y avait il un malade parmi les visiteurs : oui /__/ non /__/

Si oui, quel était la nature de cette maladie : PFA oui /__/ non /__/

Autres à préciser :

Avez-vous reçu de la visite depuis l'installation de la paralysie : oui /__/ non /__/

De quelles localités viennent-ils ?

Où sont-ils partis ?

NB : se rendre dans l'ensemble des localités visitées par le patient après le début de la paralysie.

IV- Recherche active des cas

Dans les localités visitées, il faut faire la recherche active des cas de PFA. Préciser le nombre de cas de PFA.

Y a-t-il d'autres cas de PFA :

- Dans la concession/quartier/village : oui /__ / non /__ /
- Si oui préciser le nombre /__ /
- Chez le guérisseur ou tradipraticien ou centre de prière : oui /__ / non /__ / si oui préciser le nombre /__ /

NB : devant tout cas de PFA, remplir une fiche de notification et faire les prélèvements (Deux prélèvements en 24-48 heures d'intervalle)

V- Revue des registres

Y a-t-il d'autres cas :

- **Dans le centre de santé du village** : oui /__ / non /__ /

Si oui préciser le nombre /__ /

- **Dans l'hôpital du District** : oui /__ / non /__ /

Si oui préciser le nombre /__ /

VI- Antécédents médicaux personnels

L'enfant a-t-il été malade ses derniers temps : oui /__ / non /__ /

Si oui, de quelle maladie souffrait-il :

L'enfant a-t-il été hospitalisé ses derniers temps : oui /__ / non /__ /

Si oui, de quelle maladie :

VII- Statut vaccinal du cas

Prendre le carnet et remplir ce tableau

| Type de vaccine | Date de vaccination | Lieu de vaccination | de | Numéro du lot |
|-----------------|---------------------|---------------------|----|---------------|
| Polio | 0 | | | |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| DTC hepB | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |

| | | | | |
|--------------|--------------|--|--|--|
| Rougeole | | | | |
| Fièvre jaune | | | | |
| BCG | | | | |
| Autres | Hib | | | |
| | Méningite AC | | | |
| | ROR | | | |
| | Pneumo 23 | | | |

L'enfant a-t-il reçu des doses de vaccins contre la polio au cours des JNV polio :

2004 : oui / / non / /

2005 : oui / / non / /

2006 : oui / / non / /

2009 : oui / / non / /

2010 : oui / / non / /

2011 : oui / / non / /

VIII- Antécédents médicaux de la fratrie et statut vaccinal

Nombre de frères :

Nombre de sœurs :

NB : Préciser le statut vaccinal de chaque enfant pour chaque antigène

Prendre le carnet pour renseigner le statut vaccinal de chaque enfant

IX- Examen clinique du cas

Examen général :

- état général :
- état nutritionnel :
- Présence de boiterie :

Examen neurologique :

- Description de la paralysie
 - Topographie de la paralysie : bras droit / / bras gauche / /
pieds droit / / pieds gauche / /
 - Description en position debout :
- Description du membre atteint : Présence d'une amyotrophie :

Autres anomalies à préciser :

X- conditions socio-économiques

Est ce que l'enfant vit avec ses parents : oui /__/ non /__/

Si non, avec qui l'enfant vit-il :

Décrire l'habitation :

Existe-il de l'eau courante : oui /__/ non /__/

Si non, préciser le type d'alimentation en eau de boisson :

Quel est le mode de stockage de l'eau de boisson :

- barrique : oui /__/ non /__/
- seau en plastique : oui /__/ non /__/
- canaris : oui /__/ non /__/
- autre à préciser :

Quel est le mode d'élimination des excréta du cas :

Y a-t-il des latrines dans la cour : oui /__/ non /__/

Si non préciser le mode d'évacuation des excréta :

Distance entre les latrines et la source d'eau :

Description des latrines :

Existence de système d'évacuation des eaux usées oui /__/ non /__/

XI- Actions à entreprendre

XI-1 Sensibiliser l'ECD : à faire une surveillance active dans la localité du cas ainsi que dans les localités visitées par le patient et dans tous les sites prioritaires.

XI-2 Sensibiliser la population /du chef de village/ leaders communautaires (message) :

La polio est une maladie grave, contagieuse qui a les mêmes signes que d'autres maladies telles que le paludisme. Le virus est présent dans les selles des personnes infectées. Elle s'attrape par le manque d'hygiène des mains et des aliments.

On peut l'éviter par :

- La vaccination : toutes les mères doivent envoyer leur enfant aux séances de vaccination du centre de santé et chaque fois qu'il ya une campagne pour renforcer leur immunité.
- Les mesures d'hygiène à savoir le lavage des mains après avoir fait les selles et avant de manger, la consommation d'eau potable, la propreté des récipients utilisés pour le stockage de l'eau de boisson.

ENQUETE SUR EPIDEMIE DE DIARRHEE

Semaine n° du/...../20 au/...../20

District :Etablissement :

Date d'admission: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_| Numéro d'identification: |_|_|_|

Contact téléphone:

Identification du patient

1 - Nom : Prénoms :

2 - Sexe : Masculin Féminin

3 - Age :

4 - Profession :

5 - Résidence :Village :Quartier :

6 - Nationalité :

Signes cliniques

7 - Diarrhée : oui non8 - Nombre de selles par jour :

9 - Aspect des selles : liquide pâteux glaireux glairo-sanglant riziforme

10 – Prélèvement de selles réalisé : ouinon

11 - Vomissements : oui non Aspect :.....

12 – Déshydratation :oui nonPlan : A B C

13 - Fièvre : Oui Non 14 - Douleurs abdominales : Oui Non

15 - Date de début des signes: |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|

16 - Avez vous consulté un agent de santé ? Oui Non

Si oui, où ?

Traitement reçu : Antibiotique :préciser.....

Solution de sel et sucre, fait maisonMédecine traditionnelle Autre :

Facteurs de risques épidémiologiques

17 - Lavez – vous vos mains avec du savon avant de manger ? Oui Non

18 - Lavez – vous vos mains avec du savon après les selles ?Oui Non

19 -Où allez-vous à la selle ?Latrine intérieure Latrine extérieure privée et couverte Latrine extérieure couverte et publiquelatrine à ciel ouvert plein air WC lagune enfouissement Autre

20 - Quelle eau consommez-vous ?

Pompe publique Eau courante à la maison/cour Puits peu profond Rivière/ruisseau / Lac

Sachet d'eau Eau embouteillée Autres Préciser:

21 - L'eau de boisson est-elle traitée ? Oui Non Inconnu

Si oui par quelle(s) méthode(s)? Bouillie Chlorée Filtrée Autres Préciser:

22 - Conservation de l'eau pour boire : Récipient ouvert Récipient fermé Eau courante,

pas besoin de Récipient Autre

23 - Quels aliments avez-vous consommé avant la diarrhée ? 1

2 3

Lieux: Domicile hors domicile Préciser:

24 -Le patient a-t-il eu un contact avec un cas suspect de choléra connu ? Oui Non Inconnu

Si oui préciser la localisation: Date(s) de l'exposition : ___/___/___ à ___/___/___

Nom et prénoms du cas suspect :

Code identifiant du cas (si connu):

Durant le contact, le cas suspect est-il: vivant Décédé Inconnu ?

25 - Le patient a-t-il participé à un enterrement 7 jours avant la maladie? Oui Non Inconnu

Si oui, nom du sujet décédé: Date(s) de la participation : ___/___/___ à ___/___/___
Si oui préciser la localité :

26 - Le patient a-t-il participé à un regroupement de masse ou à un événement 7 jours avant la maladie?

Oui Non Inconnu Si oui préciser la Localisation :

Date(s) de la participation: ___/___/___ à ___/___/___

27 - Le patient a-t-il été dans un marché ou un centre commercial dans les 7 jours avant la maladie? Oui Non

Inconnu Si oui préciser la Localisation: Date du déplacement : ___/___/___

28 - Le patient a-t-il effectué un voyage hors de son village / ville 7 jours avant la maladie? Oui Non Inconnu

Localité: Dates des voyages: De ___/___/___ à ___/___/___

Traitement reçu depuis l'admission

29 - Sels de réhydratation orale Antibiotiques préciser

Perfusion de Ringer Lactate

Date du dernier traitement reçu: ___/___/___

Evolution

30 - Patient renvoyé à la maison avec traitement

31 -Date d'hospitalisation si hospitalisé : ____/____/____

32 -Date de sortie si hospitalisé : ____/____/____

Statut actuel du malade:

33 -Vivant Décédé Inconnu

34 -Date du décès : ____/____/____

35 -Lieu du décès :

CommunautéVillage:

District:

Hôpital Nom:

District:

36 -Lieu de l'enterrement :

Communauté Village:

District:

| |
|--|
| <p><u>Nom Prénoms, contact,Fonction du personnel médical ayant réalisé l'enquête :</u></p> <p>.....</p> <p>.....</p> |
|--|

| |
|---|
| <p>FICHE D'ENQUETE DE LA MENINGITE CEREBRO-SPINALE</p> |
|---|

Semaine n°..... du/...../20 au/...../20

District : Etablissement Sanitaire :

Date d'admission : / ___/___/ - / ___/___/ - / ___/___/___/___/

Nom de l'enquêteur :

IDENTIFICATION

N° d'ordre / ___/___/___/___/

Date de l'enquête / ___/___/ - / ___/___/ - / ___/___/___/___/

RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Nom & Prénoms:.....

Quarter/Village.....

Age / ___/___/ (en année)

Date de Naissance / ___/___/ - / ___/___/ - / ___/___/___/___/

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Ivoirienne Autres à préciser

ANTECEDENTS

1 Séjour en zone endémique à moins d'1 mois : Oui Non

- Nombre de personnes vivant dans le même habitat / ___/___/
- Notion de contact avec un sujet atteint de méningite Purulente : Oui Non
- Notion de contact avec un sujet ayant séjourné en zone endémique : Oui Non

2 Affection ORL avant la pathologie actuelle

- Rhinite Oui Non
- Sinusite Oui Non
- Otite Oui Non

Si oui délai par rapport à la pathologie actuelle :mois

3 Traumatisme crânien Oui Non Si oui préciser le **délai** mois

4 Intervention chirurgicale : Oui Non

5 Antécédents de méningite purulente : Oui Non

Si oui, préciser la **date** : / ___/___/ - / ___/___/ - / ___/___/ et **germe** :

6 Statut vaccinal à jour Oui Non

- Antimeningococque A & C Oui Non Date ___/___/___ N° lot :
- Antimeningococque W135 Oui Non Date ___/___/___ N° lot :
- Pneumococque Oui Non Date ___/___/___ N° lot :
- Hémophilus Oui Non Date ___/___/___ N° lot :

PATHOLOGIE ACTUELLE

1 Syndrome infectieux

- Hyperthermie Oui Non
- Athralgie Oui Non

2 Syndrome méningé

- Céphalées Oui Non
- Vomissement Oui Non
- Constipation Oui Non
- Raideur de la nuque Oui Non
- Convulsions Oui Non
- Fontanelle bombée Oui Non
- Troubles de conscience Oui Non

3 Etude du LCR Oui Non

Aspect : Purulent Louche Clair Hémorragie Autres préciser :

Recherche d'Ag solubles Positif Négatif Non fait

Gram Positif Négatif Non fait

Culture Positif Négatif Non fait

Germe en causes Méningocoque A Méningocoque B Méningocoque C

Hémophilus Pneumocoque Méningocoque W 135

Autres, préciser

4. Traitement reçu depuis l'admission

Antibiotiques préciser

Date du dernier traitement reçu: ___/___/___

Autres préciser

5 Evolution Guéri sans séquelles Guéri avec séquelles Préciser :

Décédé Evadé

6 Evacué Oui Non si oui, préciser

ANNEXE 4C Check-list des fournitures de laboratoire nécessaires aux investigations

Pour l'observation des précautions de sécurité standard lors du prélèvement et de la manipulation des échantillons :

_____ Morceaux de savon en barre et eau de Javel aux postes d'hygiène

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stock de gants <input type="checkbox"/> Boites de sécurité pour l'enlèvement des fournitures et équipements contaminés | |
| Pour le prélèvement des échantillons destinés aux examens de laboratoire : | |
| Sang <input type="checkbox"/> Aiguilles stériles, différentes tailles <input type="checkbox"/> Seringues stériles <input type="checkbox"/> Récipients à vide <input type="checkbox"/> Tube à essai pour sérum <input type="checkbox"/> Désinfectant antiseptique pour la peau <input type="checkbox"/> Garrots <input type="checkbox"/> Tubes à bouchon à vis pour transport <input type="checkbox"/> Milieux de transport (Cary-Blair, Trans-Isolate) Frottis sanguins (paludisme) <input type="checkbox"/> Lancette stérile ou à usage unique <input type="checkbox"/> Lames et lamelles de verre <input type="checkbox"/> Boites de lames Echantillons respiratoires <input type="checkbox"/> Ecouvillons <input type="checkbox"/> Milieu de transport pour virus | Liquide céphalo-rachidien (LCR) <input type="checkbox"/> Anesthésique local <input type="checkbox"/> Aiguilles et seringues pour anesthésique <input type="checkbox"/> Désinfectant antiseptique pour la peau <input type="checkbox"/> Tubes à bouchon à vis et portoir <input type="checkbox"/> Boîte de lames pour microscope <input type="checkbox"/> Milieu de transport Trans-Isolate <input type="checkbox"/> Kit Latex <input type="checkbox"/> Coloration de Gram <input type="checkbox"/> Kit May Grunwald Giemsa Selles <input type="checkbox"/> Flacons pour prélèvement de selles <input type="checkbox"/> Ecouvillons rectaux <input type="checkbox"/> Milieu de transport Cary-Blair Peste <input type="checkbox"/> Kit pour coloration de Gram <input type="checkbox"/> Test de diagnostic rapide (dipstix AgF1) <input type="checkbox"/> Milieu de transport Cary-Blair |
| Si l'établissement sanitaire est équipé d'une centrifugeuse : <input type="checkbox"/> Pipette stérile et poire <input type="checkbox"/> Tube stérile en verre ou en plastique, ou flacon avec bouchon à vis | |
| Pou l'emballage et l'envoi des prélèvements : <input type="checkbox"/> Glacière avec paquets de glace ou fiole à vide <input type="checkbox"/> Ouate pour amortir les chocs pendant le transport <input type="checkbox"/> Etiquettes pour l'expédition au laboratoire <input type="checkbox"/> Etiquettes 'Conserver au réfrigérateur' à apposer sur l'emballage <input type="checkbox"/> Fiches par cas et listes descriptives servant de bordereau d'expédition | |

_____ Marqueurs pour indiquer sur les tubes le nom du patient et son numéro d'identification (si assigné par le district)

Équipement de protection individuelle (EPI) adapté (pour toutes les maladies à potentiel épidémique ou pandémique comme les fièvres hémorragiques virales, la grippe aviaire, etc.)

ANNEXE 4D : Liste des équipements de protection individuelle (EPI) recommandés

Les équipements de protection suivants devront être mis à la disposition de tout le personnel enquêtant sur un cas suspect de fièvre hémorragique virale ou de grippe aviaire. Ces équipements doivent être fournis par le niveau provincial. Voir l'Annexe 5A pour le reste du matériel dont on peut avoir besoin dans le cadre de la riposte à une suspicion d'épidémie.

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| Composition de l'EPI | Kit d'hygiène de l'OMS |
|-----------------------------|-------------------------------|

| | |
|--|---|
| 1 blouse chirurgicale | 100 blouses chirurgicales |
| 1 combinaison | 100 combinaisons |
| 1 coiffe | 100 coiffes |
| 2 paires de lunettes de protection | 50 paires de lunettes de protection |
| 1 paire de gants en caoutchouc | 100 paires |
| 1 masque N95 | 200 pièces |
| 1 surbottes | 0 |
| 1 boîte de 50 paires de gants d'examen | 800 paires de gants d'examen |
| 1 tablier en plastic réutilisable | 20 pièces |
| 1 paire de bottes en caoutchouc | 20 paires de bottes en caoutchouc |
| 1 pulvérisateur à main | 2 pulvérisateurs à main de 1,5 litre chacun |
| 1 pulvérisateur à dos | 1 pulvérisateur à dos de 10-12 litres |
| Conteneurs pour les prélèvements | |
| Rouleau de scotch | 3 rouleaux |
| Antibuée pour lunettes de protection | 3 bouteilles |
| Eau de Javel | |
| N.B : Il est possible d'acheter localement l'eau de Javel et les bottes en caoutchouc * Non essentiel | |

ANNEXE 4E :Comment réaliser l'examen des registres

1. Contexte

Le but de l'examen des registres consiste à rassembler les informations relatives aux cas admis dans la formation sanitaire pendant une période donnée. Les informations recueillies serviront à déterminer l'origine de l'épidémie ou de l'augmentation du nombre de cas.

On examinera :

- Les registres des services d'hospitalisation de **plus de dix lits**, en donnant la priorité aux établissements publics ;
- Les registres des grands hôpitaux de référence ou des hôpitaux universitaires dotés de services de pédiatrie, qui reçoivent les patients envoyés par les autres structures médicales ;
- Les registres des hôpitaux de proximité ou des établissements de soins desservant les zones reculées et les populations à haut risque (par exemple, groupes nomades ou réfugiés) ou des régions dépourvues de services de soins réguliers.

2. *Expliquer le but de l'examen au personnel de la formation sanitaire*

Expliquer aux cadres supérieurs de l'établissement l'objectif de cet examen des registres. Les informations recueillies vont aider le district et le centre de soins à déterminer l'action la plus appropriée pour limiter l'épidémie et empêcher l'apparition de nouveaux cas. Insister sur le fait que cette activité n'est pas destinée à évaluer la performance des agents de santé, mais à rassembler des informations.

3. *Organiser la procédure d'examen des registres*

Convenir d'une période pendant laquelle le personnel chargé des registres sera présent et disponible pour prêter son assistance ou répondre aux questions.

4. *Identifier les sources d'information*

Au cours de la visite, selon la maladie, affection ou événement prioritaire soumis à l'investigation, vérifier les registres hospitaliers des services de pédiatrie et de maladies infectieuses. Le registre hospitalier du service pédiatrique constitue une excellente source d'information, car il comporte la liste de tous les enfants admis dans cette unité. Les rapports récapitulatifs annuels ne sont pas toujours précis et les registres des services de consultation externe ne reprennent souvent que des diagnostics présomptifs.

Passer en revue le système et les procédures utilisés par les agents de santé pour noter dans les registres les informations concernant le diagnostic. Vérifier que les données nécessaires à l'investigation de cas suspects probables sont disponibles. Le registre doit au moins comporter les éléments suivants :

- nom et lieu de naissance du patient ;
- signes et symptômes ;
- date du début des symptômes et issue (par exemple, date de décès) ;
- état vaccinal, si la maladie le justifie.

Si la formation sanitaire n'a pas conservé un minimum d'informations, il faudra voir avec les cadres comment améliorer l'enregistrement des données.

5. *Effectuer l'examen des registres au jour et à l'heure fixés*

Il faut se rendre dans les services sélectionnés au moment convenu. Au cours de la visite, rechercher dans les registres les cas et les décès que l'on soupçonne imputables aux maladies prioritaires. Ces cas et décès devront répondre à la définition standardisée des cas suspects. Déterminer ensuite si les cas suspects ont fait l'objet d'une enquête et ont été notifiés conformément aux directives nationales.

6. *Reporter sur une liste descriptive les cas suspects détectés*

Enregistrer l'information concernant les cas suspects. Cette information sera utilisée lors des activités d'investigation de cas.

7. *Fournir un retour d'information au personnel de la formation sanitaire*

Examiner avec le directeur de l'établissement les résultats de l'examen des registres. Par la même occasion, étudier avec le personnel de la formation sanitaire tous les aspects de la prise en charge des patients atteints de la maladie concernée. Souligner l'importance de la notification immédiate et de l'investigation des cas comme outils de prévention pour les maladies et affections prioritaires.

8. *Notifier tous les cas suspects au niveau directement supérieur*

Notifier les cas suspects conformément aux procédures locales. Faire une enquête plus approfondie des cas, afin de déterminer quels sont les facteurs qui ont exposé les patients au risque de maladie ou d'affection. Elaborer une riposte appropriée au cas par cas.

SECTION 5

SE PRÉPARER À RIPOSTER AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS SANITAIRES

Cette section décrit comment :

- Créer un comité de district de gestion des urgences sanitaires
- Constituer une équipe de riposte rapide aux situations d'urgence au niveau du district
- Organiser un plan de préparation et de riposte aux épidémies
- Constituer des stocks de réserve de médicaments, de vaccins, de réactifs et de fournitures
- Cartographier les risques d'épidémie et autres événements sanitaires

Une urgence de santé publique, épidémie ou évènement sanitaire, exige une riposte immédiate. Le district doit donc être préparé à détecter et à répondre à une telle situation. C'est l'un de ses rôles essentiels. Pour cela, il faut avoir identifié les principaux membres du comité de gestion des urgences sanitaires, cartographié les ressources disponibles, estimé les fournitures nécessaires et se les être procurées. Si tout ceci a été fait à l'avance, le système de santé sera capable de réagir rapidement, effectivement et efficacement, pour éviter les décès et handicaps inutiles provoqués par les situations d'urgence.

Cette section décrit les différentes étapes pour organiser les activités de préparation dans le district qui doivent être mises en place dans le cadre du système de santé et qui pourront être guidées par un plan national de préparation. Ce dernier doit définir les rôles et responsabilités des comités de gestion des urgences sanitaires et des équipes de riposte rapide au niveau national, régional et du district. Le district suivra les directives nationales de préparation aux épidémies pour constituer ses stocks de réserve et organiser les autres activités.

5.1 Mettre en place un Comité départemental/communal de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaires (CDLEUS)

Les comités départementaux de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaires sont des démembrements du comité national de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaires (CNLEUS). Ils travaillent en étroite collaboration avec celui-ci, pour organiser et suivre la mise en place des plans de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaires. Les comités départementaux de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaires sont des comités de coordination constitués de personnels technique et non technique, issus du secteur de la santé et d'autres secteurs. Leur rôle consiste à développer et à superviser la mise en œuvre des stratégies de préparation, des plans d'intervention et des procédures pour faire face aux situations d'urgence.

5.1.1 Identifier les fonctions du comité départemental de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaires(CDLEUS)

Le CDLEUS de district doit se réunir pour établir un plan de préparation et de riposte aux situations d'urgence sur son district. Une fois ce plan établi, le comité doit le réviser régulièrement et le mettre à jour en fonction de l'évolution des techniques, des changements dans l'encadrement ou des variations épidémiologiques survenus dans le district.

Les principales fonctions du CDLEUS de district sont les suivantes :

- Elaborer pour le district un plan de préparation et de riposte à toutes les situations d'urgence potentielles, notamment les épidémies et autres événements ou risques sanitaires émergents.
- Etablir un plan de communication au niveau communautaire concernant l'échange d'informations avec les populations avant, pendant et après les urgences sanitaires. Ce plan doit présenter les modalités de diffusion au public et aux médias des informations relatives aux activités de préparation et de riposte. Il doit aussi comporter des activités de liaison et de coordination avec les partenaires appropriés des différents secteurs, notamment les points d'entrée et autres sites de notification concernés.
- Mobiliser les ressources pour la prévention et le contrôle des situations d'urgence, avec notamment la fourniture du matériel nécessaire à la riposte et à la communication. Prévoir un suivi de l'utilisation des ressources avant, pendant et après la situation d'urgence.
- Faciliter l'approvisionnement des stocks d'urgence dans le district.
- Renforcer les liens avec les personnes relais chargées de la surveillance au sein de la communauté, afin de garantir la circulation des informations permettant la détection précoce des événements sanitaires.
- Coordonner à l'intérieur du district les activités de cartographie des risques pour la population, et s'assurer que tous les sites de notification savent se servir des seuils pour notifier les épidémies ou les événements.
- Coordonner la formation du personnel de district, des établissements de soins et des agents de santé communautaires, à la préparation et à la riposte aux urgences.
- Prévoir régulièrement des exercices de simulation de riposte aux situations d'urgence, au niveau de la population et du district.
- Coordonner l'évaluation post-urgence et prévoir la communication des résultats aux populations affectées.

Rôles et responsabilités du comité national de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaire

- Suivre l'élaboration du plan national de lutte contre les épidémies
- Coordonner l'exécution du PNLE ;
- Déclarer l'épidémie sur information de la structure chargée du système d'alerte précoce ;
- Mobiliser les ressources visant la prévention et la lutte contre les épidémies
- Veiller à l'élaboration, la mise à jour, la diffusion des stratégies ainsi que l'utilisation des outils techniques de surveillance épidémiologique des maladies à potentiel épidémique ;
- Veiller à l'approvisionnement des laboratoires en équipement de base, réactifs courants et milieux de transport pour la confirmation de ces maladies ;
- Veiller à la disponibilité aux niveaux appropriés des stocks de sécurité en médicaments, vaccins, consommables divers et leur gestion efficace pour la riposte aux épidémies ;
- Coordonner les interventions de tous les partenaires impliqués dans la lutte contre les épidémies ;
- Définir et suivre la mise en œuvre des stratégies de communication, de plaidoyer et de mobilisation sociale en faveur de la lutte contre les épidémies ;
- Collaborer avec les autres pays et les institutions internationales à la lutte efficace contre les épidémies ;
- Assurer l'évaluation finale des activités de lutte contre toutes les épidémies et suivre les activités de riposte contre toute flambée épidémiologique, y compris la dissémination des informations au grand public et organes de la presse
- Contrôler l'utilisation des ressources (médicaments, vaccins, fournitures, désinfectants, les ressources logistiques et financiers)
- Coordonner les activités d'évaluation post épidémique

5.1.2 Identifier les membres du CDLEUS

Composition du comité départemental de lutte contre les épidémies au niveau du district

Membres issus du secteur public:

- Président : Préfet
- Vice président : Directeur Régional de la santé, Administrateur de

district ou son équivalent

- Secrétaire : Directeur départemental de la santé
- Les membres :
 - Le Directeur de l'hôpital général ou du centre hospitalier régional
 - Le médecin-chef de l'hôpital général ou du CHR
 - Les médecins-chefs des centres de santé urbain
 - Le chef d'antenne de la PSP
 - Le chef d'antenne de l'INHP
 - Les représentants des formations sanitaires urbains
 - Le représentant des tradipraticiens
 - Le représentant du conseil général
 - Le représentant de la municipalité
 - Le Directeur départemental de l'éducation
 - Les représentants de la police et de la gendarmerie
 - Les leaders communautaires
 - Les représentants des ONG actives au niveau départemental
 - Les responsables des radios de proximité
 - Le représentant départemental du Ministère en charge de la communication
 - Le représentant départemental du Ministère en charge de l'agriculture et des ressources animales

Membres issus des organisations non gouvernementales menant des activités sanitaires dans le district:

- Représentants des programmes de santé et des hôpitaux missionnaires.
- Représentants d'autres agences intervenant dans le district (par exemple la Croix Rouge, le Croissant, etc.)

Membres issus du secteur privé:

- Infirmier-administrateur ou responsable clinique d'un établissement privé : hôpital, clinique ou laboratoire
- Pharmaciens ou chimiste

Fonctionnement du Comité départemental/communal chargé de lutter contre les épidémies et autres urgences sanitaires

En période inter épidémique, la cellule de coordination de lutte contre les épidémies, les comités départementaux de lutte contre les épidémies et l'équipe d'Intervention Rapide se réunissent trimestriellement sur convocation de leur président ou responsable respectifs. La convocation est adressée par leur secrétariat au moins 15 jours avant la date de la réunion. Elle est accompagnée de l'ordre du jour et des documents y afférant.

En période épidémique, ils se réunissent au moins une fois par semaine. Ils peuvent se réunir en session extraordinaire sur convocation de leurs présidents ou leurs responsables respectifs

Rôle du Comité départemental/communal chargé de lutter contre les épidémies et autres urgences sanitaires

En période inter épidémique , le CDLEUS doit:

- pour examiner les tendances des maladies et les mises à jour des étapes de préparation adoptées par le district.
- Examiner le niveau de préparation au début de chaque saison épidémique (avant la période d'augmentation des cas de méningite, par exemple).
 1. s'assurer que les responsables es formations sanitaires du district connaissent et utilisent les protocoles recommandés de prise en charge des cas imputables à des maladies et affections prioritaires
 2. contrôler et mettre à jour les fournitures et ressources nécessaires pour la riposte aux maladies prioritaires en cas d'épidémie, en vérifiant notamment les aspects suivants:
 - Présence de personnel qualifié
 - Equipements et fournitures pour la prise en charge des cas
 - Ressources en matière de transport et communication
 - Fournitures pour la collecte et le transport des échantillons à des fins de confirmation
 - Fournitures pour l'administration des vaccins
 - Procédures d'acquisition de stocks de vaccins pour l'organisation d'une riposte vaccinale rapide dans une situation d'urgence.

- Création d'une ligne budgétaire pour assurer la riposte contre les épidémies
 3. vérifier régulièrement les stocks de fournitures d'urgence (tous les mois pour s'assurer qu'ils sont en quantité suffisante et prêts à l'emploi (secs, propres et date de péremption)
 4. s'assurer que le personnel compétent connaît la procédure à suivre pour obtenir une confirmation au laboratoire.
 5. s'assurer de la disponibilité du personnel chargé de la mobilisation sociale dans les zones à risques peu avant la saison épidémique
- Partager les conclusions et les recommandations issues de ces réunions avec les autorités nationales et régionales.
- Organiser des exercices/manoeuvres de simulation pour tester les plans d'action.

Lors de la riposte à une épidémie ou à une situation d'urgence, le CDLEUS doit :

- Se réunir dès que l'épidémie ou l'évènement est identifié.
- Evaluer les besoins et, si nécessaire, demander l'assistance du CGUS régional ou national et des équipes de riposte rapide.
- Se réunir quotidiennement au début de l'épidémie, puis chaque semaine pendant toute la durée de la riposte, ou selon les besoins.
- Etudier régulièrement les résultats de la riposte et prendre les mesures nécessaires pour améliorer les actions de lutte contre l'épidémie.
- Documenter les actions de riposte et en informer le niveau hiérarchique supérieur.

5.2 Constituer une équipe d'intervention rapide aux situations d'urgence au niveau du district

L'équipe d'intervention rapide est une équipe technique multidisciplinaire toujours disponible, prête à être rapidement mobilisée et déployée en cas d'urgences.

Dans le but de répondre promptement aux épidémies, on mettra en place une équipe d'intervention rapide au niveau du district. Cette équipe fournira un appui technique au CDLEUS. Les membres de l'équipe doivent:

- *être formés sur les mesures de préparation et de riposte aux épidémies*
- *Disposer de moyens logistiques adéquats (véhicules, kit de médicaments, «réactifs », fournitures, etc.)*

CDLEUS doit actualiser régulièrement la liste des membres de l'équipe d'intervention rapide.

Lors d'une saison non épidémique, les membres de l'équipe d'intervention rapide pourraient bénéficier des stages de mise à niveau ou de perfectionnement afin de renforcer leurs capacités. Ils doivent également appuyer la formation des agents de santé en matière de préparation et de riposte contre les épidémies dans toutes les formations sanitaires.

Composition de l'équipe d'intervention rapide de district

Parmi les membres de l'équipe (EIRD) doivent figurer les personnes suivantes:

- Un épidémiologiste ou un agent de santé publique (par exemple, le responsable de la lutte contre les maladies)
- Un technicien de laboratoire
- Un clinicien
- Un responsable de la santé environnementale
- Autres personnes en fonction de la disponibilité du personnel technique et de la particularité de la flambée (expert en risque chimique ou industriel par exemple).

5.2.2 Définir les rôles et responsabilités de l'équipe d'intervention rapide du district (EIRD)

- Enquêter sur les rumeurs, les épidémies notifiées et autres urgences de santé publique.
- Proposer des stratégies appropriées et des mesures de lutte, notamment des activités de communication autour des risques.
- Coordonner les actions de riposte rapide avec les partenaires et autres organismes.
- Initier la mise en œuvre des mesures de lutte proposées, notamment le renforcement des capacités.
- Préparer des rapports d'investigation détaillés.
- Participer à l'évaluation finale de la riposte.

5.3 Elaborer un plan de préparation et de riposte aux épidémies

L'objectif de ce plan consiste à renforcer la capacité du district à réagir rapidement, dès la détection d'une épidémie ou autre évènement sanitaire.

Ce plan doit :

- S'appuyer sur les évaluations des risques spécifiques au district et préciser les ressources disponibles dédiées à la préparation et à la riposte aux épidémies.
- Tenir compte des maladies à potentiel épidémique dans le district et les districts voisins.
- Donner des estimations concernant la population à risque pour les maladies à potentiel épidémique et autres urgences sanitaires.
- Indiquer clairement pour chaque épidémie suspectée quel est le laboratoire de référence chargé de la confirmation.
- Estimer les besoins en médicaments, vaccins et fournitures, pour chaque maladie à potentiel épidémique susceptible de survenir dans le district.
- Prévoir de tester le plan avant sa mise en œuvre.
- Inclure les procédures opérationnelles standardisées (POS) dans le plan de formation.

Composantes essentielles du plan de préparation et de riposte aux épidémies :

1. Désignation des comités de coordination
2. Epidémiologie et surveillance, notamment traitement des données
3. Définition des étapes de communication autour des risques, en particulier à travers la mobilisation sociale
4. Mesures d'intervention selon les stades de l'épidémie
5. Laboratoire : prélèvement, manipulation, transport et traitement des échantillons
6. Prise en charge des patients, traitement (antiviral, antimicrobien, décontamination, désinfection ou autres selon les besoins) et lutte contre l'infection
7. Traitements prophylactiques pré et post-exposition
8. Stratégies de vaccination
9. Mesures d'endiguement rapide et mesures supplémentaires en cas d'échec
10. Renforcement des capacités, englobant la formation, les réunions de sensibilisation et les exercices de simulation
11. Logistique, notamment listes de fournitures
12. Environnement, eau et assainissement
13. Suivi de l'épidémie ou de l'évènement

5.4 Constituer des stocks de réserve de médicaments, de vaccins, de réactifs et de fournitures

Les épidémies et autres urgences sanitaires exigent une mobilisation rapide des ressources (médicaments, vaccins et fournitures de laboratoire). Il est donc prudent d'établir et de pré positionner des stocks de matériels avant la survenue d'une urgence.

Suite à l'évaluation des risques sanitaires, les districts doivent installer des stocks de réserve de médicaments, de vaccins, de réactifs et de fournitures permettant une prise en charge rapide des premiers cas, sans attendre l'arrivée de l'aide des niveaux supérieurs. Ces stocks doivent être régulièrement et soigneusement contrôlés, afin d'éviter les gaspillages et l'arrivée à expiration des médicaments, vaccins, réactifs et fournitures. Les annexes en fin de section donnent des exemples d'outils permettant la gestion de ces stocks.

Le contenu des stocks de réserve dépend de la nature des maladies à potentiel épidémique dans le district et du risque d'épidémie. L'évaluation des risques va donc permettre de dresser une liste des matériels qui doivent être accumulés au niveau du district et de la population. On trouvera en Annexe 5A une proposition de liste.

5.4.1 Gérer les stocks destinés à la riposte aux épidémies

Entretenir un approvisionnement fiable en fournitures et en matériels permettant de faire face à une épidémie ou à un évènement sanitaire.

Utiliser une check-list comme celle proposée en Annexe 5B, afin de répertorier les stocks de fournitures utilisables lors de la riposte. Quand les fournitures sont déjà disponibles, déterminer si elles peuvent être réservées à la riposte. Si elles ne sont pas disponibles, adresser une demande d'approvisionnement au niveau central.

Périodiquement, par exemple tous les 4 mois, s'assurer que les fournitures sont sèches, propres et prêtes à être utilisées.

Pour estimer les fournitures nécessaires à la riposte, inventorier celles qui sont disponibles et se procurer celles qui manquent, il faut selon le niveau :

1. Dresser la liste des besoins pour les activités de surveillance, les analyses de laboratoire et la riposte aux maladies, affections et évènements prioritaires.
 - a. Formulaire
 - b. Fournitures et réactifs de laboratoire

- c. Matériels de prise en charge des patients et d'intervention sur le terrain
 2. Faire un inventaire et noter la quantité de chaque article disponible.
 3. Compléter et mettre à jour régulièrement une fiche d'état du stock pour chaque article.
 4. Vérifier les dates d'expiration, emballer, expédier, stocker et disposer les fournitures et les matériels conformément aux bonnes pratiques logistiques.
 5. Pour chaque article, définir la quantité minimale ou indispensable dont il faut disposer pour les activités d'investigation ou de riposte. Tenir compte des capacités logistiques et de l'épidémiologie pour définir ces quantités minimales.
 6. Contrôler l'état des stocks par rapport aux quantités minimales établies.
 7. Indiquer régulièrement l'état des stocks disponibles pour la SIMR.
- Un exemple de fiche SIMR de mouvements et d'état du stock figure en Annexe 5C.

5.5 Cartographier les risques d'épidémies et autres événements sanitaires

Les activités de préparation doivent être continues et régulièrement mises à jour. Elles englobent l'évaluation des risques susceptibles d'affecter la santé de la population (dans la zone géographique desservie par le district) et peuvent ainsi concerner les sources d'eau potable ou les méthodes de conservation des aliments. Régulièrement, une fois par an, par exemple, il faut évaluer les risques et enregistrer l'information sur une carte géographique. Il s'agit de renseignements utiles, eu égard aux fournitures, moyens de transport et autres ressources nécessaires à la riposte.

La cartographie des risques doit s'étendre à tous les risques de santé publique spécifiés par le RSI (2005), y compris les risques chimiques, zoonotiques, radiologiques et nucléaires.

ANNEXES À LA SECTION 5

- ANNEXE 5A** : Principales fournitures à stocker pour la riposte aux épidémies
- ANNEXE 5B** : Rapport de situation du stock
- ANNEXE 5C** : Fiche SIMR de mouvements et d'état du stock

ANNEXE 5A : Stock d'urgence de médicaments, vaccins, réactifs et matériel pour les maladies épidémiques sélectionnées

| Districts à risque d'épidémie d'Anthrax |
|--|
| <p><i>Médicaments</i> : Choisir un antibiotique dans la liste suivante :</p> <ul style="list-style-type: none">« pénicilline V,« benzylpénicilline« tétracycline« erythromycine <p><i>Désinfectant:</i></p> <ul style="list-style-type: none">«Formaldehyde 10 % <p><i>Matériels :</i></p> <ul style="list-style-type: none">«gants jetables«sacs pour les corps <p>N.B. l'équipe sanitaire du district doit collaborer avec les services vétérinaires</p> |
| Districts à risque d'épidémie de méningite due au méningocoque |
| <p><i>Médicaments</i> : chloramphénicol huile</p> <p>Vaccins : AC, ACW135</p> <p><i>Matériels :</i></p> <ul style="list-style-type: none">«seringues Autodestructrices«tubes stériles pour liquide CS«moyens de transport: trans-isolate«kit de latex«kit Gram pour entorse«kit May Grunwald Giemsa |

Districts à risque d'épidémie de Choléra

Liquides de réhydratation

- Sels de réhydratation orale
- Ringer lactate

Médicaments (tenir compte de la résistance médicamenteuse):

- doxycycline
- ciprofloxacine

Matériels:

- tubes nasogastriques 5.3 mm OD, 50 cm
- Tubes nasogastriques 2.7 mm OD, 38 cm
- Kits de Scalp-veine

Matériels:

- tasses
- Cuillère à café
- Seaux

Désinfectants:

- Grésyl
- Hypochlorure de Sodium ou hypochlorure de calcium

Matériels de laboratoire:

- Moyens de transport (Cary-Blair)
- Papier hygiénique
- Pots pour la selle

Districts à risque d'épidémie de peste

médicaments: Choisir un antibiotique dans la liste suivante

- Streptomycine
- tétracycline

Insecticides: Choisir un insecticide dans la liste suivante

- Permethrine
- Cyperméthrine
- Malathion

Rodenticides: Choisir un rodenticide dans la liste suivante

- Bromadione
- Brodifacom
- Matériel de Laboratoire
 - Kit pour entorse
 - Test rapide :dipstix (AgF1)
 - Moyen de transport Cary-Blair

Districts à risque d'épidémie de dysenterie bacillaire

Liquides de réhydratation

- Sels de réhydratation orale
- Ringer lactate

Médicaments (prendre en compte la résistance médicamenteuse)

- Acide Nalidixique
- Ciprofloxacine

Désinfectants

- Chlore 2 %

Matériel de Laboratoire

- Moyen de Transport (Cary-Blair)
- Pots pour la selle
- Papier hygiénique

Districts à risque d'épidémie de fièvre jaune

Liquides de réhydratation

- Sels de réhydratation orale
- Ringer lactate

Médicaments

- Paracétamol
- Diazépam

Vaccins:

- Vaccins contre la fièvre jaune

matériels

- Moustiquaires
- Matériel de laboratoire
 - • Aiguilles (différentes tailles)
 - • Tubes (vacutainers) pour le sérum
 - • Seringues

Districts à risque d'épidémie de fièvre hémorragique d'origine virale

Médicaments et désinfectants

- Antibiotiques (ribavirine)
- Médicaments et soins appropriés
- Ringer lactate
- Sels de réhydratation orale
- Décolorant

Habillement de protection

- Paires de bottes
- Gants (fins, épais)
- Robe extérieure
- Tablier en plastique
- Masque
- Couvre-tête
- Protection pour les yeux
- Moustiquaires
- Etc.

Equipements

- pulvérisateurs
- Draps en plastique pour matelas
- Matelas imperméables
- Lampe de tête
- Lampe à pétrole
- Sacs mortuaires
- Seaux et récipients
- Générateur électrique
- matériels de laboratoire
 - Aiguille (différentes tailles)
 - Seringues
 - Tubes (vacutainers) pour prélèvements sanguins
 - Antiseptique

ANNEXE 5C Fiche SIMR de mouvements et d'état du stock

| Fiche SIMR de mouvements et d'état du stock | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---------------|------------------------------|-------------------|------------|---------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------|--|--|----------------|------------------------|-----------------|-----------------------------|---------------|-----------------------------|-------------------------|
| Nom du laboratoire ou de l'entrepôt | Article (Nom) | Présentation (Unité d'achat) | Date d'expiration | Fabriquant | Numéro de lot | Localisation dans l'entrepôt | Bordereau de transport aérien | Numéro d'attribution | Frais de port et de préparation (dollars US) | Date de la transaction (Jour/Mois/Année) | Quantité reçue | Donneur ou fournisseur | Quantité sortie | Destination ou bénéficiaire | Etat du stock | Signature (nom et fonction) | Observations/ Remarques |
| | | | | | | | | | | | | | | | 0 | | Inventaire |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Utiliser une fiche par article et la remettre à jour après chaque transaction | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 6

RIPOSTER AUX ÉPIDÉMIES ET AUTRES ÉVÈNEMENTS SANITAIRES

Cette section décrit comment :

- Réunir le comité de gestion des urgences sanitaires du district et choisir le mode de riposte
- Mobiliser les équipes de riposte rapide
- Mener les activités de riposte
- Transmettre régulièrement des comptes-rendus de situation sur les épidémies et les événements
- Documenter la riposte

L'objectif de la stratégie SIMR consiste à mener des actions de santé publique en utilisant toutes les informations disponibles. Dès qu'une épidémie, une affection ou un évènement sanitaire est détecté, il faut mener une enquête afin de déterminer la cause du problème. Les résultats de l'investigation orienteront le choix de la riposte. La plupart des programmes de prévention et de lutte recommandent différentes actions de riposte : campagnes de vaccination quand il s'agit de maladies évitables par la vaccination, renforcement de l'aide alimentaire et des interventions nutritionnelles pour les enfants souffrant de malnutrition, administration de médicaments contre le paludisme, d'antibiotiques ou d'antiviraux, selon la maladie. Pour être efficaces, ces actions doivent être menées avec la participation de la communauté et comporter un volet éducatif. Dans certains cas, elles peuvent viser à modifier les comportements au niveau de la communauté. Quelle que soit la riposte recommandée, le rôle du district dans son choix et sa mise en œuvre est essentiel pour préserver la santé et le bien-être des communautés.

D'après le Règlement sanitaire international (RSI), les districts doivent être impliqués dans la riposte aux évènements sanitaires d'origine infectieuse, zoonotique, chimique ou nucléaire ainsi qu'aux évènements d'origine inconnue.

Cette section décrit les différentes étapes des interventions de riposte et donne des indications générales pour les actions immédiates en réponse aux principales causes de maladie, de décès et de handicap.

6.1 Réunir le comité départemental de lutte contre les épidémies et autres urgences sanitaires (CDLEUS)

Lorsqu'une épidémie ou un évènement est confirmé, le CDLEUS doit se réunir pour mettre en œuvre les activités de riposte. Il convient de suivre les étapes suivantes :

1. Notifier l'épidémie ou l'évènement au niveau supérieur, si cela n'a pas déjà été fait.
2. Communiquer en permanence avec le niveau qui coordonne les actions de riposte.
3. Demander le déblocage de fonds pour la riposte à l'épidémie ou à l'évènement.
4. Alerter les districts voisins sur l'épidémie. S'ils signalent une épidémie similaire, coordonner les activités de riposte avec eux.
5. Attribuer des responsabilités claires aux individus ou aux équipes pour chacune des activités de riposte.

6. Donner à l'équipe de riposte du district et au personnel de l'établissement de soins concerné, des indications ou une formation et leur procurer le matériel dont ils ont besoin et en quantité suffisante.
7. En collaboration avec le district, le niveau national évaluera si l'évènement est susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, à l'aide de l'instrument de décision du RSI.
8. Passer en revue les ressources disponibles, comme indiqué dans le plan de préparation. Déterminer s'il faut des ressources supplémentaires.
9. Mobiliser les moyens logistiques (voyage de l'équipe de riposte rapide, logement, communication, équipements essentiels)
10. Si l'on ne dispose pas localement du matériel et des produits nécessaires :
 - Contacter le niveau Régional ou central pour leur demander de faire appel à d'autres fournisseurs
 - Emprunter le matériel et les ressources nécessaires aux autres services, programmes ou ONG sur le secteur
 - Identifier des produits de substitution bon marché.

6.1.1 Choisir le mode de riposte approprié

Analyser les résultats de l'enquête et l'interprétation de l'analyse des données pour sélectionner les activités de riposte appropriées qui permettront d'endiguer les épidémies ou de régler les problèmes sanitaires confirmés.

Se référer à la Section 9 et aux directives nationales pour sélectionner les activités de riposte, qui comprennent :

- Des mesures éprouvées pour prévenir les décès et les handicaps évitables dus à des causes spécifiques.
- Un ensemble d'activités permettant de contrôler immédiatement le problème à court terme et de réduire le risque de persistance de la transmission, grâce à la prévention.
- La participation de la communauté, des établissements de soins et du personnel de district.

6.2 Mobiliser l'équipe d'intervention rapide du district (EIRD)

L'équipe d'intervention rapide doit être déjà identifiées lors des activités de préparation. Mobiliser cette équipe et s'assurer que sa composition correspond aux besoins techniques pour la

riposte. Se référer à la Section 5 de ce guide pour les recommandations concernant la composition des équipes d'intervention rapide, leur rôle et leurs responsabilités.

6.3 Mener les activités de riposte

Le déroulement de la riposte comporte des étapes opérationnelles pour la mise en œuvre des actions planifiées. Quelles que soient les causes spécifiques de l'épidémie ou de l'évènement, le succès de la riposte dépend de facteurs d'ordre général, comme la prise en charge des cas, la disponibilité des fournitures et la compétence du personnel de santé. Les facteurs communs aux activités de riposte comprennent les éléments suivants :

- Renforcement de la prise en charge des cas et des mesures de lutte contre l'infection
- Mise à niveau des compétences du personnel de santé
- Renforcement de la surveillance au cours des activités de riposte
- Information et éducation de la communauté
- Campagnes de vaccination
- Amélioration de l'accès à l'eau potable
- Amélioration de l'élimination des déchets humains
- Amélioration des pratiques de manipulation des aliments
- Réduction de l'exposition aux moustiques et autres vecteurs.
- Lutte contre les vecteurs
- Diffuser les directives techniques relatives à la riposte

6.3.1 Renforcer la prise en charge des cas et les mesures de lutte contre l'infection

Prendre des mesures pour aider à améliorer les pratiques cliniques dans le district. Voir les recommandations, en Annexe 6A, pour le traitement des cas durant une épidémie. Préparer les agents de santé à mener les actions de riposte.

- Vérifier, avec chacun des établissements de soins, si le personnel clinique connaît et utilise les protocoles recommandés pour la prise en charge des cas liés aux maladies épidémiques.
- S'assurer que les praticiens reçoivent bien les résultats du laboratoire, quand c'est nécessaire.
- En cas d'épidémie importante, demander aux Responsables des établissements sanitaires d'identifier un lieu permettant d'accueillir un nombre élevé de patients.
- Fournir des procédures opérationnelles standardisées (POS) comportant des directives de lutte contre les infections

- Instaurer des mesures visant à contrôler l'infection et à réduire les risques, par exemple :
 - Mettre en place un service d'isolement pour les maladies très contagieuses (Ebola, choléra, SRAS, etc ...)
 - S'assurer que le personnel sanitaire bénéficie des mesures de sécurité et de protection individuelle pour toutes les maladies infectieuses (tout particulièrement pour Ebola et le SRAS)
- Assurer la disponibilité des médicaments et des traitements nécessaires.

6.3.2 Mettre à niveau les compétences du personnel de santé

Donner au personnel de santé la possibilité de s'informer et de mettre à jour ses connaissances concernant les définitions de cas ou d'évènements, la prise en charge des cas, le processus de notification et les données à fournir. Il est essentiel que les membres de l'équipe d'intervention rapide disposent d'un équipement de protection individuel et connaissent les pratiques de lutte contre l'infection. Si certaines maladies ou affections particulières nécessitent une vaccination, vérifier que les membres de l'équipe d'intervention rapide sont à jour des vaccinations indiquées.

Pour mettre à niveau les compétences du personnel de soins et de l'équipe de riposte rapide :

1. Donner des indications claires et concises aux agents de santé participant aux actions de riposte.

2. Choisir les thèmes à traiter lors des sessions de formation. Mettre l'accent sur la prise en charge des patients souffrant de la maladie concernée, conformément aux recommandations spécifiques à cette maladie. D'autres thèmes peuvent être abordés en fonction du risque d'exposition, notamment :

- Intensification des précautions normales (utilisation d'eau propre, lavage des mains et élimination sécurisée des aiguilles)
- Mesures barrière et utilisation de vêtements de protection
- Précautions d'isolement
- Protocoles de traitement : administration de sels de réhydratation orale (SRO), l'utilisation de perfusions intraveineuses, ...
- Désinfection des surfaces, vêtements et équipements
- Sépulture sécurisée des cadavres.

3. Donner une formation :

- Orienter ou réorienter la formation des membres du comité de gestion des urgences sanitaires, de l'équipe de riposte rapide, du personnel de soins et de tout le personnel impliqué dans la gestion des situations d'urgence, en fonction de l'épidémie ou de l'évènement en cours.
- En situation d'urgence, on manque généralement de temps pour organiser une formation conventionnelle. On donnera donc une formation accélérée ~~sur le tas~~, en fonction des besoins, en s'assurant que le médecin ou le personnel infirmier chargé de la formation pourra suivre les stagiaires lors de la pratique.
- Evaluer la performance des participants et vérifier leurs compétences.

6.3.3 Renforcer la surveillance durant les activités de riposte

Lors de la riposte à une épidémie, il faut inciter le personnel de santé de tous les établissements de soins à rester vigilants et à renforcer la surveillance. Ainsi, les membres des équipes d'intervention rapide et du personnel de santé doivent :

- Rechercher si d'autres personnes ont contracté la maladie en question, les orienter vers l'établissement de soins ou les centres de traitement, ou, si nécessaire, prendre le patient en charge et placer la famille en quarantaine.
- Echanger les informations provenant du laboratoire.
- Mettre à jour les listes descriptives des cas, analyser les données en fonction du temps (courbe épidémique), des caractéristiques individuelles (âge et sexe) et du lieu (cartographie des cas).
- Surveiller l'efficacité des activités de riposte à l'épidémie.
- Transmettre un rapport quotidien durant toute l'épidémie.
- Rechercher activement les sujets contacts et assurer leur suivi, en conséquence.

6.3.4 Informer et éduquer la communauté

La communication sur les risques représente un des éléments essentiels de la gestion des événements sanitaires. Quand un risque réel ou potentiel menace la santé de la population, il se peut que les options de traitement soient limitées, que l'organisation d'interventions directes prenne du temps et que les ressources soient insuffisantes. Il est donc extrêmement important de donner des conseils et des directives permettant de gérer ce risque.

Maintenir le public informé pour apaiser ses craintes et encourager sa coopération dans le cadre des activités de riposte. Veiller à élaborer des messages éducatifs, destinés à la communauté, pour l'informer des symptômes permettant de reconnaître la maladie, de prévenir sa transmission

et de savoir à quel moment il faut aller consulter les services de soins. Ces activités de communication doivent débiter dès l'identification de l'épidémie ou du problème sanitaire.

Déterminer ce qu'il faut communiquer en se référant aux recommandations spécifiques aux maladies présentées à la Section 9. Veiller à inclure les informations suivantes:

1. *Signes et symptômes de la maladie*

Moyens de traitement de la maladie à domicile, si indiqué, et mode de préparation des solutions de produits désinfectants

Comportements préventifs faciles à appliquer et susceptibles d'empêcher la transmission de la maladie

Quand consulter l'établissement de soins pour un bilan et/ou un traitement

Recommandations concernant la vaccination, s'il y a lieu.

2. *Déterminer la manière de formuler le message.* On s'assurera que les messages :

Utilisent la terminologie locale

Sont culturellement appropriés

Sont clairs et concis

S'appuient sur les traditions locales

Prendent en compte les croyances relatives à la maladie.

On trouvera en Annexe 6F, à la fin de cette section, des exemples de messages éducatifs destinés à la communauté.

3. *Choisir des moyens de communication appropriés et disponibles dans le district.*

Par exemple :

Médias (radio, télévision, journaux)

Rencontres avec les personnels de santé, la communauté, les leaders d'opinion, les dirigeants religieux et politiques

Outils de communication et d'éducation (affiches, brochures)

Présentations multi-médias (films, vidéos ou diapositives commentées) sur les marchés, dans les centres de soins, les écoles, auprès des groupes de femmes, autres associations communautaires et organisations prestataires de services, et dans les centres religieux.

4. *Transmettre les messages d'éducation sanitaire aux groupes communautaires et aux organisations prestataires de services en leur demandant de les diffuser à l'occasion de leurs réunions.*

5. *Transmettre les messages d'éducation sanitaire aux responsables communautaires reconnus en leur demandant de les diffuser au sein de la communauté.*

6. Choisir un chargé de liaison communautaire, un point focal ou des membres du personnel de santé qui feront office de porte-parole auprès des médias. Dès que l'épidémie a été décelée:

Communiquer aux médias le nom du porte-parole et préciser que toutes les informations relatives à l'épidémie seront transmises par cette personne.

Diffuser l'information aux médias uniquement par l'intermédiaire du porte-parole pour que la communauté reçoive des informations claires et cohérentes.

7. Rencontrer régulièrement le porte-parole communautaire pour lui communiquer :

Les dernières informations concernant l'épidémie et les activités de riposte

Des messages sanitaires clairs et simples que les médias pourront reprendre tels quels des instructions claires quant à la nécessité de transmettre aux médias uniquement les informations et les messages d'éducation sanitaire provenant du comité de gestion des urgences sanitaires.

6.3.5 Mener une campagne de vaccination de masse

Collaborer avec le Directeur coordonnateur du PEVet le Directeur de l'institut national d'hygiène publique. Commencer à organiser la campagne de vaccination de masse le plus tôt possible compte tenu des long délais pour obtention et la distribution des vaccins.

Déterminer la population cible à vacciner, selon les résultats de l'investigation des cas et de l'enquête sur l'épidémie.

Se référer aux directives nationales concernant les recommandations spécifiques pour l'administration des vaccins.

Une fiche de travail intitulée 'Planifier une campagne de vaccination d'urgence' figure en Annexe 6C, à la fin de cette section.

Une autre fiche de travail intitulée 'Evaluer les stocks de vaccins' figure en Annexe 6D, à la fin de cette section. L'Annexe 6E décrit les pratiques vaccinales recommandées pour les campagnes de vaccination.

6.3.6 Améliorer l'accès à l'eau potable

Les récipients d'eau de boisson peuvent servir de vecteurs à la propagation des épidémies, notamment dans le cas du choléra, de la typhoïde, des maladies à *Shigella*, et des hépatites A et E. Vérifier que la communauté dispose d'un approvisionnement en eau potable pour la boisson et pour les autres usages. Le tableau ci-dessous présente les besoins quotidiens en eau par personne, en situation épidémique et non épidémique.

En période d'épidémie, en particulier lors des épidémies de maladies diarrhéiques, les quantités d'eau nécessaires sont beaucoup plus importantes.

| Besoins quotidiens en eau par personne* | | |
|---|---------------------------------|--|
| | <i>Situation non épidémique</i> | <i>Lors d'une épidémie de maladie diarrhéique</i> |
| <i>A domicile</i> | 20 litres par jour | 50 litres |
| <i>Dans un établissement de soins</i> | 40 à 60 litres par jour | 50 litres dans les services d'hospitalisation 100 litres en chirurgie 10 litres en cuisine |

* Santé des réfugiés. Une approche des situations d'urgence. Médecins sans Frontières, 1997
MacMillan [en anglais]

Sources d'eau de boisson saine :

- Eau courante chlorée
- Eau chlorée par l'utilisateur
- Sources d'eau protégées (par exemple, puits fermés avec un couvercle, eau de pluie collectée dans un récipient propre)
- Eau bouillie provenant d'une source fiable.

Si, pendant une situation d'urgence, aucune source d'eau potable n'est disponible localement, il peut être nécessaire de faire venir de l'eau de l'extérieur.

Pour s'assurer que les familles *disposent à domicile d'une eau de boisson saine*, (même si la source est fiable) :

- Eduquer la communauté sur la façon de conserver l'eau de boisson à domicile dans des conditions sécurisées. On trouvera en Annexe 6F des exemples de messages de prévention à l'adresse de la communauté et des indications sur la conservation et la purification de l'eau à domicile ;
- Donner des récipients conçus pour prévenir la contamination de l'eau, notamment des pots à bec étroit dans lesquels il est impossible d'introduire la main.
- Il faut que les points d'élimination des déchets et excréments soient éloignés de la source d'eau (au moins 30 mètres).

6.3.7 Assurer l'élimination sécurisée des déchets potentiellement infectieux

Il faut s'assurer que les déchets biologiques d'origine humaine sont éliminés de façon sécurisée, pour éviter tout risque d'infection secondaire. Il faut pour cela :

- Affecter des équipes à l'inspection des équipements sanitaires. Les pratiques d'élimination sécurisée consistent à utiliser des latrines ou à enfouir les excréments dans le sol à une distance de plus de 30 mètres de la source d'eau.
- Informer la communauté s'il s'avère que les pratiques utilisées comportent des risques, et faire construire des latrines adaptées aux conditions locales, avec la coopération de la communauté.
- Mener des activités d'éducation sur l'hygiène.

6.3.8 Améliorer les pratiques de manipulation des aliments

On s'assurera qu'à domicile, dans les restaurants, sur les marchés et dans les usines, les aliments sont manipulés conformément aux règles d'hygiène. Se reporter aux normes et procédures nationales pour la manipulation et la transformation des aliments.

Pour assurer une bonne hygiène alimentaire, il convient de prendre les mesures suivantes :

- Organiser des sessions d'éducation sur les pratiques d'hygiène alimentaire à l'intention du grand public et des acteurs de l'industrie alimentaire.
- Inspecter les restaurants, les marchands ambulants, les usines de conditionnement, etc., pour évaluer les pratiques de manipulation des aliments, en attachant une attention particulière à l'hygiène, notamment le lavage des mains, la propreté et le respect des normes nationales.
- Fermer les restaurants, les marchés ou les usines, si l'inspection révèle des pratiques non sécurisées de manipulation des aliments.
- Si nécessaire, renforcer les contrôles nationaux.

6.3.9 Réduire l'exposition aux risques infectieux ou environnementaux

Prendre des mesures pour réduire l'exposition aux risques ou aux facteurs contribuant à l'épidémie ou à l'évènement. Il peut s'agir d'agents chimiques, physiques ou biologiques. Par exemple l'exposition aux métaux lourds (le plomb, amiante...) associée à la profession ou à une pollution industrielle nécessitera une coordination entre de nombreux

ministères et partenaires. L'éducation et les actions visant à modifier les habitudes peuvent aider la communauté à adopter des comportements permettant de limiter l'exposition aux produits chimiques et autres risques.

Pour les maladies à transmission vectorielle, travailler avec des experts pour identifier les interventions permettant de réduire l'exposition au vecteur. Dans le cas du paludisme transmis par les moustiques, travailler avec des entomologistes et avec le programme de lutte contre le paludisme pour :

- Mettre en place un programme de distribution de moustiquaires imprégnées d'insecticide.
- Organiser un programme d'éducation sur l'utilisation correcte des moustiquaires et la manière d'éviter les piqûres de moustique entre le crépuscule et l'aube.
- Promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées ou autres produits imprégnés d'insecticide (couvertures, vêtements, draps, rideaux, etc.) disponibles localement.

Promouvoir la prévention des *maladies transmises par les rongeurs* en aidant les habitants du district à réduire l'exposition à ces animaux qui peuvent, par exemple, transmettre le virus responsable de la fièvre de Lassa ou être infestés de puces porteuses de la peste. Travailler avec le responsable de la lutte anti-vectorielle du district pour inciter la communauté:

- A éviter tout contact avec l'urine, le sang, la salive et autres sécrétions des rongeurs.
- A couvrir les aliments et l'eau conservés à domicile, de sorte que les rongeurs ne puissent y avoir accès
- A garder la maison et la cuisine propres et en ordre pour éviter que les rongeurs ne viennent y nicher.
- A utiliser de façon appropriée des produits chimiques (insecticides, rodenticides, larvicides, etc.) et des pièges, en fonction des conditions environnementales et entomologiques.

6.3.10 Assurer la logistique et l'approvisionnement en matériels nécessaires à la riposte

Fournir aux équipes ce dont elles ont besoin pour mener les actions de riposte. Tout au long de l'épidémie, contrôler l'efficacité du système logistique et d'approvisionnement. Vérifier par exemple l'organisation des transports, la fiabilité des communications entre les équipes et procurer, s'il le faut les équipements et autres outils qui pourraient manquer, par exemple des cartes de recharge téléphoniques.

6.4 Transmettre régulièrement des comptes-rendus de situation sur les épidémies et les évènements

Transmettre régulièrement des rapports sur les progrès de la riposte à l'épidémie (se référer à l'Annexe 6G). Transmettre aux communautés et aux établissements de soins concernés les informations fournies par le comité départemental de lutte contre les épidémies et urgences sanitaires. Lors des mises à jour de la situation :

- Fournir des informations détaillées sur les activités de riposte, notamment les dates, lieux et personnes impliquées dans chacune des activités. Inclure également dans le rapport la courbe épidémique, la carte détaillée des cas, le tableau des analyses individuelles et la liste descriptive des cas.
- Signaler les changements par rapport au compte-rendu de situation précédent.
- Indiquer les modifications qui pourraient améliorer la riposte aux épidémies. Suggérer, par exemple, une modification de la stratégie de vaccination pour augmenter son efficacité ; ou une modification des procédures d'acheminement des prélèvements, pour qu'ils arrivent plus vite et en bon état au laboratoire de référence.

Les comptes-rendus de situation jouent un rôle important dans le suivi de la riposte et l'élaboration du rapport final. Un modèle de rédaction est proposé en Annexe 7A, Section 7. .

6.5 Documenter la riposte

A la fin de la riposte, le CDLEUS doit :

- Constituer un dossier rassemblant tous les documents, y compris les compte rendus des réunions, les rapports d'activité et le rapport final de la gestion et d'évaluation de l'épidémie ;
- Préparer une page de garde listant tous les documents mentionnés ci-dessus.

Ce dossier constituera une source de données essentielle pour évaluer la riposte.

ANNEXES À LA SECTION 6

- ANNEXE 6A** : Traiter les patients pendant l'épidémie
- ANNEXE 6B** : Préparer des solutions désinfectantes à partir de produits ménagers usuels
- ANNEXE 6C** : Planifier une campagne de vaccination d'urgence
- ANNEXE 6D** : Evaluer les stocks de vaccins
- ANNEXE 6E** : Pratiques de vaccination recommandées
- ANNEXE 6F** : Modèles de messages éducatifs à l'intention de la communauté
- Lavage des mains
 - Manipulation sécurisée des aliments
 - Elimination sécurisée des déchets d'origine humaine
 - Salubrité et conservation de l'eau de boisson
 - Pratiques funéraires sécurisées
 - Réduire l'exposition aux moustiques
- ANNEXE 6G** : Communication en période d'épidémie

Annexe 6A Traiter les patients pendant l'épidémie

Utiliser les médicaments et traitements appropriés pour soigner les patients lors d'une épidémie. Ci-dessous figurent les traitements recommandés pour les épidémies de :

Choléra
Dysenterie
Rougeole
Méningite bactérienne

1. Traitement du choléra en situation épidémique

D'après: *WHO guidelines for management of the patient with cholera*, WHO/CDD/SER/91.15

Traitement de la diarrhée: manuel à l'usage des médecins et autres personnels de santé qualifiés. Genève: Organisation mondiale de la Santé; 1995. WHO/CDR/95.3

<http://www.izincg.org/publications/files/WHODiarrheaTreatmentFRENCH.pdf>

et

<http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jwhozip29f/7.html#Jwhozip29f.7.1>

1. Evaluer le niveau de déshydratation du patient. Voir le guide d'évaluation ci-dessous.
2. Donner des liquides selon le plan de traitement approprié (voir plus loin).
3. Recueillir des échantillons de selles chez les cinq premiers cas présumés de choléra.
4. Donner un antibiotique par voie orale aux patients qui présentent une déshydratation sévère.

| Evaluer le niveau de déshydratation du patient | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Evaluer l'état général du patient. Est-il léthargique ou inconscient ? agité et irritable ?• A-t-il les yeux enfoncés ?• Offrir à boire au patient. Est-il : incapable de boire, ou boit-il difficilement, boit-il avec avidité, a-t-il soif ?• Pincer la peau de l'abdomen du patient. Revient-elle en place très lentement (plus de 2 secondes) ? Ou lentement ? | |
| Déterminer si le patient souffre ou non de déshydratation, sévère ou modérée, et lui donner des liquides selon le plan de traitement | |
| Si deux des signes suivants sont présents : | |
| <ul style="list-style-type: none">• Léthargie ou inconscience• Yeux enfoncés• Incapacité ou difficulté à boire• Retour très lent de la peau après pincement | DESHYDRATATION SEVERE * Administrer des liquides de réhydratation (Plan C) |
| * Chez les adultes et les enfants de plus de 5 ans, l'absence de pouls radial et l'hypotension sont des signes supplémentaires de déshydratation sévère | |
| Si deux des signes suivants sont présents : | DESHYDRATATION MODEREE |
| <ul style="list-style-type: none">• Agitation, irritabilité• Yeux enfoncés• Boit avec avidité, soif intense• Retour lent de la peau après pincement | Administrer des liquides de réhydratation (Plan B) |

| Evaluer le niveau de déshydratation du patient | |
|--|--|
| S'il n'y a pas suffisamment de signes pour classer le patient dans la catégorie déshydratation modérée ou sévère | PAS DE DESHYDRATATION Donner à boire et à manger pour traiter la diarrhée à domicile (Plan A) |

| Antibiotiques recommandés pour le traitement de patients atteints de choléra avec déshydratation sévère | | |
|--|----------------|---------------------|
| Antibiotique | Enfants | Adultes |
| Doxycycline Une seule dose | – | 300 mg |
| Tétracycline 4 fois par jour pendant 3 jours | 12,5 mg par kg | 500 mg |
| Ceftriaxone injectable (chez la femme enceinte) une seule dose | 100 mg par kg | 1g |
| Furazolidone 4 fois par jour pendant 3 jours | 1,25 mg par kg | 100 mg ³ |
| Ciprofloxacine Deux fois par jour pendant 3 jours | 50 mg par kg | 500 mg |
| Erythromycine⁴ <u>Adultes</u> : 4 fois par jour pendant 3 jours <u>Enfants</u> : 3 fois par jour pendant 3 jours | 10 mg par kg | 250 mg |

- Si le patient vomit en buvant le liquide, attendre 10 minutes. Puis recommencer, mais plus lentement cette fois.
- Suivre le patient et le réhydrater jusqu'à ce que la diarrhée s'arrête.
- Quand le patient est prêt à quitter l'hôpital, lui expliquer comment traiter la diarrhée à domicile.
- Se référer au Guide technique de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pour traiter les enfants de moins de 5 ans, et au Guide technique national pour plus d'information sur le traitement de la diarrhée aqueuse aiguë et des cas de choléra confirmés.
- Eviter la tétracycline chez les enfants de moins de 8 ans.
-

Plan A : Traitement de la diarrhée à domicile

Si le patient ne présente aucun signe de déshydratation lors de l'examen, il peut-être traité à domicile. Donner suffisamment de sels de réhydratation orale (SRO) pour un traitement de 2 jours et expliquer comment prendre

la solution de SRO en suivant les indications figurant dans le tableau ci-dessous. Conseiller à la mère de faire beaucoup boire l'enfant, avec un complément en sels minéraux (zinc) et de continuer à le nourrir.

| AGE | Quantité de SRO à donner après chaque selle molle | Fournir suffisamment de sachets de SRO pour préparer |
|----------------|---|--|
| Jusqu'à 2 ans | 50 à 100 ml après chaque selle molle | 500 ml par jour |
| 2 à 10 ans | 100 à 200 ml après chaque selle molle | 1000 ml par jour |
| 10 ans et plus | A volonté | 2000 ml par jour |

Plan B : Traitement de la déshydratation modérée avec des SRO

Au dispensaire, donner la dose recommandée de SRO au cours des quatre premières heures. Déterminer la quantité en fonction du poids du patient. Se référer à l'âge du patient uniquement si l'on ne connaît pas son poids.

| <Déterminer la quantité de SRO à donner au cours des 4 premières heures | | | | | | |
|---|-----------------|---------------------|--------------------|------------------|-------------------|----------------|
| AGE ou POIDS | Moins de 4 mois | De 4 mois à 12 mois | De 12 mois à 2 ans | De 2 ans à 5 ans | De 5 ans à 14 ans | 15 ans ou plus |
| Poids en kg | <6 kg | 6 - <10 kg | 10 - <12 kg | 12 - <19 kg | 19 - 30 kg | 30 kg et plus |
| Quantité de SRO à donner | 200 – 400 ml | 400 - 700 ml | 700- 900 ml | 900 -400 ml | 1400-2200 ml | 2200-4000 ml |

- Si le patient le demande, on peut lui donner plus de SRO que ce qui est indiqué.
- Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner également 100-200 ml d'eau potable pendant cette période.
- Faire boire dans une tasse, par petites gorgées.
- Si le patient vomit, attendre 10 minutes. Puis continuer à administrer les SRO, mais plus lentement.
- Pour les enfants nourris au sein, continuer à donner le sein chaque fois que l'enfant le demande.
- Aller voir le patient toutes les 1-2 heures pour s'assurer qu'il prend bien la dose de SRO prescrite et surveiller la perte de fluides. Réévaluer entièrement le niveau de déshydratation du patient au bout de 4 heures, et suivre le plan de traitement correspondant au degré de déshydratation.

Plan C : Traiter rapidement la déshydratation sévère

1. Commencer immédiatement la perfusion de liquide par voie intraveineuse. Si le patient est un enfant et s'il peut boire, donner des SRO par voie orale en attendant que la voie veineuse soit prête. Donner 100 ml par kg de solution Ringer lactate, répartis comme suit :

| Perfusion par voie intraveineuse (IV) : | | |
|---|--|---|
| | <i>D'abord :</i> | <i>Ensuite :</i> |
| Pour les adultes (et les patients âgés d'un an et plus) , administrer en IV 100 ml par kg en 3 heures comme indiqué : | Administrer d'abord 30 ml par kg aussi rapidement que possible, en moins de 30 minutes | Puis administrer 70 ml par kg en 2 heures et demi |
| Pour les enfants âgés de moins d'un an , administrer en IV 100 ml par kg en 6 heures comme indiqué : | Administrer d'abord 30 ml par kg en une heure* | Puis administrer 70 ml par kg en 5 heures |

* Répéter une fois si le pouls radial est toujours très faible ou non décelable après la première dose de 30 ml par kg

2. Réévaluer l'état du patient après la première perfusion de 30 ml par kg, et par la suite toutes les 1-2 heures. Si l'état de déshydratation ne s'améliore pas, accélérer la perfusion.
3. Donner aussi des SRO (à peu près 5 ml par kg et par heure) dès que le patient peut boire : généralement au bout de 3 à 4 heures pour les nourrissons jusqu'à un an, et au bout de 1 à 2 heures pour les patients plus âgés.
4. Réexaminer l'état du malade au bout de 6 heures (enfants de moins d'un an) ou de 3 heures (malades plus âgés). Evaluer la déshydratation puis choisir le plan approprié (A, B ou C) pour la poursuite du traitement.
5. Donner l'antibiotique recommandé dans le traitement des déshydrations sévères chez les malades atteints de choléra. (Voir le guide page suivante).
6. Donner au patient ou à sa mère des informations sur le traitement à domicile, avant qu'il ne quitte l'établissement de soins.
 - En cas de vomissement lors de la prise de SRO, attendre 10 minutes. Puis reprendre, mais plus lentement cette fois.
 - Continuer à donner le sein aux nourrissons.
 - Revenir au centre de soins dès l'apparition de l'un des signes suivants :
 - nombre croissant de selles liquides
 - difficulté à boire et à manger
 - soif importante
 - vomissements répétés
 - fièvre
 - sang dans les selles.

2. Donner un antibiotique oral approprié pour les épidémies de diarrhée sanglante à *Shigella dysenteriae* type 1.

D'après: *WHO Guidelines for the control of epidemics due to S. dysenteriae type 1, OMS Genève, 1995*

| | ACIDE NALIDIXIQUE ☒ Quatre fois par jour pendant 5 jours | CIPROFLOXACINE ☒ Deux fois par jour pendant 5 jours | COTRIMOXAZOLE (triméthoprim + sulfaméthoxazole) ☒ Deux fois par jour pendant 5 jours | | |
|--------------------|--|---|---|---|---|
| | | | COMPRIME ADULTE 80 mg triméthoprim e + 400 mg sulfamétho- xazole | COMPRIME PEDIATRIQUE 20 mg triméthoprim + 100 mg sulfamétho- xazole | SIROP 40 mg triméthoprim + 200 mg sulfamétho- xazole pour 5 ml |
| POIDS | COMPRIME 250 mg | COMPRIME 250 mg | | | |
| Dose enfant | | | | | |
| 3 - 5 kg | ¼ | ¼ | 1/4 | 2 | 5,0 ml |
| 6 - 9 kg | ½ | ½ | 1/2 | 2 | 5,0 ml |
| 10 - 14 kg | 1 | 1 | 1 | 3 | 7,5 ml |
| 15 - 19 kg | 1 | 1 | 1 | 3 | 7,5 ml |
| 20-29 kg | 2 | 2 | 1 | 6 | 15 ml |
| Dose adulte | COMPRIME 250 mg | COMPRIME 250 mg | COMPRIME 160 mg TMP +800 mg SMX | | |
| | 4 comprimés | 4 comprimés | 2 comprimés | | |

3. Donner de la vitamine A aux enfants atteints de rougeole

- Donner la première dose au centre de soins ou au dispensaire.
- Remettre une dose à la mère pour qu'elle l'administre à l'enfant le lendemain, au domicile.

D'après: *Guide OMS pour la préparation et la riposte aux flambées épidémiques de rougeole*. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1999 (document non publié WHO/CDS/CSR/ISR/99.1 ; disponible auprès de Maladies transmissibles : surveillance et action, Organisation mondiale de la Santé, 1211 Genève 27, Suisse).

| AGE | Capsules de Vitamine A | | |
|---------------------|------------------------|------------|------------|
| | 200 000 UI | 100 000 UI | 50 000 UI |
| Jusqu'à 6 mois | | ½ capsule | 1 capsule |
| De 6 mois à 12 mois | ½ capsule | 1 capsule | 2 capsule |
| De 12 mois à 5 ans | 1 capsule | 2 capsules | 4 capsules |

4. Donner l'antibiotique approprié aux patients atteints de méningite bactérienne lors d'une épidémie

- D'après *Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque. Guide pratique OMS, 2^{ème} Edition*. WHO/EMC/BAC/98.3. http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO_EM_C_BAC_98_3_FR/en/index.html
 1. Admission du patient dans l'établissement de soins pour le diagnostic et le traitement.
 2. Commencer immédiatement le traitement antibiotique. Le chloramphénicol huileux par voie intramusculaire est le traitement de choix lors des épidémies. Une seule dose est efficace. S'il n'est pas possible de pratiquer le traitement par voie injectable, donner de l'amoxicilline ou du cotrimoxazole par voie orale ou bien administrer l'antimicrobien recommandé par le Guide technique national pour le traitement de la méningite.
 3. L'isolement du malade n'est pas nécessaire. Donner un traitement symptomatique et simplifier la prise en charge des cas.

Autres antibiotiques recommandés pour le traitement de la méningite

| Antibiotique | Voie d'administration | Dosage adulte | Dosage enfant | Durée du traitement |
|-----------------------------|-----------------------|--|-----------------------|---------------------|
| Pénicilline G | IV | 3-4 MU par jour, toutes les 4-6 heures | 400 000 Unités par kg | 4 jours |
| Ampicilline ou Amoxicilline | IV | 2-3 g par jour, toutes les 6 heures | 250 mg par kg | 4 jours |
| Amoxicilline | Orale | 2-3 g, toutes les 6 heures | 250 mg par kg | 4 jours |
| Céfotaxime | IV | 2 g toutes les 6 heures | 250 mg par kg | 4 jours |
| Ceftriaxone | IV | 1-2 g sur 12-24 heures | 50-80 mg par kg | 4 jours |
| Ceftriaxone | IM | 1-2 g en une seule dose | 50-80 mg par kg | 1-2 jours |

ANNEX 6B usuels

Préparer des solutions désinfectantes à partir de produits ménagers

Dans le cadre de la riposte à une épidémie de maladie transmise par contact direct avec des liquides biologiques infectieux (sang, urine, selles, sperme, crachats), on peut utiliser un système peu coûteux à partir d'eau de javel.

Le tableau ci-dessous décrit comment préparer des solutions chlorées à 1:10 et 1:100 à partir d'eau de javel de et autres produits chlorés de ménage.

| Produit chloré à utiliser | Pour préparer une solution à 1:10 servant à désinfecter <i>- les excréments - les cadavres - les éclaboussures de liquides biologiques infectieux</i> | Pour préparer une solution à 1:100 servant à désinfecter: <i>- les mains gantées - les mains et la peau nues - les sols - les vêtements - les équipements - la literie</i> |
|--|--|---|
| Eau de javel à 5% de chlore actif | 1 litre d'eau de javel pour 10 litres d'eau | 100 ml pour 10 litres d'eau ou 1 litre de solution désinfectante à 1:10 pour 9 litres d'eau |
| Hypochlorite de calcium (HTH) en poudre ou en granulés (70% de chlore actif) | 7 grammes ou ½ cuillerée à soupe pour 1 litre d'eau | 7 grammes ou ½ cuillerée à soupe pour 10 litres d'eau |
| Eau de javel concentrée (30% de chlore actif) | 16 grammes ou 1 cuillerée à soupe pour 1 litre d'eau | 16 grammes ou 1 cuillerée à soupe pour 10 litres d'eau |

Pour désinfecter les vêtements:

- Désinfecter rapidement et à fond les effets personnels du patient et son environnement immédiat à l'aide de l'un des désinfectants suivants :
 - Poudre de chaux chlorée
 - Solution chlorée à 1%
 - Solution de phénol à 1-2%
- Désinfecter rapidement et à fond les vêtements du patient:
 - Faire bouillir ou laisser tremper dans une solution désinfectante
 - Laver les vêtements au savon et à l'eau
 - Laisser sécher au soleil
 - Laver les ustensiles à l'eau bouillante ou avec une solution désinfectante
 - Ne pas laver les articles contaminés dans les rivières ou les mares utilisées pour l'eau de boisson ou près d'un puits.

ANNEXE 6C Planifier une campagne de vaccination d'urgence

1. Préciser la population visée par l'activité de vaccination
2. Estimer :
 - les quantités nécessaires de vaccins et consommables d'injection (seringues, aiguilles stériles et boîtes de sécurité).
 - les ressources humaines (superviseurs, vaccinateurs, etc.)
 - les ressources logistiques (véhicules, motos, etc.)
3. Choisir les sites de vaccination et en informer les populations.
 - Identifier, en relation avec le coordonnateur du CPEV du district, les sites propices à la mise en œuvre de l'activité de vaccination.
 - Identifier les établissements sanitaires qui pourront prendre part à l'activité de vaccination.
 - Identifier, au besoin, une équipe mobile de vaccination.
 - Identifier les zones d'accès difficile et utiliser une équipe mobile de vaccination pour les atteindre.
 - Prendre rendez-vous avec les établissements sanitaires pour les vaccinations au niveau des sites.
4. Contacter le niveau central pour obtenir les vaccins. S'il n'y a pas de stock national de réserve, le président du comité national de lutte contre les épidémies (CNLEUS) demandera à l'OMS ou autres partenaires un approvisionnement d'urgence.
5. S'assurer que les capacités sont suffisantes pour stocker des quantités de vaccin supplémentaires.
6. Former les équipes de vaccinateurs. En stratégie fixe, pour 500 personnes à vacciner par équipe et par jour, on prévoira le personnel suivant:
 - 2 vaccinateurs pour effectuer les vaccinations
 - 1 personne chargée de l'enregistrement sur les cartes de vaccination
 - 1 personne pour vérifier l'âge et l'état vaccinal
 - 1 personne pour assurer l'ordre
7. **En collaboration avec le CPEV du district, organiser à l'intention des vaccinateurs des cours de recyclage sur les pratiques de vaccination recommandées. Voir l'Annexe 26 pour les pratiques recommandées. (Ceci est une étape préparatoire)**
8. Mobiliser la communauté. Informer le public de l'activité de vaccination d'urgence.

9. Organiser le transport jusqu'au site de vaccination.
 - Prévoir le transport de l'équipe jusqu'au site.
 - Réserver des véhicules, prévoir le carburant et autres frais
 - Evaluer le coût des per diem
 - Organiser l'hébergement si le site est situé en dehors du lieu d'affectation habituel de l'agent de santé
10. Rationaliser l'utilisation des vaccinations
11. Surveiller et prendre en charge tous les cas de manifestations adverses post immunisation (MAPI)

ANNEXE 6D

Evaluer les stocks de vaccins

Epidémie : _____ *Date de confirmation :* _____

Population cible :

- _____ enfants de 0 à 5 ans
- _____ enfants de 9 mois à 14 ans
- _____ enfants et adultes de 0 à 30 ans
- _____ femmes en âge de procréer ayant entre 15 et 45 ans
- _____ population générale, enfants et adultes

1. *Taille de la population cible à vacciner.* Si l'on ne veut vacciner qu'une partie de la population générale, estimer la taille cette population. Multiplier le nombre total d'habitants par le pourcentage d'enfants ou d'adultes dans la population cible. Si l'on ne connaît pas exactement la distribution par âge dans la zone géographique, on pourra utiliser les estimations suivantes :

| | | |
|---|---------------------------------------|-----|
| - | enfants de 0 à 5 ans | 20% |
| - | enfants de 9 mois à 14 ans | 45% |
| - | enfants et adultes de 0 à 30 ans | 70% |
| - | femmes en âge de procréer (15-45 ans) | 20% |

2. *Nombre de doses à administrer.* Déterminer le nombre de doses à administrer par personne et inscrire le chiffre sous la rubrique '*Nombre de doses recommandées*' ci-dessous.

3. *Pertes.* Prévoir 20% de pertes. Multiplier la taille de la population cible (étape 1) par le nombre de doses recommandées, puis par 1,20.

$$\frac{\text{Taille de la population cible}}{\text{Taille de la population cible}} \times \frac{\text{Nombre de doses recommandées}}{\text{Nombre de doses recommandées}} \times 1,20 = \frac{\text{Nombre de doses nécessaires, pertes comprises}}{\text{Nombre de doses nécessaires, pertes comprises}}$$

4. *Stock de réserve.* Prévoir un stock correspondant à 25% des besoins. Multiplier le nombre estimé de doses, pertes comprises, par 1,25 pour obtenir une estimation du nombre de doses nécessaires.

$$\frac{\text{Nombre de doses, pertes comprises}}{\text{Nombre de doses, pertes comprises}} \times 1,25 = \frac{\text{Nombre total de doses nécessaires (estimation)}}{\text{Nombre total de doses nécessaires (estimation)}}$$

5. Pour obtenir le nombre total de flacons de vaccin à commander, diviser le nombre total de doses nécessaires par le nombre de doses contenues dans un flacon. (L'étiquette porte généralement cette mention : 1dose, deux doses, cinq doses, dix doses, ou vingt doses).

$$\frac{\text{Nombre total de doses estimé}}{\text{Nombre de doses par flacon}} = \text{Nombre total de flacons nécessaires}$$

6. Si le vaccin doit être dilué, multiplier le nombre de millilitres de diluant par flacon, par le nombre total de flacons nécessaires.

$$\frac{\text{Diluant nécessaire par flacon}}{\text{Nombre total de flacons}} = \text{Quantité totale de diluant à commander}$$

7. Estimer le nombre d'aiguilles et de seringues stériles nécessaires à la vaccination. Si l'on utilise des aiguilles et seringues à usage unique, la quantité à commander est la même que le nombre estimé de doses (étape 4).

8. Estimer également le nombre de seringues nécessaires à la dilution, lors de la préparation du vaccin.

D'après: *Field Guide for Supplementary Activities Aimed At Achieving Polio Eradication*, Organisation mondiale de la santé, Genève 1997

Fièvre jaune - surveillance de la fièvre jaune : lignes directrices à l'échelon du district. Organisation mondiale de la santé, Genève, 1998. WHO/EPI/GEN/98.09F. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_EPI_GEN_98.09_fre.pdf

ANNEXE 6E Pratiques de vaccination recommandées

En collaboration avec le représentant PEV, organiser un cours de recyclage à l'intention des équipes de vaccinateurs chargés de la vaccination d'urgence. S'assurer que ces équipes savent au moins :

1. Reconstituer correctement le vaccin :
 - Déterminer la quantité de diluant nécessaire pour reconstituer le vaccin lyophilisé.
 - Utiliser à chaque fois une seringue et une aiguille stériles.
 - A l'aide de la seringue de dilution, aspirer le diluant et l'injecter dans le flacon contenant le vaccin à plusieurs reprises, pour bien mélanger le vaccin reconstitué.
2. Envelopper le flacon dans du papier aluminium ou le couvrir avec un morceau de tissu sombre pour le protéger du soleil.
3. Sur le terrain, protéger le vaccin et le diluant de toute contamination. Couvrir le flacon ouvert avec du papier aluminium pour éviter les saletés et les mouches.
4. Placer immédiatement les flacons de vaccin reconstitué et les flacons de vaccin liquide une fois ouverts dans un récipient contenant de la glace ou les poser sur un paquet de glace. Garder la glace et les vaccins à l'ombre.
5. Suivre la politique nationale en ce qui concerne l'utilisation des flacons de vaccin liquide entamés (notamment pour le DTCoq).
6. Noter la dose injectée sur la carte de vaccination de chacune des personnes vaccinées, si la politique nationale stipule que les personnes vaccinées doivent être munies d'une carte.
7. Rassembler les données permettant de contrôler l'activité. Par exemple, enregistrer sur une fiche de pointage le nombre de doses administrées de manière à pouvoir calculer la couverture vaccinale de la campagne.
8. Rappeler aux agents de santé qu'ils peuvent contracter des maladies transmises par le sang, suite aux piqûres accidentelles avec les aiguilles. Relire les pratiques sécurisées de manipulation et d'élimination des instruments tranchants et des aiguilles.
9. A la fin de la vaccination, organiser l'élimination sécurisée du matériel utilisé pour les injections. Ce matériel peut être brûlé ou enterré.
10. Donner des instructions pour l'utilisation de techniques d'injection sécurisées. Revoir avec le personnel de santé la nécessité de planifier les campagnes de vaccination.

LAVAGE DES MAINS

Le moyen le plus efficace d'éviter la transmission de certains microbes responsables de maladies infectieuses est probablement de se laver les mains à l'eau et au savon. Il est donc important d'encourager les familles à se laver les mains, en particulier après être allé à la selle, après avoir lavé un enfant qui est allé à la selle, après s'être débarrassé des selles d'un enfant, avant de préparer ou de manipuler des aliments et avant de manger.

Cette pratique d'hygiène est plus fréquente là où l'eau est abondante et facilement accessible. Pour le stockage, on séparera, dans la mesure du possible, l'eau de boisson de l'eau utilisée pour le lavage. En cas d'épidémie, il faudra fournir du savon à ceux qui n'en ont pas. S'il n'y a pas de savon, utiliser des cendres ou de la terre. Après s'être lavé les mains, ne pas les essuyer avec un linge sale. Les faire sécher à l'air.

Message:**ETES-VOUS PROTÉGÉ CONTRE LA DYSENTERIE (diarrhée sanglante) ?**

En vous lavant les mains, vous vous protégez vous-même et vous protégez les autres.

Toujours se laver les mains :

- Après être allé à la selle
- Après avoir nettoyé un enfant qui vient d'aller à la selle
- Après s'être débarrassé des selles d'un enfant
- Avant et après les repas
- Avant de préparer ou de manipuler de la nourriture.

Message:**AVEZ-VOUS CE QU'IL FAUT POUR VOUS LAVER LES MAINS ?**

-
- De l'eau propre et du savon (si vous n'avez pas de savon, vous pouvez utiliser des cendres ou de la terre pour vous laver les mains)
- Une serviette propre pour vous essuyer

MANIPULATION SECURISEE DES ALIMENTS

Encourager les pratiques de sécurité sanitaire des aliments :

- Bien se laver les mains au savon avant de préparer la nourriture
- Laver soigneusement les fruits et les légumes verts avec de l'eau propre avant de les consommer
- Faire cuire les aliments jusqu'à ce qu'ils soient uniformément chauds

- Consommer les aliments quand ils sont encore chauds ou les réchauffer avant de manger
- Laver tous les ustensiles de cuisine et de service après utilisation
- Garder les aliments cuits et les ustensiles propres séparés des aliments non cuits et des ustensiles qui peuvent être contaminés
- Couvrir les aliments pour les protéger.

Message :

PREPAREZ LA NOURRITURE EN TOUTE SECURITE !

La cuisson tue les germes

- Faire bien cuire la viande, le poisson et les légumes
- Manger la viande, le poisson et les légumes cuits quand ils sont encore chauds

La propreté protège contre la maladie

- Bien se laver les mains avant de préparer ou de servir la nourriture
- Laver les plats et ustensiles de cuisine à l'eau et au savon
- Laver soigneusement les *planches à découper* à l'eau et au savon

L'épluchage des fruits protège contre la maladie

- Manger uniquement des fruits fraîchement pelés (bananes et oranges par exemple)

IL FAUT ETRE PROPRE : FAIRE CUIRE, PELER OU JETER

Cinq clés pour une alimentation sûre

- Respecter la propreté
- Séparer les aliments crus et les aliments cuits
- Faire bien cuire
- Conserver la nourriture à la température indiquée
- Savoir, c'est prévenir

Five keys to safer food



Keep clean

- ✓ Wash your hands before handling food and often during food preparation
- ✓ Wash your hands after going to the toilet
- ✓ Wash and sanitize all surfaces and equipment used for food preparation
- ✓ Protect kitchen areas and food from insects, pests and other animals

Why?
 With most water supplies in remote areas, domestic water supplies are widely contaminated, with a range of bacteria and viruses. These microorganisms are carried on hands, clothing, dishes and cutlery, especially cutting boards and the kitchen. Contact can transfer them to food and cause foodborne disease.



Separate raw and cooked

- ✓ Separate raw meat, poultry and seafood from other foods
- ✓ Use separate equipment and utensils such as knives and cutting boards for handling raw foods
- ✓ Store food in containers to avoid contact between raw and prepared foods

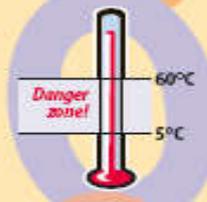
Why?
 Raw food, especially meat, poultry and seafood, and raw eggs, can contain dangerous microorganisms, which can be transferred onto other foods during food preparation and storage.



Cook thoroughly

- ✓ Cook food thoroughly, especially meat, poultry, eggs and seafood
- ✓ Bring foods like soups and stews to boiling to make sure that they are reached 70°C. For meat and poultry, make sure that juices are clear, not pink. Ideally use a thermometer
- ✓ Reheat cooked food thoroughly

Why?
 Proper cooking kills most all dangerous microorganisms. So, the danger is that undercooked or partially cooked food can still contain a large number of bacteria. Some foods that require special attention include chicken with rolled muscles, large joints of meat and whole poultry.



Keep food at safe temperatures

- ✓ Do not leave cooked food at room temperature for more than 2 hours
- ✓ Refrigerate promptly all cooked and perishable food (preferably below 5°C)
- ✓ Keep cooked food piping hot (more than 60°C) prior to serving
- ✓ Do not store food too long even in the refrigerator
- ✓ Do not thaw frozen food at room temperature

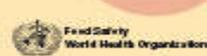
Why?
 Microorganisms can multiply very quickly if food is stored at room temperature. If food is at temperatures below 5°C or above 60°C, the growth of microorganisms is slowed down or stopped. Some dangerous microorganisms still grow below 5°C.



Use safe water and raw materials

- ✓ Use safe water or treat it to make it safe
- ✓ Select fresh and wholesome foods
- ✓ Choose foods processed for safety such as pasteurized milk
- ✓ Wash fruits and vegetables, especially if eaten raw
- ✓ Do not use food beyond its expiry date

Why?
 Various sources, including water and crops, are contaminated with harmful bacteria, viruses and parasites. Food, the food may be grown in areas with poor water quality. Careful selection of raw materials and proper processing such as pasteurizing and proper packaging help.



Knowledge = Prevention



ELIMINATION SECURISEE DES DECHETS D'ORIGINE HUMAINE

L'élimination sécurisée des déchets d'origine humaine est toujours prioritaire, surtout pendant les épidémies de diarrhée. Il faut construire des systèmes sanitaires adaptés aux conditions locales, avec la coopération de la communauté.

Messages à l'adresse de la communauté :

- Tout le monde, même les enfants, doit utiliser correctement les latrines.
- Jeter les excréments des enfants dans les latrines avec une pelle ou les enterrer dans un trou.
- Eviter de déféquer sur le sol, dans la source d'approvisionnement en eau ou à proximité.

Lors des grands rassemblements publics, notamment à l'occasion de foires, de funérailles ou de festivals religieux, on s'assurera que l'élimination des déjections ne présente pas de risque pour la santé. S'il n'y a pas de latrines, il faut définir une aire à cet effet et fournir une pelle pour y enterrer les excréments.

Message:

ETES-VOUS PROTÉGÉ CONTRE LA DYSENTERIE (diarrhée sanglante) ?

UTILISEZ-VOUS DES TOILETTES OU DES LATRINES ?

Les germes responsables de la dysenterie vivent dans les matières fécales. Même une personne en bonne santé peut être porteuse des germes de la dysenterie.

- *Utilisez toujours* des toilettes ou des latrines. Si vous n'en avez pas, il faut en construire !
- Tenez les toilettes ou les latrines *propres*
- *Lavez-vous les mains* avec du savon (ou des cendres) et de l'eau propre après avoir utilisé les toilettes ou les latrines.
-

IL FAUT ETRE PROPRE : UTILISEZ DES TOILETTES OU DES LATRINES

SALUBRITE ET CONSERVATION DE L'EAU DE BOISSON

▪ **Approvisionnement et conservation de l'eau potable dans la communauté**

1. *Eau courante.* Pour être potable et saine, l'eau courante doit être correctement traitée au chlore. Pour éviter que l'eau de la nappe phréatique contaminée pénètre dans les conduites, réparer les joints qui fuient et maintenir une pression constante dans le système.
2. *Puits fermés.* Les margelles de puits doivent être équipées d'un radier d'écoulement ainsi que d'une poulie, d'un treuil ou d'une pompe.
3. *Par camion.* Si l'eau disponible localement risque d'être contaminée, l'eau de boisson peut être apportée par camions-citernes ou transportée dans des bidons si elle est correctement chlorée et si le ravitaillement peut être assuré de façon régulière. Mais cette forme d'approvisionnement est onéreuse et difficile à maintenir; on la considère donc comme une mesure à court terme, en attendant le rétablissement de l'approvisionnement local.

▪ **Stockage et traitement de l'eau de boisson au domicile**

Lorsque la salubrité de l'eau de boisson est incertaine, il faut la chlorer ou la faire bouillir.

Pour éviter la contamination de l'eau, les familles doivent conserver l'eau de boisson dans l'un des types de récipients suivants :

1. *Récipients couverts,* nettoyés quotidiennement et gardés hors de la portée des enfants et des animaux. L'eau en est extraite à l'aide d'une louche à manche long réservée à cet usage.
2. *Récipients à bec étroit* dont l'ouverture est trop petite pour que l'on puisse y passer la main. L'eau en est extraite par versage ou à l'aide d'un robinet.

L'eau utilisée pour la toilette, la lessive ou d'autres usages que la boisson n'a pas besoin d'être traitée et doit être conservée à part.

PRATIQUES FUNERAIRES SECURISEES

Les liquides biologiques des personnes décédées de choléra ou de fièvre hémorragique virale restent infectieux. Aussi faut-il être extrêmement prudent lors de la préparation du corps de défunts dont on suspecte qu'ils sont morts du choléra ou de fièvre hémorragique virale. Encourager les pratiques et rituels d'inhumation sécurisés.

- Les funérailles doivent avoir lieu rapidement et à proximité du lieu du décès
- Déconseiller le lavage des cadavres
- Déconseiller la distribution de nourriture pendant les funérailles

REDUIRE L'EXPOSITION AUX MOUSTIQUES

La lutte anti-moustiques est l'intervention principale pour la réduction de la transmission du paludisme. Elle peut permettre d'abaisser la transmission d'un niveau très élevé à un niveau proche de zéro. Dans les zones de forte transmission, la lutte anti-moustiques permet de réduire significativement le taux de mortalité infantile et maternelle. La protection individuelle contre les piqûres de moustiques représente la première ligne de défense contre le paludisme.

MESSAGE

ETES-VOUS PROTÉGÉ CONTRE LES PIQURES DE MOUSTIQUES?

Quand cela est possible,

- Éviter de sortir entre le crépuscule et l'aube, période propice aux piqûres de moustiques
- Porter des vêtements à manches longues et un pantalon long à l'extérieur la nuit, et éviter les couleurs sombres qui attirent les moustiques
- Appliquer un répulsif sur la peau découverte (si produit disponible)
- Installer des moustiquaires aux portes et aux fenêtres.
- Imprégner d'insecticide les moustiquaires se trouvant au dessus des lits
- Utiliser un spray anti-moustiques ou un diffuseur d'insecticide (si disponible)

La transmission du paludisme peut être rapidement réduite par l'utilisation des pulvérisations intra domiciliaires à effet rémanent. Cette méthode est efficace durant 3 à 12 mois, selon l'insecticide utilisé et la surface traitée.

ANNEXE 6G Communication en période d'épidémie

Introduction

- Suite à la confirmation et à la vérification de l'évènement, les autorités du niveau périphérique et intermédiaire (district et régional) devront informer celles du niveau central et recevoir leurs orientations sur l'information à donner aux medias.
- Dès la déclaration de l'épidémie, l'information provenant du niveau intermédiaire devrait utiliser les principaux messages élaborés au niveau central en collaboration avec l'équipe de terrain de manière à parler le même langage
- Bien que la communication soit coordonnée par le niveau central, les medias locaux pourraient contacter les districts sanitaires afin d'obtenir directement l'information de la source.
- En résumé, le directeur départemental de la santé pourrait supporter la communication et fournir l'expertise scientifique de l'intervention.

Actions au niveau du district sanitaire

- Identifier des portes paroles (politique et technique);
- Communiquer régulièrement avec les autorités du niveau central pour leur fournir les premières informations reçues au niveau communautaire ;
- Etre en contact régulier avec les autorités du niveau central pour recevoir les messages communs incluant les directives et les réponses aux questions fréquemment posées pour faire face aux médias;
- Se rendre disponible avec les medias pour fournir avec transparence les informations exactes mises à jour suivant les directives du niveau central à travers des messages clés clairs et simples ;
- Organiser des points de presse pour fournir régulièrement des informations aux medias conformément aux directives du niveau central;
- Entretenir de bonnes relations avec les medias à travers un partenariat pour informer à temps la population par des messages clairs, précis et transparents;
- Utiliser le matériel de sensibilisation élaboré par le niveau central avec des messages pertinents à fournir aux populations;
- Identifier les canaux locaux pour diffuser les messages aux populations;
- Se réunir régulièrement avec les acteurs locaux pour diffuser aux populations les messages correctes de préventions et de surveillance;
- Organiser des campagnes préventives « porte à porte » pour atteindre les zones rurales reculées afin de promouvoir la prévention et la surveillance conformément aux directives du niveau central.

SECTION 7

FOURNIR DES INFORMATIONS EN RETOUR

Dans cette section nous expliquerons comment :

- Préparer un rapport sur la riposte à une épidémie
- Elaborer des fiches d'information synthétisant les données et leur interprétation
- Elaborer et diffuser un bulletin de santé publique en incluant les Maladies Non Transmissibles
- Elaborer des bulletins, des fiches et des rapports de district.

Très souvent, les établissements sanitaires ou les districts communiquent de manière fiable les données de surveillance au niveau hiérarchique supérieur comme il le leur a été demandé. Si la formation sanitaire ne reçoit pas une rétro-information précisant l'usage ou la signification des données, le personnel de santé peut penser que l'information qu'il communique n'est pas importante. Si tel est le cas, les notifications futures pourraient ne pas être aussi fiables car le personnel ne saura pas si les données transmises à d'autres niveaux ont été utiles ou nécessaires. Ces agents de santé auront alors une bonne vue d'ensemble de la situation sanitaire à leur propre niveau mais ils ne connaîtront ou ne comprendront pas la situation à l'échelon national ou du district.

C'est un élément essentiel de motivation du personnel de santé qui récolte les données.

Après l'analyse et l'interprétation des données, le niveau central fait la rétro information hebdomadaire ou mensuelle simultanément à la direction régionale et au district sanitaire. Les districts sanitaires sont chargés d'informer régulièrement les établissements sanitaires qui à leur tour répercutent l'information aux communautés.

Lorsque les directeurs départementaux de la santé reçoivent des données, ils doivent répondre aux établissements sanitaires qui les leur transmettent. Le but de cette rétro-information est de renforcer les efforts entrepris par le personnel de santé pour participer au système de surveillance. Un autre objectif est de mieux faire connaître certaines maladies et les résultats obtenus par les projets de prévention et de lutte dans la région.

La rétro-information peut être transmise par écrit, notamment par le biais d'un bulletin d'information mensuel, ou oralement, par exemple lors de la réunion mensuelle du district.

Dans cette section nous nous pencherons sur le retour de l'information au niveau du district, mais les procédures recommandées peuvent également être appliquées dans les établissements sanitaires et au niveau national.

7.1 Rédiger un rapport sur la riposte à l'épidémie ou à l'évènement sanitaire

A la fin de la riposte, le personnel de district qui a mené l'investigation doit rédiger un rapport pour expliquer comment le problème a été identifié, comment a été menée l'investigation, quelles ont été les activités de riposte, quel en a été le résultat, quelles décisions ont été prises et quelles recommandations ont été faites. Veiller à ce que le site qui a signalé les premiers cas reçoive bien une copie du rapport.

Voir en Annexe 7A de cette section, un modèle de format conseillé pour la rédaction du rapport.

7.2 Informer les parties intéressées et la population

7.2.1 Préparer des aide-mémoire

Les aide-mémoire sont de courts résumés de 1 à 2 pages. Généralement préparés par le personnel de santé à destination du grand public, ils traitent d'un seul sujet ou d'un seul message. Par exemple, un aide-mémoire traitant d'une épidémie à *Shigella* dans un district pourra contenir les informations suivantes destinées à la population : origine de l'infection à *Shigella*, mode de transmission, étapes pour la prévention de l'infection et dernières informations sur le nombre de cas et de décès. Les aide-mémoire peuvent être diffusés par voie d'affichage ou distribués aux membres de la communauté qui organisent des campagnes d'éducation à la santé.

7.2.2 Communiquer avec les différents partenaires

La coordination des différents partenaires est essentielle pendant la riposte à une épidémie ou à un évènement sanitaire. Par conséquent, la mise en place de structures et de processus de communication régulière entre les services de soins et la communauté, permet d'assurer l'existence et le fonctionnement de ce lien fondamental en situation d'urgence. Il y a différents moyens de communication : SMS, appels téléphoniques, courriers en main propre, fax, email. On utilisera des moyens de communication plus officiels pour transmettre des informations aux comités décisionnels. Indépendamment du moyen utilisé, il est important que la communication se fasse en toute transparence et en tenant compte de l'expérience de la communauté.

7.2.3 Préparer et diffuser des bulletins de santé publique

Le niveau central doit élaborer un bulletin de retro information. Ce bulletin d'information s'adresse à un public plus large que le personnel de santé du district ou de l'établissement sanitaire. Il doit comporter généralement 2 à 8 pages. Les bulletins doivent contenir au moins :

- Un tableau récapitulatif indiquant le nombre de cas et décès notifiés à ce jour pour chaque maladie prioritaire
- Un commentaire ou une communication sur une maladie ou un sujet précis.

Le bulletin épidémiologique hebdomadaire (vigile) élaboré par le service national de surveillance épidémiologique doit être adressé chaque semaine au district sanitaire. Le Directeur départemental de la santé doit l'exposer pour qu'il puisse être consulté par d'autres personnes. Il doit en faire plusieurs copies qu'il doit distribuer au personnel des établissements sanitaires. Il doit emporter un exemplaire du bulletin lors de la prochaine visite d'inspection pour montrer au

personnel de santé que les données qu'il communique contribuent à améliorer la santé de la population.

Un modèle pour la rédaction d'un bulletin de santé publique figure en Annexe 7B.

7.3 Faire un retour d'information

La plupart du temps, les établissements de soins et les districts communiquent de façon fiable les données de surveillance au niveau supérieur comme il le leur a été demandé. Mais si le niveau supérieur ne les informe pas de l'exploitation et de l'interprétation qui ont été faites de ces données, les agents de santé peuvent penser que les données qu'ils ont communiquées n'étaient pas importantes. Par conséquent, leurs prochaines notifications risquent de ne pas être aussi fiables, dans la mesure où ils ne sauront pas si les informations transmises sont utiles ou nécessaires. Les agents de santé ont une bonne compréhension de la situation à leur niveau, mais en l'absence de retour d'information, ils ne pourront pas apprécier la situation à l'échelon national ou du district.

Quand ils reçoivent des données, les administrateurs nationaux ou de district doivent répondre aux établissements de soins qui les leur ont transmises. Ce retour d'information encourage les agents de santé à participer au système de surveillance. Elle vise également à mieux faire connaître certaines maladies, ainsi que les résultats obtenus par les projets de prévention et de lutte dans la région.

Ce retour d'information peut se faire par écrit, notamment par le biais d'une lettre d'information mensuelle, ou oralement, par téléphone ou à l'occasion de réunions périodiques. Cette section s'intéresse plus précisément au retour d'information au niveau du district, mais les conseils s'appliquent aussi bien au niveau de l'établissement de soins qu'à l'échelon national.

7.3.1 Préparer des fiches d'information récapitulatives

Une fiche récapitulative présente les données et leur interprétation sous forme d'un tableau ou d'un graphique. Par exemple :

- Lors d'une réunion du personnel ou à l'occasion d'une visite d'inspection, commenter ou présenter un rapport oral sur les données notifiées par cet établissement au cours d'une période donnée. Représenter les données sous forme d'un tableau simple, les montrer aux agents de santé et discuter avec eux des conclusions que l'on peut en tirer, non seulement pour l'établissement de soins, mais aussi pour le district tout entier.
- Sur une feuille séparée, préparer un tableau simple, montrant la différence entre les données transmises pour cette période et celles communiquées

pour une autre période ou une population cible différente. Par exemple, présenter le nombre de cas de diarrhée accompagnée de déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans recensés sur une période donnée de l'année précédente. Comparer ce nombre avec celui de la période correspondante de l'année en cours, après la mise en place d'un projet d'assainissement.

- Utiliser les fiches récapitulatives pour appuyer les demandes de fonds, de fournitures et de ressources supplémentaires présentées aux niveaux supérieurs.

7.3.2 Préparer la lettre d'information du district

L'objectif de la lettre d'information du district est de présenter des informations actualisées. Cette lettre d'information sert notamment à informer et motiver le personnel de santé du district. Cette publication de 2 à 4 pages peut être tapée simplement sur ordinateur ou sur une machine à écrire.

Exemples d'articles pouvant figurer dans une lettre d'information :

- Synthèse des données nationales ou de district relatives à une maladie prioritaire donnée.
- Etat des progrès réalisés pour atteindre un objectif de santé publique spécifique.
- Compte-rendu d'une intervention de santé publique particulièrement réussie, exécutée par un ou plusieurs agents de santé.
- Description d'évènements ou d'activités particulières (par exemple, changement du jour de marché).

Archivage des données

Toutes les données collectées au sein des districts sanitaires doivent être soigneusement archivées. Il s'agit :

- Rapport de notification ;
- Bulletin de rétro information ;
- Lettre d'information ;
- Rapport d'investigation ;
- Rapport de riposte à une épidémie ;
- Rapport de supervision

ANNEXES A LA SECTION 7

ANNEXE 7A : Canevas de rapport d'épidémie au niveau District

ANNEXE 7B : Modèle de bulletin de rétro-information

ANNEXE 7A **Modèle pour la rédaction du rapport de district sur l'épidémie**

Titre/Description (maladie/affection faisant l'objet de l'enquête)

Période

Lieu (Villages, quartiers, District, Région)

Résumé exécutif : _____

I. Introduction :

- Contexte
- Raisons de l'enquête (importance en santé publique, seuil atteint, etc.)
- Investigation et préparation à l'épidémie

II. Méthodes :

- Dates d'investigation
- Site(s) d'investigation (établissements de soins, villages, autres)
- Recherche des cas (indiquer ce qui a été fait concernant la recherche des cas, ex. examen des registres médicaux, enquête de proximité, alerte des autres établissements de soins, autres)
- Echantillons de laboratoire prélevés
- Description de la riposte et de l'intervention (préciser les dates)
- Traitement des données

III. Résultats :

- Date et lieu du premier cas détecté (ou cas index)
- Date et coordonnées de l'établissement de soins ou le premier cas a été vu par le système de santé
- Résultats de la recherche supplémentaire de cas
- Analyses de laboratoire et résultats
- Description des principales caractéristiques de l'analyse des résultats en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles
- Résultats détaillés en fonction du temps (courbe EPI), du lieu (carte) et des caractéristiques individuelles (tableaux), et fichiers informatiques
- Résultats de la riposte et preuve de son impact

IV. Auto-évaluation de la promptitude et de la qualité de la préparation, de la détection, de l'investigation et de la riposte à l'épidémie :

Préparation à l'épidémie

| Indicateur | Oui | Non |
|---|-----|-----|
| Les médicaments et les fournitures étaient-ils disponibles dès l'apparition de l'épidémie ? | | |
| Les agents de santé disposaient-ils de protocoles de traitement ? | | |
| Le comité de district de gestion des urgences sanitaires s'est-il réuni régulièrement dans le cadre de la préparation aux épidémies ? | | |

Détection de l'épidémie

| Indicateur | Date 1 | Date 2 | Intervalle |
|---|--------|--------|------------|
| Intervalle entre l'apparition du cas index (ou l'apparition d'un groupe de cas inhabituel au niveau de la communauté) [date 1] et l'arrivée du premier cas à l'établissement de soins [date 2] (objectif : <3 jours) | | | |
| Intervalle entre le moment où le premier cas a été vu à l'établissement de soins (ou date à laquelle le seuil épidémique a été franchi à l'établissement de soins) [date 1] et la notification à l'équipe sanitaire du district [date 2] (objectif : dans les 24 heures) | | | |
| Intervalle cumulatif entre l'apparition du cas index (ou l'apparition d'un groupe de cas inhabituel au niveau de la communauté) [date 1] et la notification au district [date 2] (objectif : <7 jours) | | | |

Investigation de l'épidémie

| Indicateur | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Les formulaires/listes de cas ont-ils été remplis ? | | |
| Des échantillons ont-ils été prélevés pour le laboratoire (en cas de besoin) ? | | |

| Indicateur | Date 1 | Date 2 | Intervalle |
|---|--------|--------|------------|
| Intervalle entre la notification au district [date 1] et l'investigation sur le terrain [date 2] (objectif : dans les 48 heures) | | | |
| Intervalle entre l'envoi des échantillons au laboratoire [date 1] et la réception des résultats par le district [date 2] (objectif : 3 à 7 jours, selon le type d'analyse) | | | |

Riposte à l'épidémie:

| Indicateur | Date 1 | Date 2 | Intervalle |
|--|--------|--------|------------|
| Intervalle entre la notification de l'épidémie au district [date 1] et la réponse concrète du district [date 2] (objectif : dans les 48 heures après la notification) | | | |

Evaluation et retour d'information:

| Indicateur | Date 1 | Date 2 | Intervalle |
|--|--------|--------|------------|
| Intervalle entre la fin de l'épidémie [date 1] et la finalisation du rapport sur l'épidémie et l'envoi des fiches/listes de cas au niveau national [date 2] (objectif : 2 semaines) | | | |

| Indicateur | Oui | Non |
|--|-----|-----|
| Le comité de gestion des urgences sanitaires s'est-il réuni pour examiner les résultats de l'investigation ? | | |
| Les établissements de soins et la population ont-ils reçu un retour d'information ? | | |

V. Evaluation des autres aspects de la riposte :**VI. Interprétations, discussion et conclusions :****VII. Actions de santé publique recommandées :**

Les commenter aux différents niveaux : communauté, établissements de soins, district, partenaires, province et niveau national

Président du Comité de district de gestion des urgences sanitaires :

Nom
Signature

Médecin chef du District :

Nom
Signature

Date du rapport: _____

ANNEXE 7B Modèle de bulletin de santé publique

MINISTERE DE LA SANTE

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE N°.....

Date : _____

District _____ Semaine épidémiologique_N°..... du.....au

I. Situation épidémiologique

Tableau 1: Situation épidémiologique

| Maladie | Cas | Décès | Létalité (%) | Localités en alerte | Localités touchées par l'épidémie | Date de notification | Promptitude (%) | Complétude (%) |
|--------------|-----|-------|--------------|---------------------|-----------------------------------|----------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

Commentaires :

Contact du district

Contact du district

II. Récapitulatif de la situation épidémiologique

Tableau 2 : Situation épidémiologique : Semaines_S1 à S.....

| Maladies | Cas | Décès | Létalité (%) | Localités en alerte | Localités touchées par l'épidémie | Semaine de notification | Promptitude (%) | Complétude (%) |
|--------------|-----|-------|--------------|---------------------|-----------------------------------|-------------------------|-----------------|----------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | |

Commentaires :

III. Graphiques (cette partie donne une représentation graphique des données)

IV. Tendances de l'épidémie



LE VIGILE

N° 68/05 - *Votre Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*

Editorial : Veiller, Alerter, Orienter

A la faveur de cette nouvelle année, je présente mes vœux les meilleurs aux acteurs de la Santé Publique qui nous ont permis de suivre la distribution et l'évolution des maladies à potentiel épidémique durant l'année écoulée.

L'année 2005 a été une année peu « calme » au plan épidémiologique. Les épisodes épidémiques de méningite et de fièvre jaune dans le district sanitaire de Bouna et la détection des cas de méningite à méningocoque Y à Abidjan sont des exemples de situations particulières qui ont marqué cette année.

L'année 2006, on peut le deviner sera certainement « bruyante ». La grippe aviaire nous menace, notre environnement est de plus en plus insalubre. Cependant notre détermination doit nous permettre de mieux nous organiser afin de faire face aux situations anormales.

Cette étape passe nécessairement par un système d'alerte capable d'émettre précocement les signaux en vue d'une réaction adéquate.

Certes les ressources sont rarissimes en cette période de crise, mais les prises de décisions sont inévitables. C'est pourquoi, j'exhorte mes confrères Directeurs Départementaux de la santé et leurs collaborateurs à redoubler de vigilance afin que nous puissions veiller sur l'état de santé de nos populations, alerter et orienter les autorités dans la prise des décisions.

Nous pouvons et nous devons réussir cette noble mission avec biensûr la pleine participation de la communauté. Car on le sait, la survenue d'une épidémie dépend de la société, de ses habitudes et de sa réactivité.

Ces sur ces notes d'espoir que je voudrais vous dire au revoir et souhaiter à toutes et à tous Bonne et Heureuse année 2006.

Prof. ODEHOURI K. Paul

Notification des données

40 districts sur 63 fonctionnels ont transmis à temps leurs données au cours de la semaine 50, soit une promptitude de 63,5%.

45 districts sur 63 fonctionnels ont transmis à temps leurs données au cours de la semaine 51, soit une promptitude de 71,4%.

42 districts sur 63 fonctionnels ont transmis à temps leurs données au cours de la semaine 52, soit une promptitude de 66,7%.

Figure 1 : Répartition hebdomadaire des promptitudes de la semaine S25 à S52.

Fièvre jaune

Tableau 1 : Répartition hebdomadaire des cas suspects de Fièvre jaune des semaines 50, 51 et 52.

| Semaine | Cas suspect | Cas confirmé | Décès | Provenance |
|---------|-------------|--------------|-------|----------------------------|
| S50 | 2 | 0 | 0 | Bongouanou Abidjan-nord |
| S51 | 0 | 0 | 0 | Odienné |
| S52 | 3 | 0 | 2 | (2c, 2dc) Zuenoula(1c) |

Rougeole

Tableau 2 : Répartition hebdomadaire des cas suspects de Rougeole des semaines 50, 51, 52.

| Semaine | Cas | Décès | Provenance |
|---------|-----|-------|---------------------------------|
| S 50 | 2 | 0 | Abidjan est (1c) Adiaké (1c) |
| S 51 | 0 | 0 | |
| S52 | 4 | 0 | Abidjan est |

| Districts | Cas non vaccinés | Cas vaccinés | Statut inconnu | Total |
|--------------|------------------|--------------|----------------|-----------|
| Abidjan- est | 0 | 1 | 4 | 05 |
| Adiaké | 0 | 1 | 1 | 01 |
| Total | 02 | 01 | 01 | 04 |

NB : tous les cas de rougeole du district sanitaire d'Abidjan- est n'ont pas été prélevés à cause du refus des parents.

Choléra

Aucun cas suspect de Choléra n'a été notifié au cours des semaines 50, 51 et 52 par les districts sanitaires.

Méningite

Tableau 3 : Répartition hebdomadaire des cas de Méningite des semaines 50, 51 et 52.

| Semaine | Cas suspect | Cas confirmé | Décès | Provenance |
|---------|-------------|--------------|-------|--|
| S50 | 5 | 0 | 0 | AbidjanNord(2), Korhogo, Bouaké-Ouest, Duekoué |
| S51 | 4 | 0 | 0 | Abidjan-est(3c), Yamoussoukro (1c) |
| S52 | 4 | 0 | 0 | Adzopé, Bouaflé, Dabou, Duekoué |

NB : Tous les cas suspects de méningite n'ont pas fait l'objet d'un prélèvement de LCR

Figure 2 : Répartition des cas de méningite de la S1àS52.

Le pic obtenu à S5 est le fait de l'épidémie de Méningite à méningocoque A survenue dans le district sanitaire de Bouna.

Tableau récapitulatif des cas et décès des maladies à potentiel épidémique.

| Maladies | Total Pays* S1 à S52 | |
|--------------|----------------------|-------|
| | Cas | Décès |
| Fièvre jaune | 143 | 18 |
| Choléra | 39 | 6 |
| Rougeole | 3674 | 26 |
| Méningite | 533 | 101 |

* Données complétées avec les notifications en retard des districts

Actualité Internationale*

Fièvre jaune en Guinée

Au 19 décembre, le Ministère de la Santé guinéen avait signalé depuis le début de l'année un total de 114 cas suspects de fièvre jaune, dont 26 mortels et 23 confirmés en laboratoire. Boké est la région la plus touchée

Grippe aviaire en Chine

Le Ministre de la Santé Chinois a confirmé un nouveau cas humain d'infection par le virus H5N1 de la grippe aviaire, chez une femme de 41 ans de la province du Fujian, au sud-est du pays. Après l'apparition d'une fièvre le 6 décembre, suivie de pneumonie, la patiente a été hospitalisée deux jours plus tard et elle est décédée le 21 décembre.

C'est le septième cas humain confirmé en Chine.

Sur ces sept cas, trois ont été mortels. Les cas humains ont été observés dans six provinces et régions : Hunan, Anhui, Guangxi, Liaoning, Jiangxi et Fujian.

source : www.who.int

EPIDEMIES DE FIEVRE JAUNE EN 2005

MALI

Du 7 octobre au 17 novembre 2005, **35 cas suspects** dont **14 décès** survenus dans la région de Kayes ont été notifiés à l'OMS. **04** de ces cas ont été confirmés par l'Institut Pasteur de Dakar.

Précédentes épidémies

La dernière épidémie de fièvre jaune au Mali est survenue en 1987 dans les régions de Kayes et de Koulikoro (zone de Bamako), **305 cas et 145 décès** avaient officiellement été notifiés.

De 1990 à 2003, aucun cas n'a été notifié à l'OMS.

En 2004, **02 cas** confirmés isolés ont été notifiés par l'OMS dont **un cas** décédé en novembre dans la région de Kayes.

SENEGAL

as décédés les 25 et 30 septembre, ont été rapportés dans le district de Goudiri (région de Tambacounda à l'Est du Sénégal) situé sur l'axe routier Bamako-Dakar. Une campagne de vaccination de masse a débuté le 4 octobre.

CÔTE D'IVOIRE ET BURKINA FASO

bre, 04 cas confirmés, dont un mortel, ont été notifiés à l'OMS à la frontière entre la Côte d'Ivoire et le Burkina Faso. Une campagne de vaccination a été organisée dans la sous-préfecture de Doropo dans le district de Bouna en Côte d'Ivoire.

GHANA

En janvier, **10 cas**, dont un confirmé ont été signalés dans le district de Jirapa au Nord Est du pays. Des cas ont également été signalés dans le Sud du pays (district de Denkyira). Ces cas n'ont pas été notifiés à l'OMS.

SECTION 8

SUIVRE, EVALUER ET AMELIORER LA SURVEILLANCE ET LA RIPOSTE

Cette section décrit comment :

- Identifier les objectifs et les indicateurs
- Contrôler la qualité des activités de surveillance au niveau du district
- Superviser les activités de surveillance et de riposte
- Evaluer le système de surveillance et de riposte
- Prendre des mesures visant à améliorer la surveillance et la riposte

La supervision des systèmes de surveillance et de riposte consiste à suivre de façon systématique et continue les activités de surveillance (par exemple, vérifier si les rapports sont reçus en temps voulu). L'évaluation périodique (par exemple annuelle) permet de vérifier si les objectifs de la surveillance et de la riposte ont été atteints. La supervision et l'évaluation servent à améliorer la surveillance et la riposte.

La Section 3 décrit comment, chaque mois, le personnel de santé responsable de la surveillance au niveau des établissements de soins et du district passe en revue et analyse les données notifiées au cours du mois écoulé. Tous les mois, ces responsables évaluent :

- La promptitude et l'exhaustivité (complétude) de la notification à tous les niveaux, et
- La qualité des activités systématiques de prévention et de lutte de sorte que les districts puissent prendre les mesures de riposte appropriées lorsqu'un problème est détecté.

Ces mêmes renseignements peuvent aussi être utilisés pour suivre régulièrement et évaluer annuellement :

- La promptitude de la notification des maladies, affections et événements à déclaration immédiate,
- La qualité des investigations d'épidémies et de la riposte, et
- La transmission régulière des données récapitulatives.

La détection de problèmes dans le système de surveillance et de riposte, permet de prendre des mesures de correction pour y remédier et permettre ainsi d'atteindre les objectifs visés en fin d'année. On utilisera par exemple les données mensuelles de surveillance pour l'évaluation de fin d'année. Ce bilan permet de déterminer :

- Si les objectifs de surveillance des activités mises en place ont été atteints.
- Si les données de surveillance ont bien été exploitées pour les actions de santé publique.
- Si les activités de surveillance, de laboratoire et de riposte ont eu un impact sur l'issue des événements sanitaires survenus dans le district.

Cette section décrit comment suivre régulièrement et évaluer annuellement la performance du système de surveillance et des programmes de lutte et de prévention spécifiques aux maladies, affection et événements prioritaires.

8.1 Identifier les objectifs et les indicateurs

L'utilisation d'indicateurs permet d'évaluer les performances d'une activité ou d'un programme particulier. Les résultats obtenus sont comparés à l'ensemble des pratiques de qualité standard recommandées et, grâce à cette méthode, il est également possible de mesurer les progrès réalisés vers l'objectif général d'un programme. Par exemple, un district peut s'être fixé comme objectif 100% d'exhaustivité dans les notifications soumises pendant une période donnée. Un indicateur peut être élaboré pour mesurer la proportion ou le pourcentage d'établissements qui notifient. Le résultat est ensuite comparé à l'objectif recherché et servira à évaluer les progrès réalisés et, par conséquent, la qualité du service ou de l'activité.

Utiliser des indicateurs correspondant aux objectifs nationaux ou à des projets particuliers visant à améliorer les activités SIMR au sein du district. Sélectionner les indicateurs les plus adaptés à la stratégie d'amélioration de la surveillance adoptée par le district pour l'année en cours et les plus aptes à fournir des informations utiles au district.

Ci-dessous figurent quelques exemples d'indicateurs :

- Indicateurs servant à mesurer la qualité de la surveillance en général.
- Pour évaluer la promptitude et la complétude (exhaustivité) de la notification, sélectionner comme indicateur le pourcentage d'établissements de soins qui ont notifié régulièrement, en temps voulu.
- Indicateurs servant à mesurer la qualité de la surveillance pour des maladies ou des événements sanitaires particuliers.
- Pour contrôler la qualité de la surveillance réponse aux données de surveillance sur de la méningite, sélectionner comme indicateur le pourcentage d'établissements de soins sanitaires qui ont détecté des foyers épidémiques de méningites ont été détectés – dans les localités relevant de leur aire sanitaire c'est-à-dire, où le seuil épidémique (5 cas /semaine) a été atteint taux dépassait 15 cas présumés pour 100 000 habitants – et où ces cas qui ont été confirmés au laboratoire.
- Il est parfois nécessaire d'ajouter d'autres indicateurs pour mesurer l'impact des interventions sanitaires.

Les Annexes 8A et 8B présentent des exemples d'indicateurs ainsi qu'un diagramme permettant de suivre les principaux indicateurs au niveau des établissements sanitaires. Les principaux indicateurs au niveau du district sont présentés en Annexes 8C et 8D, au niveau de la région en Annexe 8E, et au niveau central en Annexe 8F.

Indicateurs de performance des principales fonctions SIMR

| | | |
|-----|---------------------------------------|--|
| 1. | Notification des données | Proportion d'établissements sanitaires de soins transmettant les rapports de surveillance hebdomadaires (ou mensuels) en temps voulu au district |
| 2. | Notification des données | Proportion de districts transmettant les rapports de surveillance hebdomadaires (ou mensuels) en temps voulu à la région sanitaire au |
| | | Proportion de régions transmettant les rapports de surveillance hebdomadaires (ou mensuels) en temps voulu au niveau central |
| 3. | Notification des données | Proportion de rapports de notifications transmis par les centres de santé au district à l'aide de formulaires individuels ou de liste descriptives, pour les maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou d'une surveillance au cas par cas |
| 4. | Notification des données | Proportion d'épidémies suspectées concernant des maladies à potentiel épidémique, notifiées au niveau régional et central dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil épidémique |
| 5. | | Proportion de districts disposant d'une analyse actualisée des tendances (courbe ou histogramme) pour les maladies prioritaires sélectionnées |
| 6. | | Proportion de rapports d'enquêtes sur les épidémies incluant une analyse des données individuelles des cas |
| 7. | confirmation | Proportion d'épidémies ayant fait l'objet d'une enquête avec des résultats de laboratoire |
| 8. | Intervention liée au seuil épidémique | Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte recommandées au niveau national |
| 9. | Analyse | Létalité pour chaque maladie à potentiel épidémique notifiée |
| 10. | | Taux d'attaque pour chaque épidémie d'une maladie prioritaire |
| 11. | | Nombre d'épidémies détectés au niveau national n'ayant pas été identifiées au niveau du district pendant l'année écoulée |
| 12. | Confirmation | Proportion de districts rapportant des données de laboratoire pour les maladies sous surveillance |
| 13. | supervision | Proportion de laboratoires de district ayant été supervisés au moins une fois et dont la supervision a donné lieu à un rapport écrit par le niveau régional ou central durant l'année écoulée |
| 14. | Retro information | Proportion de régions transmettant l'analyse mensuelle des données de laboratoire au laboratoire national de référence |

Indicateurs de performance des principales fonctions pour l'application du RSI (2005)

| | |
|----|--|
| 1. | Proportion d'hôpitaux répondant aux exigences de prévention et de lutte contre les Infections |
| 2. | Proportion de districts disposant d'une cartographie des risques sanitaires et des ressources |
| 3. | Proportion de districts transmettant des informations provenant de la surveillance des événements |
| 4. | Proportion de districts ayant reçu de leurs autorités nationales les lois ou les outils nécessaires à l'application du RSI |
| 5. | Proportion de districts ayant mis en place un comité de coordination fonctionnel des secteurs concernés par l'application du RSI |

8.1.1 Sélectionner les données pour les indicateurs

Après avoir choisi les indicateurs appropriés, préciser le numérateur et le dénominateur. Par exemple, le district souhaite que toutes les structures sanitaires conservent les courbes de tendance d'un certain nombre de maladies prioritaires. Le numérateur et le dénominateur sont définis comme suit :

Indicateur : Proportion d'établissements sanitaires dans le district qui disposent de courbes de tendance des maladies prioritaires

Numérateur : Nombre d'établissements sanitaires qui disposent de courbes de tendance des maladies prioritaires.

Dénominateur : Nombre d'établissements sanitaires *de soins* dans le district.

8.1.2 Vérifier la disponibilité des sources de données

Chaque niveau doit s'assurer que le niveau qu'il supervise dispose des sources de données suivantes.

| Formulaires | Niveau | | | |
|---|-------------------------|----------|--------|---------|
| | Etablissement sanitaire | District | Région | Central |
| Grille de supervision pour suivre les indicateurs <i>(Exemples de Grille en Annexe de cette Section)</i> | X | X | X | X |
| Registre des consultations externes | X | | | |
| Registre d'hospitalisation | X | | | |
| Formulaires de notification des établissements sanitaires | X | | | |
| Formulaires individuels de notification des cas et/ou listes descriptives | X | X | X | X |
| Rapport d'investigation sur les épidémies | X | X | X | X |
| Registre des épidémies suspectées et des rumeurs | X | X | X | X |
| Rapports d'inspection émanant du district ou de la région | X | X | X | X |
| Rapports de laboratoire reçus | X | X | X | X |

8.2 Contrôler la qualité des activités de surveillance au niveau du district

Le degré de ponctualité (promptitude) et d'exhaustivité (complétude) à chacun des niveaux est l'un des principaux indicateurs de qualité du système de notification. Il sera plus facile de détecter les problèmes et d'intervenir rapidement si les rapports sont envoyés et reçus à temps. L'indicateur d'exhaustivité détermine si toutes les unités qui envoient des rapports ont communiqué leurs données comme prévu. Si les rapports parviennent en retard ou ne sont pas transmis, l'information agrégée pour le district (ou toute autre zone administrative) ne sera pas exacte. Des épidémies peuvent alors passer inaperçues et l'on manquera l'occasion d'intervenir en réponse aux problèmes sanitaires.

8.2.1 Contrôler et évaluer la détection et la notification des maladies ou événements à déclaration immédiate

Il est important de contrôler la capacité du système à détecter les maladies ou les événements à déclaration immédiate. Pour y parvenir, il faut évaluer l'intervalle entre l'apparition de la maladie chez le premier patient identifié et le moment où ce cas initial a été vu

dans l'établissement sanitaire. Un délai trop long peut affecter gravement le pronostic des patients et favoriser la propagation de l'épidémie.

Pour les maladies à déclaration immédiate, il convient aussi de contrôler le délai entre l'apparition de la maladie et la notification à l'établissement sanitaire par la communauté (objectif : dans les 48 heures), le délai dans la transmission de la notification au district par l'établissement de soin (objectif : dans les 24 heures) et le temps écoulé entre le moment où le seuil est atteint et celui où des mesures concrètes sont prises (objectif : dans les 48 heures).

8.2.2 Contrôler la ponctualité et l'exhaustivité de la notification mensuelle

Pour évaluer la ponctualité de la notification et l'exhaustivité de l'information, il convient de contrôler de manière systématique la réception des notifications. A cet effet, il est conseillé d'utiliser au niveau du district un outil de contrôle, par exemple un registre des notifications reçues. Un modèle de formulaire pour vérifier la ponctualité des déclarations figure en Annexe 8G à la fin de cette section.

En enregistrant et en examinant systématiquement les dates de réception des rapports, on peut facilement évaluer tous les mois l'efficacité du système lors de l'analyse des données de la surveillance régulière et au cas par cas. On peut, par exemple, utiliser le registre des notifications reçues pour :

- Déterminer le nombre de sites ayant transmis des notifications pendant un mois donné.
- Identifier les sites qui ont transmis leur notification.
- Évaluer le nombre de rapports transmis à temps, c'est-à-dire avant le dernier jour du mois suivant (par exemple les données de mars reçues par le niveau supérieur au 30 avril).

8.2.3 Identifier les problèmes et prendre des mesures appropriées

Si l'opération de contrôle révèle qu'un établissement sanitaire ou autre site n'a pas transmis de notification ou l'a transmise en retard, prendre contact avec le responsable de la surveillance au sein de l'établissement. En collaboration avec le personnel compétent, déterminer la cause du problème et, ensemble, élaborer des solutions. Vérifier, par exemple, si le personnel de santé dispose d'un stock de formulaires de déclaration suffisant ou de moyens de communication rapide par texto (SMS) ou radiotéléphone. Il se peut qu'une personne nouvellement recrutée dans l'établissement ne connaisse pas la procédure de notification. Il est

possible également que le personnel ne reçoive aucun retour d'information après l'envoi des notifications ou qu'il ne dispose pas des ressources lui permettant de prendre les mesures qui s'imposent suite au retour d'information.

En collaboration avec le site de notification, élaborer des stratégies visant à améliorer la situation. Expliquer que le district peut aider plus efficacement le personnel de santé à planifier les ripostes et à les mettre en œuvre si l'information est complète. Par exemple, si le manque de ressources est un problème, le district pourra s'appuyer sur les informations fournies dans les notifications pour sensibiliser les niveaux supérieurs du système.

8.2.4 Transmettre aux niveaux supérieurs des informations sur la ponctualité et l'exhaustivité des notifications

Lors de l'envoi des rapports de routine concernant le nombre de cas recensés au niveau régional ou central, il faut inclure les données relatives à la ponctualité et à l'exhaustivité. Cela permettra aux divers échelons du système de santé d'avoir une vision plus claire de la situation et d'évaluer la qualité des données transmises. Par exemple, si un rapport soumis au niveau central stipule que deux cas de rougeole ont été détectés au cours du mois, il convient de mentionner le nombre d'établissements sanitaires ayant fait une notification pendant cette période. Pour les autres niveaux qui vont évaluer les données, il est important de savoir si ces deux cas proviennent de notifications émanant de 20% ou de 100% des sites de notification.

8.3 Superviser les activités de surveillance et de riposte

Le processus de supervision a pour but d'améliorer la performance. Il ne s'agit pas d'une inspection pour sanctionner les agents ; bien au contraire, la supervision vise à maintenir la bonne qualité des services.

Pour que le système marche bien, les superviseurs et les professionnels de la santé doivent collaborer afin de mesurer les progrès accomplis, identifier les problèmes, déterminer la cause des difficultés et élaborer des solutions réalistes.

8.3.1 Préparer les descriptions de postes pour le personnel de surveillance

Les descriptions de poste constituent la base de la supervision et de l'évaluation des performances. Examiner celles qui concernent le personnel de santé ayant un rôle à jouer dans le système de surveillance et de riposte afin de vérifier si les informations suivantes y figurent :

- Tâches de surveillance à accomplir
- Autorité dont dépend le membre du personnel de santé
- Autres membres du personnel supervisés par la catégorie ou la personne spécifique

8.3.2 Préparer un plan de supervision

Incorporer les objectifs de surveillance et de riposte dans le plan général de supervision du district. Par exemple :

- Déterminer la fréquence avec laquelle il faudra contrôler la performance du personnel de santé. Un district peut décider d'effectuer une visite de supervision au moins 2 fois par an dans chaque structure de soins. Selon les ressources disponibles, ces visites seront plus fréquentes (une fois par mois).
- Demander aux superviseurs de programmer un an à l'avance les supervisions qu'ils ont à effectuer dans les établissements de soins et dans tous les sites communautaires qui leur transmettent des notifications.
- S'assurer de la disponibilité de moyens de transport pour les activités de supervision et de surveillance. Coordonner, par exemple, les déplacements ou la logistique des visites de supervision avec les missions prévues pour d'autres programmes ou activités.
- Inclure dans la supervision des activités de surveillance du district d'autres sites de notification, notamment les dispensaires, centres médicaux et sites de notification communautaires. Inclure si possible les établissements de soins privés.

8.3.3 Utiliser une check-list pour la supervision

Chaque établissement sanitaire est confronté à des problèmes et à des priorités qui lui sont propres et qui exigent des solutions et des corrections spécifiques. Pour inciter le personnel de l'établissement à apporter les améliorations requises, on élaborera une check-list graduée qui guidera la visite de supervision (voir Annexe 8H un exemple de check-list). Les points qui y figurent sont choisis d'après ce qui a déjà été accompli dans l'établissement sanitaire. Lorsque ce dernier a atteint un objectif (par exemple, l'utilisation cohérente des définitions de cas standardisées), on verra, avec le personnel, comment à passer au point ou à l'indicateur de contrôle de performance suivant, (par exemple, l'utilisation des seuils d'intervention). Il

conviendra alors de modifier en conséquence la check-list. Celle-ci permettra aux agents de santé, lors des visites suivantes, de suivre leurs activités et d'évaluer les progrès qu'ils auront réalisés dans l'amélioration du système.

Lors de la visite, utiliser également une check-list pour voir si le personnel de santé applique correctement les fonctions de surveillance recommandées. A titre d'exemple, le responsable de la surveillance au niveau du district devra vérifier, lors de la visite de supervision de l'établissement sanitaire, les fonctions suivantes :

| | |
|---|---|
| Identification et enregistrement des cas | Examiner le registre clinique pour voir si les diagnostics correspondent aux définitions de cas <i>Vérifier que toutes les colonnes du registre ont été remplies correctement</i> |
| Confirmation des cas | Comparer le nombre de cas de maladies prioritaires consignés dans les registres des laboratoires avec le nombre de cas vus au dispensaire pendant la même période. Comparer, par exemple, le nombre de frottis positifs pour le paludisme avec le nombre de cas hospitalisés pour paludisme |
| Notification | Demander la copie des dernières notifications portant sur la période la plus récente. Comparer le nombre de cas de maladies prioritaires notifiés avec le chiffre mentionné dans le registre. Comparer la date à laquelle la notification des cas a été envoyée avec la date recommandée pour l'envoi du rapport. Vérifier les rapports pour s'assurer qu'ils sont complets et exacts |
| Examen et analyse des données | Vérifier si les courbes de tendances sont établies et mises à jour pour les maladies prioritaires. Demander à voir le livret d'analyse de l'établissement de soins s'il existe. Vérifier si les tendances relatives aux maladies sélectionnées sont à jour. |
| Préparation | Vérifier les stocks de médicaments, fournitures et vêtements de protection d'urgence pour s'assurer qu'ils sont en quantité suffisante |

Remarque – On trouvera en Annexe 8H à la fin de cette section un modèle de check-list pour la supervision. Les questions à poser durant la visite de supervision pourront être adaptées ou modifiées pour correspondre aux problèmes particuliers et aux progrès accomplis dans la mise en œuvre du système de surveillance intégrée au sein de l'établissement.

8.3.4 Effectuer les visites de supervision

Débuter les visites de supervision programmées périodiquement dans le district pour vérifier que :

- Les fournitures nécessaires (formulaires, aide-mémoire ?), les directives et les définitions de cas standardisées sont bien disponibles.
- Le personnel de santé sait comment identifier les cas suspects de maladies prioritaires vus dans leur établissement en utilisant les définitions de cas standardisées.
- Les maladies prioritaires sont enregistrées dans le registre des cas conformément à la définition de cas.
- Certaines données sont analysées dans l'établissement sanitaires de soins afin d'identifier les seuils d'intervention aussi bien pour les maladies prioritaires notifiées systématiquement (maladies importantes pour la santé publique) que pour les maladies faisant l'objet d'une surveillance au cas par cas (maladies à potentiel épidémique ou faisant l'objet de mesures d'éradication ou d'élimination).
-
- Les notifications de maladies pour lesquelles un seul cas constitue une suspicion d'épidémie déclenchent rapidement une investigation.
-
- Des mesures de riposte sont prises après confirmation de l'épidémie ou identification de problèmes sanitaires suite à une notification de routine.
- Les activités de riposte font l'objet d'une évaluation et l'établissement sanitaire de soins prend des mesures pour améliorer les activités de surveillance et la préparation à la riposte aux épidémies.

Lors de la visite, il ne faut pas oublier de :

1. Faire un retour d'information pour les agents de santé. Afin de leur signaler ce qui marche bien et ce qui ne marche pas. Il faut leur donner également un retour d'information sur la manière dont les données communiquées antérieurement ont servi à détecter les épidémies et à prendre des mesures visant à réduire la morbidité, la mortalité et les handicaps dans le district. Si des améliorations sont nécessaires, examiner les solutions avec le personnel.
2. Fournir si besoin une formation accélérée en cas de problème identifié. Par exemple, lors de l'examen du registre d'analyse, le superviseur remarque que les taux de létalité n'ont pas été calculés correctement. Il va rencontrer le personnel chargé de ces calculs et leur montrer la marche à suivre.
3. Donner suite aux demandes d'assistance, notamment en ce qui concerne les équipements ou les autres fournitures destinés ~~à~~ aux interventions d'urgence.
4. Si la solution à un problème particulier avait été identifiée lors d'une visite précédente, vérifier que la solution a été correctement appliquée. Vérifier si les problèmes sont toujours présents, et trouver une autre solution si nécessaire.

8.3.5 Rédiger un rapport de supervision

Dans le rapport il faut mentionner les progrès constatés au cours de la visite, préciser les interventions planifiées avec le personnel de santé les demandes éventuelles de ressources ou de financements complémentaires et mentionner les problèmes particuliers.

8.3.6 Profiter des visites de supervision pour améliorer les activités de surveillance dans le district

Les visites effectuées auprès des superviseurs de la surveillance d'une part et d'autre part auprès des programmes régionaux de lutte contre les maladies constituent de bonnes occasions d'évaluer et améliorer la lutte contre la maladie dans votre district. Par exemple, si le coordonnateur du programme ou un responsable national de la lutte contre le paludisme antipaludique visite le district, vous pouvez discuter avec lui des raisons pour lesquelles le

nombre de décès par paludisme en milieu hospitalier n'a pas baissé et obtenir des informations à propos de certaines idées ou ressources complémentaires que pourrait fournir le programme national de lutte contre le paludisme.

8.4 Evaluer la performance du système de surveillance et de riposte

Le but est d'évaluer l'efficacité du système de surveillance et de riposte en termes de ponctualité des données, de préparation, de gestion des cas, de performance globale et d'utilisation des indicateurs pour identifier les problèmes ou les domaines susceptibles d'être améliorés.

On sélectionnera les indicateurs correspondant aux priorités et aux objectifs annuels du district en fonction du stade de développement de la surveillance.

8.4.1 Compiler et organiser les données de la surveillance

Le district devra résumer les données de surveillance reçues de tous les établissements sanitaires situés dans son périmètre et soumettre le rapport au niveau régional ou central approprié. La transmission du rapport ne devra pas être retardée pour cause de réception tardive des rapports de certains établissements sanitaires. Soumettre tous les rapports reçus à temps. Les rapports retardataires pourront être transmis quand ils arriveront. Suivre les établissements sanitaires qui n'ont pas envoyé de rapport ou qui l'envoient régulièrement en retard.

Aider les établissements sanitaires de soins à résoudre les problèmes qui pourraient les retarder dans la transmission de leurs notifications récapitulatives. Informer régulièrement les structures sanitaires des résultats de l'indicateur. Le retour d'information est un outil positif pour inciter le personnel sanitaire à fournir des informations en temps voulu et à participer au système national.

La région sanitaire devra compiler les données de surveillance reçues de tous les districts de la région et soumettre le rapport au niveau central. La transmission du rapport ne devra pas être retardée dans l'attente des rapports retardataires. Les rapports reçus en temps voulu doivent être aussitôt compilés et transmis. Les rapports reçus tardivement pourront être envoyés séparément.

Le niveau central devra compiler les données de surveillance reçues de toutes les régions et rechercher si des épidémies sont passées inaperçues au niveau du district. Il devra assurer un suivi dans les zones dont les rapports ne sont pas fiables ou qui n'envoient pas de rapports ; fournir une assistance aux districts pour l'évaluation de leurs indicateurs de performance et pour la mise en œuvre de mesures correctrices. Enfin, il devra apporter un retour d'information, à tous les niveaux.

Chaque niveau utilisera un diagramme (annexe 8B) pour suivre la performance de ses propres indicateurs et informera le personnel des résultats. Faire état des succès et aider le personnel de santé à continuer à progresser. En cas de problème, identifier avec lui la cause et les moyens de le résoudre. Demander si besoin de l'aide ou des ressources supplémentaires au niveau supérieur.

Réunir les informations provenant de différentes sources :

- Les objectifs de l'année en cours figurant dans le plan annuel du district, pour améliorer la surveillance et la riposte ;
- Les notifications récapitulatives mensuelles des cas et des décès transmises au district, les cartes détaillées et autres résultats d'analyse obtenus par le district ;
- Tous les résultats des enquêtes ou des études spéciales réalisées dans le district au cours de l'année écoulée ;
- Les formulaires individuels d'investigation des cas et les comptes-rendus des activités de riposte menées dans le district.
- Les informations récapitulatives émanant de la communauté et du personnel de santé.

8.4.2 Analyser les résultats

Lors de l'évaluation des données récapitulatives pour l'année écoulée, déterminer les points suivants :

- Les rapports étaient-ils complets, précis et remis en temps voulu ?
- Quels ont été, pendant l'année écoulée, les changements de tendance significatifs pour la maladie ou les événements sanitaires ? En cas de recrudescence, le problème a-t-il été identifié ?
- Si des cas supplémentaires continuent d'être enregistrés, quelle est leur cause ? Où surviennent-ils ?
- Des mesures ponctuelles et appropriées ont-elles été prises en réponse aux données de surveillance ?
- Les visites de supervision ont-elles eu lieu comme prévu ? Le travail de suivi a-t-il été réalisé comme prévu ?
- La communauté a-t-elle le sentiment que les activités de riposte ont été un succès ?
- Des mesures ont-elles été prises pour répondre aux requêtes ou suggestions du personnel sanitaire concernant les services ou la surveillance ?
- Des mesures appropriées ont-elles été prises pour prévenir la survenue d'événements similaires ?

8.4.3 Identifier les problèmes et leurs causes

Si, du fait de certains problèmes, le district n'a pas atteint un des objectifs fixés ou si un des indicateurs montre qu'il n'a pas atteint le niveau de performance souhaité, il faut rechercher la cause de l'écart entre ce qui a été planifié et le résultat obtenu. Si un problème est décelé, il faut discuter avec l'équipe de district et le personnel de l'établissement pour en déterminer l'origine.

8.4.4 Actualiser les projets visant à améliorer la surveillance et la riposte

Il faut :

- incorporer au programme du district les activités qui marchent bien et qu'il convient de poursuivre.
- Mentionner également les solutions pratiques envisagées en fonction des résultats de l'évaluation concernant l'année écoulée.
- Programmer l'application des solutions, par exemple :
 1. Décrire la nouvelle activité et ses objectifs
 2. Désigner le personnel chargé de réaliser l'activité
 3. Estimer le coût de l'activité
 4. Elaborer un calendrier pour cette activité et établir la séquence logique des interventions
 5. Déterminer la logistique nécessaire pour la nouvelle activité (équipement, personnel, transport, attribution des ressources).

8.4.5 Donner aux établissements sanitaires un retour d'information sur l'évaluation

Donner aux établissements sanitaires et autres parties intéressées au sein du district un rapport et un retour d'information sur l'évaluation. Dans le retour d'information mentionner :

- Les objectifs de l'année écoulée
- Les résultats obtenus
- Les raisons probables des écarts éventuels entre les projections et les résultats
- Les solutions recommandées et, par ordre de priorité, les activités destinées à améliorer la surveillance et la riposte dans le district.

ANNEXES A LA SECTION 8

- ANNEXE 8A** : Principaux indicateurs SIMR pour les établissements sanitaires
- ANNEXE 8B** : Diagramme de suivi des performances selon les indicateurs SIMR au niveau de l'établissement sanitaires
- ANNEXE 8C** : Principaux indicateurs SIMR pour le district
- ANNEXE 8D** : Principaux indicateurs pour suivre l'application du RSI au niveau du district
- ANNEXE 8E** : Principaux indicateurs SIMR pour la région
- ANNEXE 8F** : Principaux indicateurs SIMR pour le niveau central
- ANNEXE 8G** : Modèle de formulaire pour l'évaluation de la promptitude et la complétude des rapports de notifications mensuelles transmises au district par les établissements de soins
- ANNEXE 8H** : Check-list pour la supervision des activités de surveillance et de riposte dans les établissements sanitaires
- ANNEXE 8I** : Diagramme de suivi des performances selon les indicateurs SIMR au niveau du district et de la région

ANNEXE 8A Principaux indicateurs SIMR pour les établissements sanitaires

| Indicateur | But | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Objectif |
|---|---|--|---|---|----------|
| 1 Proportion de rapports de surveillance complets ⁴ transmis en temps voulu au district | Evaluer les pratiques des établissements de soins dans la transmission en temps voulu des rapports de surveillance au niveau supérieur | Nombre de rapports de surveillance complets soumis au district en temps voulu | Nombre de rapports de surveillance attendus des établissements sanitaires | Diagramme de suivi pour la soumission des rapports en temps voulu ⁵ | 80% |
| 2 Proportion de maladies prioritaires pour lesquelles on dispose d'une courbe graphique ⁶ à jour ⁷ | Evaluer les pratiques et la capacité à analyser les données de surveillance | Nombre de maladies prioritaires pour lesquelles on dispose d'une courbe graphique | Nombre de maladies prioritaires | Check-list des activités du responsable de l'établissement sanitaires Fiches récapitulatives SIMR de l'établissement sanitaire | 80% |
| 3 Proportion de cas de maladies faisant l'objet d'un programme d'élimination, ou d'éradication ou autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiés à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives | Evaluer la notification des données de surveillance comportant des informations détaillées pouvant être utilisées pour des analyses complémentaires | Nombre de maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiées dans des formulaires individuels ou des listes descriptives | Nombre total de cas de maladies prioritaires sélectionnées pour une surveillance au cas par cas dans l'établissement sanitaires | Fiches récapitulatives périodiques Formulaires individuels de notification des cas Listes descriptives | 80% |
| 4 Proportion de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau du district dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Evaluer la détection précoce et la notification en temps voulu des épidémies | Nombre de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au district dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Nombre total de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique dans l'établissement sanitaires | Registre des suspicions d'épidémies et des rumeurs de l'établissementsanitaires | 80% |

⁴ Pour cet indicateur, le terme 'complet' signifie que toutes les cases du formulaire de notification ont été remplies.

⁵ Une grille pour contrôler la performance de l'établissement sanitaires de soins est disponible plus loin.

⁶ L'équipe SIMR nationale doit définir la liste des maladies pour lesquelles il faut réaliser une courbe graphique à conserver par l'établissement de soins. AFRO recommande aux établissements sanitaires de conserver les courbes pour au moins 1) l'analyse hebdomadaire des tendances pour la méningite cérébrospinale, en particulier dans les pays de la ceinture de la méningite, 2) les cas d'hospitalisation et de décès chez les enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme et 3) les tendances pour le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

⁷ 'A jour', pour ces indicateurs, signifie que la courbe doit être le reflet des données des trois derniers mois.

| | | | | | |
|--|--|---|---|--|---|
| 5 Taux de létalité de chacune des maladies à potentiel épidémique notifiée | Evaluer la qualité de la prise en charge des cas | Nombre de décès pour chacune des maladies à potentiel épidémique | Nombre de cas de la même maladie à potentiel épidémique | Fiches récapitulatives périodiques Rapports d'investigation des épidémies | En fonction de la maladie considérée |
|--|--|---|---|--|---|

ANNEXE 8B Diagramme de suivi des performances selon les indicateurs SIMR au niveau de l'établissement sanitaires

Instructions :

Utiliser ce diagramme pour suivre la performance de l'établissement sanitaire d'après les indicateurs SIMR appropriés.

Tous les mois, résumer et compiler les données récapitulatives de l'établissement sanitaire pour les maladies prioritaires. Transmettre ces synthèses au niveau du district en temps voulu. Enregistrer sur ce diagramme les résultats de l'indicateur. Présenter ce diagramme au superviseur du district durant sa visite à l'établissement sanitaire, ou l'apporter à la réunion trimestrielle de district

| | Jan | Fév | Mar | Avr | Mai | Juin | Juil | Août | Sep | Oct | Nov | Déc |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|------|------|------|-----|-----|-----|-----|
| Proportion de rapports de surveillance complets soumis au district en temps voulu | | | | | | | | | | | | |
| Proportion de maladies prioritaires pour lesquelles une courbe graphique est disponible | | | | | | | | | | | | |
| Proportion de cas de maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas notifiées au district dans des formulaires individuels ou des listes descriptives | | | | | | | | | | | | |
| Proportion de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau du district dans les 2 jours qui ont suivi le franchissement du seuil d'alerte | | | | | | | | | | | | |
| Létalité et taux d'attaque de chacune des maladies à potentiel épidémique notifiée | | | | | | | | | | | | |
| Répondre par OUI ou par NON pour chacun des éléments de la check-list | | | | | | | | | | | | |
| Les rapports de surveillance ont-ils été transmis en temps voulu? | | | | | | | | | | | | |
| Les courbes des tendances sont-elles à jour ? | | | | | | | | | | | | |
| Si OUI, avez-vous observé un changement de tendance ? | | | | | | | | | | | | |
| Si OUI, le seuil a-t-il été franchi ? | | | | | | | | | | | | |
| Si OUI, avez-vous fait en sorte d'alerter le district ? | | | | | | | | | | | | |

ANNEXE8C

Principaux indicateurs SIMR pour le district

| Indicateur | But | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Objectif |
|--|---|--|--|--|----------|
| 1 Proportion d'établissements sanitaires transmettant les rapports de surveillance au district en temps voulu | Evaluer la promptitude de la transmission des rapports de surveillance | Nombre d'établissements sanitaires qui ont transmis leurs rapports de surveillance au district en temps voulu | Nombre d'établissements sanitaires dans le district | Diagramme de suivi des notifications reçues en temps voulu ⁸ | 80% |
| 2 Proportion de cas de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiés à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives | Evaluer la transmission des données de surveillance comportant des informations détaillées pouvant être utilisées pour des analyses complémentaires | Nombre de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiées à l'aide de formulaires individuels ou listes descriptives | Nombre total de cas de maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas survenus dans le district | Fiches récapitulatives périodiques Formulaires individuels de notification ou listes descriptives pour les maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication et pour les maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas | 80% |
| 3 Proportion de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau du district dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Evaluer l'utilisation des données et des seuils pour la détection précoce des épidémies et la notification au niveau local en temps voulu | Nombre de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au district dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Nombre de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique dans le district | Registre des suspicions d'épidémies et des rumeurs Livret d'analyse du district ou autre outil d'analyse de routine | 80% |
| 4 Proportion de maladies prioritaires pour lesquelles on dispose d'une courbe graphique ⁹ à jour. ¹⁰ | Evaluer la pratique et la capacité du comité de gestion des urgences du district à analyser les données de surveillance | Nombre de maladies sélectionnées (au moins paludisme et méningite à méningocoques dans les districts à haut risque de méningite) pour lesquelles on dispose d'une courbe graphique à jour | Nombre total de maladies sélectionnées nécessitant une courbe graphique (au moins le paludisme et la méningite à méningocoque si le district est à haut risque de méningite) | Diagramme de suivi de l'indicateur Livret d'analyse du district | 80% |
| 5 Proportion | Evaluer la pratique et la | Nombre d'établissements | Nombre total d'établissements | Rapport de supervision Outils d'analyse des | 80% |

⁸Un modèle de diagramme pour suivre la performance de l'indicateur de district figure dans l'Annexe 5.

⁹ L'équipe SIMR nationale doit définir la liste des maladies pour lesquelles il faut tracer une courbe graphique à conserver par l'établissement de soins. AFRO recommande aux établissements sanitaires de conserver les courbes pour au moins 1) l'analyse hebdomadaire des tendances pour la méningite cérébrospinale, en particulier dans les pays de la ceinture de la méningite, 2) les cas d'hospitalisation et de décès chez les enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme et 3) les tendances pour le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

¹⁰ 'A jour' pour ces indicateurs indique que la courbe doit être le reflet des données des trois derniers mois.

| Indicateur | But | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Objectif |
|--|--|--|---|--|---------------------------------|
| d'établissements de soins disposant d'une analyse des tendances (courbe graphique) à jour pour les maladies prioritaires sélectionnées | capacité de l'équipe de l'établissement sanitaires à analyser les données de surveillance | sanitaires disposant d'analyses des tendances pour les maladies prioritaires sélectionnées | sanitaires dans le district | données de l'établissement sanitaires | |
| 6 Proportion de rapports d'investigation d'épidémies comportant des données individuelles analysées | Evaluer la disponibilité de variables additionnelles pour une analyse complémentaire | Nombre de rapports d'enquêtes sur des épidémies comportant des données individuelles | Nombre total de rapports d'enquêtes sur des épidémies menées dans le district | Rapport d'enquête Courbe épidémique Carte (Cartographie) Tableau d'analyse des cas individuels Listes descriptives ou formulaires de notification individuelle | 80% |
| 7 Proportion d'épidémies ayant donné lieu à des investigations avec résultats de laboratoire | Evaluer la capacité du laboratoire à confirmer le diagnostic et son implication dans les activités de surveillance | Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation avec résultats de laboratoire sur une période donnée | Nombre total d'épidémies ayant donné lieu à des investigations sur une période donnée | Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs Comptes-rendus de laboratoire Rapports d'investigation des épidémies | 80% |
| 8 Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à une riposte selon les recommandations nationales | Evaluer la capacité du district à riposter aux épidémies | Nombre d'épidémies confirmées ayant donné lieu à une riposte selon les recommandations nationales | Nombre d'épidémies confirmées dans le district | Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs Rapports d'investigation des épidémies Rapports d'inspection | 80% |
| 9 la létalité pour les épidémies de maladies prioritaires | Evaluer la qualité de la prise en charge des cas | Nombre de décès dus à chacune des maladies responsables d'épidémies | Nombre de cas de cette maladie au cours de la même épidémie | Fiches récapitulatives périodiques Rapport d'investigation des épidémies | Varie en fonction de la maladie |
| 10 Taux d'attaque pour chaque épidémie due à une maladie prioritaire | Faciliter l'identification de la population à risque et déterminer l'efficacité de l'intervention | Nombre de nouveaux cas de maladie à potentiel épidémique survenus pendant l'épidémie | Taille de la population à risque durant l'épidémie | Données démographiques du district Rapport d'investigation de l'épidémie Listes descriptives ou formulaires individuels de notification des cas | Varie en fonction de la maladie |

ANNEXE 8D Principaux indicateurs pour suivre l'application du RSI au niveau du district

| Indicateur RSI | Objectif | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Cible |
|--|---|--|---|---|-------|
| 1. Proportion d'hôpitaux répondant aux exigences de Prévention et Lutte contre les Infections (PLI) | Evaluer la pratique et la capacité de des hôpitaux à appliquer les exigences de PLI | Nombre d'hôpitaux déclarant qu'ils répondent aux exigences de PLI | Nombre total d'hôpitaux dans le district | Fiches récapitulatives périodiques Rapports d'inspection | 80% |
| 2. Proportion de districts disposant d'une cartographie des risques sanitaires et des ressources | Evaluer la pratique et la capacité des districts à cartographier les ressources disponibles et les risques sanitaires | Nombre de districts déclarant qu'ils disposent d'une cartographie des risques sanitaires et les ressources | Nombre total de districts censés disposer d'une cartographie des risques sanitaires et des ressources disponibles | Rapports d'évaluation des risques Rapports d'inspection | 80% |
| 3. Proportion de districts transmettant des informations basées sur la surveillance des événements | Evaluer la pratique et la capacité des districts à transmettre des rapports de surveillance des événements | Nombre de districts transmettant des informations de surveillance des événements | Nombre total de districts | Fiches récapitulatives périodiques Rapports d'inspection | 80% |
| 4. Proportion de districts disposant de lois ou d'outils juridiques suffisants pour l'application des exigences du RSI | Evaluer l'utilisation des lois ou des outils juridiques pour faciliter l'application des exigences du RSI | Nombre de districts déclarant disposer de lois ou d'outils juridiques | Nombre total de districts | Fiches récapitulatives périodiques Rapports d'inspection | 80% |

| Indicateur RSI | Objectif | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Cible |
|--|--|---|---------------------------|--|-------|
| 5. Proportion de districts possédant des mécanismes pour la coordination des secteurs concernés par l'application du RSI | Evaluer la pratique et la capacité des districts à coordonner l'application du RSI | Nombre de districts possédant des mécanismes pour la coordination des secteurs concernés par l'application du RSI | Nombre total de districts | Comptes-rendus des réunions Rapports d'inspection | 80% |

ANNEXE 8E

Principaux indicateurs SIMR pour la région

| Indicateur | But | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Cible (%) |
|---|---|---|---|--|-----------|
| 1 Proportion de rapports de surveillance mensuels transmis par le district à la région en temps voulu, au cours des 3 derniers mois | Evaluer la pratique de transmission des données de surveillance en temps voulu | Nombre de districts ayant transmis des rapports SIMR à la région en temps voulu | Nombre total de districts transmettant des informations à la région | Diagrammes de suivi Fiches récapitulatives périodiques | 80% |
| 2. Proportion de cas de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiés à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives | Evaluer la transmission des données de surveillance comportant des informations détaillées pouvant être utilisées pour des analyses complémentaires | Nombre de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou d'autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiées à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives | Nombre de districts ayant transmis des rapports de surveillance au cas par cas à la région en temps voulu | Fiches récapitulatives périodiques Formulaires individuels de notification des cas ou listes descriptives | 80% |
| 3 Proportion de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau régional dans les deux jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Evaluer la détection précoce et la notification en temps voulu des épidémies | Nombre de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau régional dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Nombre total de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique dans la région | Registre des suspicions d'épidémies et des rumeurs Fiches récapitulatives périodiques | 80% |
| 4 Proportion de districts disposant d'une courbe graphique à jour ¹¹ pour les maladies prioritaires sélectionnées. ¹² | Evaluer la pratique et la capacité à analyser les données de surveillance | Nombre de districts disposant d'une courbe graphique à jour | Nombre de districts | Rapports d'inspection Registres d'analyse du district | 80% |
| 5 Proportion de rapports d'investigation d'épidémies comportant une analyse individuelle | Evaluer la disponibilité de variables additionnelles | Nombre de rapports d'investigation d'épidémies du district comportant une courbe | Nombre de rapports d'investigation d'épidémie | Rapports d'investigation d'épidémies Fiches récapitulatives périodiques | 80% |

¹¹ L'équipe SIMR nationale doit définir la liste des maladies pour lesquelles il faut tracer une courbe graphique à conserver par l'établissement de soins. AFRO recommande aux établissements sanitaires de conserver les courbes pour au moins 1) l'analyse hebdomadaire des tendances pour la méningite cérébrospinale, en particulier dans les pays de la ceinture de la méningite, 2) les cas d'hospitalisation et de décès chez les enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme et 3) les tendances pour le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

¹² 'A jour' pour ces indicateurs indique que la courbe doit être le reflet des données des trois derniers mois

| Indicateur | But | Nominateur | Dénominateur | Source d'information | Objectif |
|---|---|--|--|--|---------------------------------|
| des données | pour des analyses complémentaires notamment sur les facteurs de risque | épidémique, une cartographie, des tableaux d'analyse individuelle et des formulaires de notification individuelle ou des listes descriptives | | | |
| 6 Proportion d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation avec résultats de laboratoire | Evaluer la capacité des laboratoires à confirmer le diagnostic et leur implication dans les activités de surveillance | Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation avec résultats de laboratoire | Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation dans la région | Rapports d'investigation d'épidémies Comptes-rendus de laboratoire Fiches récapitulatives périodiques Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs | 80% |
| 7 Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte recommandées au niveau central national | Evaluer la capacité des provinces à riposter aux épidémies | Nombre d'épidémies confirmées ayant donné lieu à une riposte recommandée au niveau central | Nombre d'épidémies confirmées | Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs Rapports d'investigation d'épidémie Rapports d'inspection | 80% |
| 8 létalité pour chaque maladie à potentiel épidémique notifiée | Evaluer la qualité de la prise en charge des cas | Nombre de décès dus à chaque maladie à potentiel épidémique | Nombre de cas de la même maladie à potentiel épidémique | Fiches récapitulatives périodiques Rapports d'investigation d'épidémie | Varie en fonction de la maladie |
| 9 Taux d'attaque pour chaque épidémie d'une maladie prioritaire | Faciliter l'identification de la population à risque et l'évaluation de l'efficacité de l'intervention | Nombre de nouveaux cas d'une maladie à potentiel épidémique durant une épidémie | Taille de la population à risque durant l'épidémie | Données démographiques de la province Rapports d'investigation d'épidémie Listes descriptives ou formulaires de notification individuelle des cas | Varie en fonction de la maladie |

ANNEXE8F

Principaux indicateurs SIMR pour le niveau central

| Indicateur | But | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Objectif |
|--|---|---|--|--|----------|
| 1 Proportion de rapports SIMR mensuels transmis par la province au niveau national en temps voulu au cours des 3 derniers mois | Evaluer la pratique de transmission des données de surveillance en temps voulu | Nombre de provinces ayant soumis des rapports SIMR au niveau national en temps voulu | Nombre total de région transmettant des rapports au niveau central | Diagramme de suivi Fiches récapitulatives périodiques | 80% |
| 2 Proportion d'établissements de soins transmettant des rapports de surveillance au district en temps voulu | Evaluer la pratique de transmission des données de surveillance des établissements de soins au district | Nombre d'établissements de soins transmettant des rapports aux districts en temps voulu | Nombre de districts | Formulaires de synthèse | 80% |
| 3 Proportion de cas de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiés à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives | Evaluer la transmission des données de surveillance comportant des informations détaillées pouvant être utilisées pour des analyses complémentaires | Nombre de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou d'autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiées à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives | Nombre de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou d'autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas | Fiches récapitulatives périodiques Formulaires individuels de notification des cas ou listes descriptives | 80% |
| 4 Proportion de suspicions d'épidémie de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau provincial dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Evaluer la détection précoce et la notification en temps voulu des épidémies | Nombre de suspicions d'épidémie de maladies à potentiel épidémique, notifiées au niveau provincial dans les deux jours suivant le franchissement du seuil d'alerte | Nombre total de suspicions d'épidémie de maladies à potentiel épidémique | Registre des suspicions d'épidémies et des rumeurs Fiches récapitulatives périodiques | 80% |
| 5 Proportion de districts disposant d'une courbe graphique à jour ¹³ pour les maladies prioritaires sélectionnées ¹⁴ | Evaluer la pratique et la capacité à analyser les données de surveillance | Nombre de maladies prioritaires pour lesquelles une courbe graphique à jour est disponible | Nombre de districts | Rapports d'inspection Livret d'analyse du district | 80% |

¹³ 'A jour' pour ces indicateurs indique que la courbe doit être le reflet des données des trois derniers mois.

¹⁴ L'équipe SIMR nationale doit définir la liste des maladies pour lesquelles il faut tracer une courbe graphique à conserver par l'établissement de soins. AFRO recommande aux établissements sanitaires de conserver les courbes pour au moins 1) l'analyse hebdomadaire des tendances pour la méningite cérébrospinale, en particulier dans les pays de la ceinture de la méningite, 2) les cas d'hospitalisation et de décès chez les enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme et 3) les tendances pour le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.

| Indicateur | But | Numérateur | Dénominateur | Source d'information | Objectif |
|---|--|--|---|---|---------------------------------|
| 6 Proportion de rapports d'investigation d'épidémies comportant une analyse des données individuelles | Evaluer la disponibilité de variables additionnelles pour des analyses complémentaires, notamment des facteurs de risque | Nombre de rapports d'investigation d'épidémies comportant une courbe épidémique, une cartographie, des tableaux et des formulaires de notification individuelle ou des listes descriptives | Nombre de rapports d'investigation d'épidémies | Rapports d'investigation Fiches récapitulatives périodiques | 80% |
| 7 Proportion d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation comportant des résultats de laboratoire | Evaluer la capacité des laboratoires à confirmer le diagnostic et leur implication dans les activités de surveillance | Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation comportant des résultats de laboratoire | Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation | Rapports d'investigation d'épidémie Comptes-rendus de laboratoire Fiches récapitulatives périodiques Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs | 80% |
| 8 Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales | Evaluer la capacité des provinces à répondre aux épidémies | Nombre d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales | Nombre d'épidémies confirmées | Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs Rapports d'investigation d'épidémie Rapports d'inspection | 80% |
| 9 Taux de létalité pour chaque maladie à potentiel épidémique notifiée | Evaluer la qualité de la prise en charge des cas | Nombre de décès dus à chacune des maladies à potentiel épidémique | Nombre de cas de la même maladie à potentiel épidémique | Fiches récapitulatives périodiques Rapports d'investigation d'épidémie | Varie en fonction de la maladie |

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|---------------------------------|
| 10 Taux d'attaque pour chaque épidémie d'une maladie prioritaire | Faciliter l'identification de la population à risque et l'efficacité de la prévention | Nombre de nouveaux cas de maladie à potentiel épidémique durant l'épidémie | Taille de la population à risque durant l'épidémie | Données démographiques du district Rapport d'investigation d'épidémie Listes descriptives ou formulaires individuels de notification des cas | Varie en fonction de la maladie |
| 11 Nombre d'épidémies détectées au niveau national qui étaient passées inaperçues au niveau du district | Vérifier la capacité de l'ensemble du système de santé à détecter les épidémies et démontrer que le niveau national vérifie si les districts observent les tendances | Nombre d'épidémies décelées par le niveau régional ou national central d'après l'analyse des données spécifiques du district | Nombre total d'épidémies notifiées par les districts | Fiches récapitulatives périodiques du district Livret d'analyse du district Rapports d'inspection Rapports de surveillance | Zéro |
| 12 Proportion de districts transmettant des données de laboratoire pour les maladies sous surveillance | Evaluer si les districts collectent et transmettent les données de laboratoire au niveau supérieur | Nombre de laboratoires de districts transmettant mensuellement des données au niveau supérieur | Nombre total de laboratoires de district | Registre national des notifications reçues | |
| 13 Proportion de laboratoires de district qui ont reçu au moins une visite de supervision du niveau régional/central ayant donné lieu à un rapport écrit | Evaluer l'aide reçue par les laboratoires de district inspectés pour résoudre leurs problèmes | Nombre de laboratoires de district ayant été inspectés au moins une fois | Nombre total de laboratoires de district | Rapports du responsable des laboratoires de district (visites de supervision sur place) | |
| 14 Proportion de laboratoires provinciaux transmettant au laboratoire national une analyse des résultats de laboratoire | Evaluer la capacité des niveaux régionaux à analyser les données de laboratoire du district | Nombre de laboratoires régionaux analysant et transmettant mensuellement leurs résultats au laboratoire national | Nombre total de laboratoires régionaux | Laboratoire national de santé publique | |

ANNEXE 8G Modèle de formulaire pour l'évaluation de la promptitude et de complétude des notifications mensuelles transmises au district par les établissements sanitaires

Légende

T = parvenu à temps

R = parvenu en retard

NP = rapport non parvenu

Pays _____

District _____

Année _____

| Nom de l'établissement sanitaire | Janv | Fév | Mars | Avr | Mai | Juin | Juil | Août | Sept | Oct | Nov | Déc |
|---|------|-----|------|-----|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | |
| Nombre total des notifications attendues (N) | | | | | | | | | | | | |
| Nombre total des notifications parvenues à temps (T) | | | | | | | | | | | | |
| Nombre total des notifications parvenues en retard (R) | | | | | | | | | | | | |
| Nombre total de notifications non parvenues (NP) | | | | | | | | | | | | |
| Promptitude des notifications = $100 * T / N$ | | | | | | | | | | | | |
| Complétude des rapports = $100 * (N-NP) / N$ | | | | | | | | | | | | |

* Promptitude et complétude sont exprimées en %. Lorsque le système de surveillance fonctionne bien, leurs taux respectifs doivent avoisiner 100%. Ce tableau permet de suivre l'amélioration de ces deux indicateurs au niveau du district, de façon à pouvoir prendre des mesures pour les améliorer dans chacun des établissements de soins du district

ANNEXE 8H Check-list pour la supervision des activités de surveillance et de riposte dans les établissements sanitaires

Etablissement sanitaires: _____ Date de la visite de supervision : _____

| ACTIVITE | QUESTION DU SUPERVISEUR | REPONSE | COMMENTAIRE (Cause du problème) |
|--|---|----------------------|------------------------------------|
| Identification des cas au sein des communautés | 1. Avec quelle fréquence collectez-vous auprès de la communauté des informations concernant les cas présumés et les décès probablement imputables à une maladie ou affection prioritaire? | _____ | |
| Enregistrement des cas | 1. Les diagnostics des cas de maladie prioritaire sont-ils consignés dans le registre clinique conformément à la définition de cas standardisée? | OuiNon | |
| Déclaration | 1. Le personnel de santé utilise-t-il une définition de cas standardisée pour déclarer les cas présumés et les suspicions d'épidémies ? 2. Enregistrez-vous les informations concernant les maladies à déclaration immédiate sur une fiche individuelle ou une liste descriptive ? | OuiNon OuiNon | |

| | | | |
|------------------------------|--|--|--|
| on et tion du | <ol style="list-style-type: none"> 1. Les 3 dernières notifications mensuelles de routine ont-elles été transmises au bureau du district ? 2. Les 3 dernières notifications mensuelles de routine ont-elles été transmises dans les temps ? | <p>OuiNon</p> <p>OuiNon</p> | |
| préparation émies | <ol style="list-style-type: none"> 1. Quelles sont les précautions prises systématiquement par le personnel de santé (y compris le personnel de laboratoire) avec tous les patients, indépendamment de leur état infectieux ? 2. Comment évaluez-vous la quantité des ressources à stocker pour les situations d'urgence ? | <p>Niveau minimum de précautions standard : _____</p> <p>Méthode d'évaluation des quantités : _____</p> | |

ANNEXE 8I Diagramme de suivi des performances selon les indicateurs SIMR au niveau du district, de la région

District : _____ *Région/Province :* _____ *Année :* _____

Remarque : Calculer le pourcentage exact pour chacune des cases

| Indicateur | Résultats de l'indicateur en pourcentage | | | | | | | | | | | | |
|---|--|------|------|-----|-----|------|------|------|------|-----|-----|-----|-------|
| | Jan. | Fév. | Mars | Avr | Mai | Juin | Juil | Août | Sept | Oct | Nov | Déc | Total |
| Proportion d'établissements sanitaires transmettant des rapports de surveillance en temps voulu (dans les temps) | | | | | | | | | | | | | |
| Proportion de suspicions d'épidémies de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau directement supérieur dans les deux jours du franchissement du seuil d'alerte | | | | | | | | | | | | | |
| Proportion de cas de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination, d'éradication et autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiés au district à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives | | | | | | | | | | | | | |
| Proportion de rapports d'investigation d'épidémie comportant une analyse des données individuelles | | | | | | | | | | | | | |
| Proportion de districts disposant d'une analyse des tendances (courbes) pour les maladies prioritaires sélectionnées | | | | | | | | | | | | | |
| Proportion d'établissements de soins disposant d'une analyse des tendances (courbes) pour les maladies prioritaires sélectionnées | | | | | | | | | | | | | |
| Proportion d'épidémies pour lesquelles on dispose de résultats de laboratoire | | | | | | | | | | | | | |
| Proportion d'épidémies pour lesquelles des mesures de riposte ont été prises selon les recommandations | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| létalité rapporté pour chacune des maladies à potentiel épidémique (maladies prioritaires) | | | | | | | | | | | | | |
| Taux d'attaque rapporté pour chacune des maladies à potentiel épidémique | | | | | | | | | | | | | |
| (Pour le niveau national) Nombre d'épidémies détectées au niveau national qui étaient passées inaperçues au niveau du district | | | | | | | | | | | | | |
| Avez-vous calculé les indicateurs pour ce mois-ci ? | | | | | | | | | | | | | |
| Si OUI, avez-vous utilisé les résultats pour prendre des mesures correctrices ? | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 9

RECAPITULATIF DES DIRECTIVES RELATIVES AUX MALADIES, AFFECTIONS ET EVENEMENTS PRIORITAIRES

Cette section donne des directives spécifiques à chaque maladie, affection et événement prioritaires pour :

- Identifier les buts et les objectifs de la surveillance
- Identifier les données de surveillance à analyser et à interpréter
- Prendre des mesures quand des seuils d'alerte et d'intervention pour des maladies spécifiques sont franchis
- Savoir utiliser les outils et les résultats de laboratoire

Cette section dresse un tableau récapitulatif des directives relatives à chaque maladie, affection et événement prioritaire ciblé pour la surveillance par l’OMS-AFRO. Cette section est destinée uniquement à proposer un système de référence rapide. Pour plus d’informations, se reporter aux références listées dans le récapitulatif. Le tableau ci-dessous explique la façon dont les informations sont présentées.

Maladie, affection ou événement prioritaire ciblé dans le cadre de la SIMR

| |
|---|
| Présentation |
| <p>Dans cette partie, on trouvera des informations générales sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les maladies, affections ou événements, les agents responsables, les zones géographiques affectées et divers autres renseignements épidémiologiques. ▪ Les modes de transmission : interhumaine, contact non protégé avec des liquides biologiques infectieux ou des matériels contaminés, intervention d’un vecteur, etc. ▪ La raison pour laquelle les maladies, affections ou événements sont prioritaires en matière de surveillance. Par exemple, parce qu’ils sont responsables de taux élevés de mortalité, de morbidité et d’invalidité, surtout dans les pays africains. ▪ Les facteurs de risques généraux et spécifiques dans les pays africains. ▪ Les informations complémentaires pouvant être utiles aux équipes SIMR des districts. |
| But de la surveillance |
| Cette partie présente la façon dont les données de surveillance peuvent être exploitées pour prendre des mesures de riposte appropriées |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect : définition permettant d’identifier les cas suspects ou de suspecter une épidémie.</p> <p>Cas probable : définition s’adressant à un cas suspect ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé ou une épidémie.</p> <p>Cas confirmé : définition permettant de classer un cas comme confirmé par des tests diagnostiques de laboratoire.</p> |
| Répondre au seuil d’alerte |
| <p>Certaines maladies, affections ou événements ont des seuils spécifiques, définis par les programmes de lutte, à partir desquels il convient d’alerter la structure de soins ou le district de l’existence d’un éventuel problème.</p> <p><i>Pour les maladies à potentiel épidémique et celles faisant l’objet de mesures d’éradication ou d’élimination, ou pour des événements sanitaires de portée internationale</i>, l’observation d’un seul cas constitue une présomption d’épidémie et exige une notification immédiate, suivie du traitement du patient, du prélèvement d’échantillons pour confirmation par le laboratoire, et d’une investigation du cas afin d’identifier les facteurs de risque et d’éventuelles mesures d’intervention à mettre en œuvre.</p> <p><i>Pour les autres maladies prioritaires importantes en terme de santé publique</i>, on suspectera une épidémie ou un événement, si on constate une concentration, une morbidité ou une augmentation inhabituelles du nombre de cas, par rapport aux périodes antérieures. Ces observations doivent déclencher une investigation sur l’origine de ces événements inhabituels. Si une confirmation par le laboratoire est indiquée, il convient de prélever des échantillons.</p> |
| Répondre au seuil d’intervention |
| <p><i>Pour les maladies à potentiel épidémique et celles faisant l’objet de mesures d’éradication ou d’élimination, ou pour des événements sanitaires de portée internationale</i>, la confirmation d’un cas doit déclencher des mesures de riposte : activité de vaccination en urgence, amélioration de l’accès à l’eau potable, campagnes d’éducation de la population et amélioration de la prise en charge des cas.</p> <p><i>Pour les autres maladies prioritaires, importantes en terme de santé publique</i>, la confirmation d’une épidémie doit donner lieu à une réponse appropriée : amélioration des couvertures vaccinales spécifiques ; renforcement de la prise en charge des cas ; information, éducation et communication en matière de prévention et de lutte contre la maladie ; etc.</p> |

Analyser et interpréter les données

Cette partie comporte des informations d'ordre général sur les données minimum à recueillir, analyser et interpréter. Elle indique également les points essentiels à prendre en compte pour l'interprétation de ces données et les éléments spécifiques importants pour leur analyse (temps, lieu, caractéristiques individuelles).

Confirmation en laboratoire

Cette partie donne des directives pour la confirmation en laboratoire, notamment : les tests diagnostiques appropriés, les méthodes de prélèvement, de conservation et de transport des échantillons requis pour cette confirmation, ainsi que des informations concernant les résultats de laboratoire.

Références

Pour plus d'information, des références appropriées sont indiquées pour chaque maladie. La plupart sont disponibles sur le site Internet de l'OMS.

Affection neurologique (Epilepsie)

Présentation

- L'épilepsie se définit par au moins deux crises épileptiques récurrentes, avec apparition brutale de signes anormaux pouvant être d'ordre moteur, tonique, sensitif, sensoriel, neuro-végétatif ou psycho-comportemental. Ces symptômes peuvent être ou non associés à une perte de connaissance. Cette affection peut survenir à tout âge.
- L'épilepsie est la conséquence la plus fréquente de perturbations des cellules cérébrales qui entraînent un excès de décharges électriques au niveau d'un groupe de neurones. Les crises d'épilepsie peuvent être partielles ou généralisées, selon que la perturbation affecte seulement quelques groupes de cellules ou plusieurs.
- On parle de convulsions ou d'attaque quand les crises s'accompagnent de contractions musculaires. Les convulsions peuvent apparaître à n'importe quel âge. Toutes les convulsions ne sont pas systématiquement synonymes de crise d'épilepsie.
- L'épilepsie est répandue en Afrique. Son taux de prévalence varie de 2,2 à 58 pour 1000. Des études dans 5 pays d'Afrique subsaharienne ont montré une incidence comprise entre 64 et 156 pour 100 000 personnes/an.
- Cette incidence élevée pourrait être la conséquence de facteurs de prédisposition, comme la prématurité (insuffisance des soins périnataux), les traumatismes crâniens, la cosanguinité.
- Il existe également de nombreux facteurs étiologiques liés aux maladies transmissibles (paludisme, tuberculose, méningite, neurocysticercosis et VIH), non transmissibles (hypertension, diabète, alcoolisme et toxicomanie), à la médiocrité des infrastructures médicales, à la mauvaise santé en général et à un faible niveau de vie. L'incompréhension du fait de croyances religieuses, la stigmatisation et l'exclusion des personnes souffrant d'épilepsie ne facilitent pas l'accès à des soins appropriés.
- Le risque de mortalité augmente de façon significative chez les épileptiques, surtout quand la maladie est détectée tardivement à cause du manque de personnel soignant qualifié, capable de diagnostiquer et de traiter les troubles neurologiques.
- Chez les épileptiques, les causes de décès et de blessures sont d'abord liées au status epilepticus (notamment en cas d'arrêt brutal du traitement), aux brûlures et aux noyades.
- Selon des estimations, 80% des personnes souffrant d'épilepsie, dans les pays en développement, ne reçoivent pas de traitement ou ne sont souvent même pas identifiées. Même si le diagnostic étiologique des épileptiques est plus difficile dans les pays en développement par manque de moyens d'investigation, il est cependant possible de diagnostiquer bon nombre d'entre eux sur la base de simples connaissances médicales et épidémiologiques.

But de la surveillance

- Détecter au plus tôt les cas d'épilepsie et intervenir immédiatement pour réduire les taux de morbidité et de mortalité associés à cette affection.
- Enregistrer et suivre les cas d'épilepsie

Définition de cas standardisée

Affection neurologique (Epilepsie)

| | |
|---|---|
| <p>Cas suspect : Toute personne ayant fait une crise d'épilepsie.</p> <p>Nouveau cas suspect : Notifier seulement le premier diagnostic du cas à la structure de soins.</p> <p>Cas confirmé: Toute personne ayant fait au moins deux crises récurrentes d'épilepsie. Toute réponse positive au traitement avec un antiépileptique renforce l'hypothèse d'un cas confirmé. Les crises d'épilepsie peuvent durer de 30 secondes à 3 minutes. Lorsqu'elles se succèdent sans interruption, elles peuvent conduire au status epilepticus.</p> | |
| <p>Répondre au seuil d'alerte</p> | |
| <p>Cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout le personnel de santé doit rechercher les signes avant-coureurs de l'épilepsie. Le diagnostic doit s'appuyer sur des entretiens (description aussi précise que possible du type de crise) avec le patient et ses proches et sur un examen médical. • Une fois le diagnostic établi, rechercher les causes sous-jacentes et les causes associées. Rechercher des augmentations anormales du nombre de cas et, si nécessaire, proposer des mesures environnementales. <p>Cas confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il faut immédiatement administrer un traitement, en commençant par de faibles doses d'antiépileptiques pour les augmenter progressivement jusqu'à obtenir un état stable. En cas de difficulté à maîtriser la crise, augmenter la dose ou essayer un autre antiépileptique, envoyer le patient vers un niveau de soins plus élevé. • Il convient d'orienter le patient vers un niveau de soins plus élevé, si les crises continuent en dépit du traitement pharmacologique ou si la première crise survient chez un adulte de 30 ans ou plus. | |
| <p>Répondre au seuil d'intervention</p> | |
| <p>Tous les cas : Au niveau de la communauté, mener des activités d'information et d'éducation sur l'épilepsie et les facteurs de risque.</p> | |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> | |
| <p>Temps : Tracer la courbe des cas trimestriels.</p> <p>Lieu : Cartographier la répartition des cas par zone d'habitation.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Analyser la répartition des cas par sexe et par âge (par tranche d'âge au delà de l'âge de 6 ans).</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| <p>Tests diagnostiques</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Glycémie au hasard (sang capillaire et sang veineux), dosage des électrolytes pour exclure d'autres affections telles que le diabète et des pathologies rénales. • Faire des examens médicaux appropriés pour exclure d'autres affections telles que paludisme cérébral, méningite, toxoplasmose, calcifications cérébrales suite à une tuberculose (tuberculome cérébral), maladies parasitaires et autres. |

Affection neurologique (Epilepsie)

| | |
|---|---|
| Prélèvements | Sang et liquide céphalorachidien |
| Quand réaliser les prélèvements | Prélèvement pendant l'admission d'urgence du patient (glycémie au hasard) Prélèvement ultérieur pour confirmation (glycémie à jeun) |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | Appliquer les précautions universelles pour minimiser les risques d'exposition aux instruments contondants et aux liquides biologiques. |
| Résultats | Les résultats sont généralement disponibles 1 à 3 heures après l'arrivée des échantillons au laboratoire. |
| Références: | |
| <ul style="list-style-type: none">• OMS, Epilepsy in the WHO African Region: Bridging the Gap, WHO Regional Office for Africa, Congo, 2004.• OMS, Epilepsy: a manual for medical and clinical officers in Africa, Organisation mondiale de la Santé, Genève 2002 | |

Anthrax (humain)

Présentation

- L'Anthrax est une zoonose largement répandue, provoquée par *Bacillus anthracis*, bactérie sporulée Gram positif en forme de bâtonnets. Cette zoonose est transmise à l'homme à partir du bétail (boeufs, moutons, chèvres, buffles, cochons et autres) ou du gibier, par contact direct avec les animaux ou indirect avec leurs produits dérivés.
- La période d'incubation dure de 1 à 7 jours, mais elle peut être plus longue (jusqu'à 2-3 semaines pour la forme cutanée de l'anthrax et jusqu'à 7 semaines pour la forme pulmonaire). Les personnes exposées au risque professionnel incluent ceux qui manipulent les carcasses infectées et ceux qui travaillent dans le traitement des os, des peaux, de la laine et autres produits animaux. Des personnes peuvent également être contaminées en manipulant ou en consommant de la viande d'animaux malades ou morts de la maladie. Il a également été rapporté que la maladie pouvait être transmise des animaux infectés à l'homme par l'intermédiaire de piqûres de mouche. Toutefois, on ne sait pas si ce mode de transmission est efficace et fréquent.
- L'anthrax humain représente un sérieux problème de santé publique dans plusieurs pays et peut provoquer des épidémies explosives (en particulier, la forme gastro-intestinale contractée par ingestion de viande contaminée). Bien que le risque pour la forme pulmonaire de l'anthrax (par inhalation) soit essentiellement professionnel, la menace d'une guerre biologique ne doit pas être négligée. L'anthrax a des conséquences sérieuses sur le commerce des produits animaux.
- La lutte contre l'anthrax repose sur sa prévention dans le bétail. Les programmes uniquement basés sur la prévention chez l'homme sont onéreux et a priori peu efficaces, excepté pour les individus professionnellement exposés.
- Il existe un vaccin efficace pour les personnes professionnellement exposées, de même que pour le bétail, notamment pour les troupeaux continuellement exposés à une végétation et à des sols contaminés.
- Dans la plupart des pays, l'anthrax est une maladie qui doit être notifiée.

But de la surveillance

- Détecter les épidémies
- Superviser les programme de prévention et de lutte

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Toute personne manifestant brutalement les symptômes d'une des formes cliniques de la maladie :

- Forme cutanée :** Toute personne présentant une lésion cutanée évoluant sur une période de 1 à 6 jours, passant d'une papule à une vésicule, puis se transformant en escarre noirâtre, systématiquement accompagnée d'un œdème plus ou moins étendu.
- Forme gastro-intestinale :** Toute personne souffrant de troubles abdominaux caractérisés par des nausées, des vomissements, une anorexie, et suivis de fièvre.
- Forme respiratoire (inhalation) :** Toute personne présentant un bref prodrome évoquant une maladie respiratoire virale aiguë, suivi de l'apparition rapide d'hypoxie, de dyspnée et d'une forte fièvre, avec un élargissement du médiastin visible à la radiographie.
- Forme méningée :** Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale, pouvant être accompagnée de convulsions, d'une perte de conscience, de signes et symptômes méningés ; forme fréquemment observée dans les infections systémiques, mais qui peut aussi ne manifester aucun autre symptôme clinique de l'anthrax.

ET ayantunlien épidémiologique avec des cas suspects ou confirmés chez l'animal ou avec des produits contaminés

Anthrax (humain)

d'origine animale.

Cas confirmé :

Cas cliniquement compatible avec les formes cutanée, respiratoire, gastro-intestinale, confirmé en laboratoire par :

(c) Isolement de *B. anthracis* à partir du tissu ou du site affectés ;

ou

(d) Mise en évidence de la présence de *B. anthracis* à l'aide d'au moins deux tests diagnostiques.

Remarque : *Il n'est pas toujours possible de mettre en évidence la présence de B. anthracis dans les prélèvements cliniques, lorsque le malade a été traité avec des agents antimicrobiens.*

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes (secteurs de la santé publique et de la santé animale) l'information relative au cas.
- Appliquer les mesures barrières standard pour toutes les formes de la maladie. Utiliser un équipement et des vêtements de protection (gants, blouses, masques faciaux), ainsi qu'une protection respiratoire s'il y a des risques d'aérosols. Désinfecter et couvrir toute coupure ou écorchure, avant d'enfiler les vêtements de protection.
- Nettoyer l'environnement à l'eau de javel (désinfection).
- Prendre en charge le patient en lui dispensant des soins de support, ainsi qu'un traitement antibiotique [pénicilline V, pénicilline procaïne (cas sans complications), ou pénicilline G (cas graves)].
- Faire des prélèvements de façon sécurisée pour confirmation du cas par le laboratoire.
- Mener des investigations conjointes (secteurs de la santé publique et de la santé animale) des cas et des décès.
- Vacciner les animaux exportés/importés.
- Chez l'homme, on envisagera une vaccination préventive sélective en cas d'exposition professionnelle.

Répondre au seuil d'intervention

Si un seul cas est confirmé :

- Les mesures standardisées de lutte contre les infections sont suffisantes et doivent être appliquées pour la prise en charge des patients.
- On fera tout particulièrement attention aux gouttes de liquides organiques qui doivent être traitées par les méthodes habituelles de nettoyage et de décontamination appliquées aux liquides biologiques. Ceci doit être fait rapidement et soigneusement, car les microorganismes restant sur les surfaces peuvent produire des spores infectieuses.
- Comme c'est l'usage, il convient d'utiliser un équipement protecteur dans les situations où il y a un risque d'aspersion ou d'inoculation accidentelle. Tout incident doit être immédiatement notifié.
- Mobiliser la communauté pour la détection et le traitement rapides des cas.
- Enterrer ou incinérer correctement les corps (humains et animaux).
- Mener des actions éducatives dans la communauté concernant la description du cas confirmé, le mode de transmission de la maladie et l'application des mesures de lutte contre l'infection lors des soins à domicile.
- Rechercher activement les cas supplémentaires qui pourraient ne pas s'être présentés aux services de soins (personnes âgées ou jeunes enfants, par exemple) et donner des informations sur la prévention à domicile et quand il faut consulter les services de santé.
- Demander de l'aide aux autorités nationales, selon les besoins.

Anthrax (humain)

| Analyser et interpréter les données | |
|--|--|
| <p>Temps : Faire des graphiques du nombre de cas suspects/probables/confirmés par date.</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des cas animaux et humains, présumés et confirmés par zone géographique (district).</p> <p>Caractéristiques individuelles : Faire un tableau indiquant le nombre de cas suspects/probables/confirmés par date, par tranche d'âge et par sexe.</p> | |
| Confirmation en laboratoire | |
| Tests diagnostiques | <p>Isolement de <i>Bacillus anthracis</i> à partir d'un prélèvement (sang, lésions, sécrétions).</p> <p>Observation de <i>B. anthracis</i> lors de l'examen microscopique de frottis colorés (liquide vésiculaire, sang, liquide céphalorachidien, liquide pleural, selles).</p> <p>Sérologie positive (ELISA, Western blot, détection de toxine, chromatographie, test anticorps fluorescent).</p> |
| Prélèvements | <p>Forme cutanée :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pour les lésions vésiculaires, 2 prélèvements de liquide vésiculaire à partir de vésicules intactes (non ouvertes) à l'aide de coton-tige stériles. 2. Pour les escarres, les bords doivent être soulevés et deux échantillons prélevés en faisant pivoter un coton-tige sous les bords. 3. Pour les ulcères, il faut prélever l'échantillon à la base de la lésion avec un coton-tige imbibé de sérum physiologique. 4. Les échantillons de sang destinés à la culture bactériologique doivent être prélevés avant tout traitement antibiotique, si le patient manifeste des symptômes systémiques. 5. Chez tous les patients présentant une lésion diagnostiquée comme un anthrax cutané, une biopsie doit être prélevée sur toute la hauteur de la papule ou de la vésicule, en englobant du tissu cutané adjacent. Elle sera plongée dans le formol pour l'histopathologie. 6. Chez les patients n'ayant pas encore commencé l'antibiothérapie ou seulement depuis moins de 24 heures, faire une deuxième biopsie. 7. Prélever les sérums de phase aiguë et de phase convalescente pour la sérologie. <p>Forme gastro-intestinale :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Prélèvement sanguin avant antibiothérapie pour la culture. 2. Ascites pour la culture et la PCR. 3. Selles ou écouvillonnage rectal pour la culture et la PCR. 4. Prélèvement d'une lésion oropharyngée, si présente, pour la culture et la PCR. |

Anthrax (humain)

| | |
|---|---|
| | <p>5. Sérums de phase aiguë et de phase convalescente pour la sérologie.</p> <p>6. Biopsies tissulaires chez les cas décédés pour l’histopathologie.</p> <p>Forme pulmonaire (inhalation) :</p> <p>1. Prélèvement sanguin avant antibiothérapie pour la culture.</p> <p>2. Liquide pleural, si présent, pour la culture et la PCR.</p> <p>3. Liquide céphalorachidien chez les patients manifestant des signes méningés, pour la culture et la PCR.</p> <p>4. Biopsies bronchiques/pleurales pour l’immunohistochimie.</p> <p>5. Sérums de phase aiguë et de phase convalescente pour la sérologie.</p> <p>6. Biopsies tissulaires chez les cas décédés pour l’histopathologie.</p> |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Faire des prélèvements chez tout patient manifestant les symptômes d’une infection cutanée à <i>Bacillus anthracis</i>.</p> <p>Il n’est pas toujours possible de mettre en évidence la présence de <i>B.anthraxis</i> dans des prélèvements cliniques si le patient a été traité avec des antimicrobiens.</p> <p>Il est plus facile d’observer la présence du microorganisme dans des échantillons prélevés au stade vésiculaire.</p> <p>Les échantillons cliniques destinés à la culture du microorganisme doivent être prélevés avant tout traitement antimicrobien.</p> <p>Faire une PCR sur les prélèvements, si la technique est disponible dans les laboratoires de référence.</p> <p>Attention : <i>B.anthraxis</i> a un potentiel infectieux élevé</p> |
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>Stade vésiculaire : prélever du liquide à partir de vésicules intactes à l’aide de coton-tige stériles.</p> <p>Stade de l’escarre : sans ôter l’escarre, insérer un coton-tige sous le bord et le faire pivoter pour prélever du matériel de la lésion. L’échantillon ne se conserve pas plus de 24 heures et doit être transporté au laboratoire en 2 heures maximum, à température ambiante.</p> <p>Selles : prélever 5 à 10 g dans un récipient propre, stérile, hermétiquement fermé, étanche. L’échantillon ne se conserve pas plus de 24 heures à 4°C et doit être acheminé en 1 heure maximum à température ambiante.</p> <p>Sang : prélever selon les modalités de l’établissement pour les méthodes habituelles d’hémocultures. Prélever 10 ml de sang sur EDTA pour la PCR. L’acheminer en 2 heures maximum, à température ambiante.</p> <p>Crachat : prélever des échantillons d’expectoration dans un récipient stérile, étanche. L’échantillon ne se conserve pas plus de 24 heures à 4°C et doit être transporté au laboratoire en 2 heures maximum à température ambiante.</p> |
| <p>Résultats</p> | <p>Les services diagnostiques pour l’anthrax ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement prévoir des arrangements. Contacter l’autorité nationale compétente ou l’OMS.</p> |
| <p>Références</p> | |

Anthrax (humain)

- WHO. Anthrax in humans and animals. Organisation mondiale de la Santé, Genève. (2008) (Disponible sur http://www.who.int/csr/resources/publications/anthrax_webs.pdf)
- Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf
- Stratégies recommandées par l'OMS contre les maladies transmissibles – lutte et prévention ; WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13 http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_cds_cpe_smt_2001.13.pdf
- 2003 WHO Manual for Laboratory Diagnosis of Anthrax (http://www.searo.who.int/LinkFiles/Reports_anthrax.pdf)
- "CDC: Anthrax Information for Health Care Providers" (<http://emergency.cdc.gov/agent/anthrax/anthrax-hcp-factsheet.asp>)
- "CDC: Recommended Specimens for Microbiology and Pathology for Diagnosis: Inhalation, Cutaneous, and Gastrointestinal Anthrax" (http://emergency.cdc.gov/agent/anthrax/lab-testing/recommended_specimens.asp)

Chikungunya

| |
|--|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ La fièvre Chikungunya est une maladie virale transmise par les piqûres de moustiques infectés. La maladie ressemble à la dengue. Elle se caractérise par des douleurs articulaires sévères, parfois persistantes (arthrite), de la fièvre et une éruption cutanée. Rarement mortelle, cette maladie répandue entraîne cependant une morbidité et des pertes économiques substantielles.▪ Le mot "chikungunya" est un mot Swahili qui signifie "marcher courbé," en référence à la position courbée qu'adoptent les malades souffrant de violentes douleurs articulaires, caractéristiques de la maladie. Des épidémies de fièvre, d'éruption cutanée et d'arthrite, similaires aux symptômes de la fièvre Chikungunya, ont été signalées dès 1779. Toutefois, ce n'est qu'en 1952-1953 que le virus a été isolé pour la première fois chez l'homme et le moustique, lors d'une flambée épidémique en Tanzanie.▪ Historiquement parlant, la fièvre Chikungunya présente des profils épidémiologiques intéressants, dans la mesure où les principales épidémies apparaissent puis disparaissent de façon cyclique, habituellement avec un intervalle inter épidémique de 7 à 8 ans, allant parfois jusqu'à 20 ans. Après une longue période d'absence, des épidémies sont ainsi réapparues en Indonésie, en 1999 ; elles n'ont quasiment pas connu d'interruption depuis 2004. |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Détecter rapidement les cas sporadiques et les épidémies de chikungunya, et demander confirmation par le laboratoire.▪ Identifier les régions à risque élevé afin d'améliorer la prévention des épidémies en prenant les mesures nécessaires pour éviter les piqûres de moustique et éliminer les sites de reproduction des moustiques. |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect : Toute personne présentant une forte fièvre (>38,5°C) d'apparition brutale, accompagnée d'une grave arthralgie/arthrite que n'expliquent pas d'autres affections cliniques.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |
| <p>S'il y a des cas de chikungunya présumés :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Notifier l'information cas par cas au niveau supérieur.▪ Effectuer de prélèvements pour confirmer les cas.▪ Mener une enquête afin de déterminer les facteurs de risque pour la transmission.▪ Prendre en charge les cas et les traiter avec des anti-inflammatoires. |
| Répondre au seuil d'intervention |

Chikungunya

Si des cas de chikungunya sont confirmés :

- Du repos et un traitement symptomatique à base d'anti-inflammatoires pour atténuer les douleurs et la fièvre, sont généralement suffisants. Des douleurs articulaires persistantes pourront nécessiter l'utilisation d'analgésiques et d'une thérapie inflammatoire sur long terme.
- La prévention repose essentiellement sur les mesures prises pour éviter les piqûres de moustique et éliminer les sites de reproduction des moustiques.

Pour éviter les piqûres de moustique :

- Porter des vêtements à manches longues et des tuniques longues pour protéger les membres.
- Utiliser des serpentins anti-moustiques et des répulsifs anti-moustiques.
- Utiliser des moustiquaires – pour protéger les bébés, les personnes âgées et autres, qui peuvent se reposer pendant la journée. Il est possible d'améliorer l'efficacité des moustiquaires en les traitant au perméthrine (insecticide pyréthroïde). Des rideaux (en tissu ou en bambou) traités avec cet insecticide peuvent être accrochés aux portes et aux fenêtres pour repousser ou tuer les moustiques.
Les moustiques s'infectent en piquant des personnes souffrant de chikungunya. Les moustiquaires et les serpentins anti-moustiques empêcheront les moustiques de piquer les malades et de propager ensuite l'infection.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire un graphique des cas et des décès par semaine. Tracer une courbe épidémique pendant les épidémies.

Lieu : Cartographier précisément l'emplacement des lieux d'habitation des cas.

Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement, au cas par cas, les informations relatives aux cas et aux décès. Transmettre des totaux récapitulatifs chaque mois. Pendant la flambée épidémique, compter les cas et les décès par semaine. Analyser leur répartition en fonction de l'âge. Évaluer les facteurs de risque pour améliorer la prévention des épidémies.

Confirmation en laboratoire

Tests diagnostiques

Tests sérologiques : ils montrent une augmentation des titres d'anticorps dirigés contre le virus chikungunya.

Isolement du virus à partir du sang de patient en phase aiguë, par inoculation chez des souris nouveaux-nés, sur des cultures de cellules de moustiques ou de cellules souches

Détection du virus par Immunofluorescence ou RT-PCR (Reverse Transcription Polymerase Chain Reaction)

Prélèvements

Sérum

Chikungunya

| | |
|--|---|
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Effectuer le prélèvement chez le(s) premier(s) cas suspect(s). Les cas de chikungunya sont généralement groupés.</p> <p>Si l'épidémie est confirmée, faire davantage de prélèvements et collecter également des moustiques dans les habitations affectées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sérum de phase aiguë prélevé entre 1 et 10 jours après l'apparition de la maladie. • Sérum de phase convalescence prélevé entre 7 et 21 jours après l'apparition de la maladie. |
| <p>Comment préparer conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>Le transport des échantillons doit être effectué conformément aux directives OMS relatives au transport sécurisé des substances infectieuses et des échantillons de diagnostic (OMS, 1997).</p> <p>Pour l'ELISA :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le sérum doit être conservé entre 2° et 8°C, s'il est analysé dans les 24 heures. Le congeler à -80°C pour le conserver plus longtemps. <p>Pour l'isolement du virus ou la RT-PCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Congeler à -80°C ou transporter dans un emballage cryogénique. <p>Transporter les échantillons de moustiques dans des emballages cryogéniques. Concentrer les analyses sur les espèces <i>Aedes</i>.</p> |
| <p>Résultats</p> | <p>Les services diagnostiques pour le Chikungunya ne sont pas toujours. Contacter l'autorité compétente ou l'OMS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le Ministère de la santé, le département de gestion des épidémies doivent envoyer les échantillons aux laboratoires de référence OMS, laboratoires du KEMRI • Les résultats préliminaires de laboratoire sont disponibles en 24 heures. Les résultats de confirmation sont prêts dans la semaine suivant la réception des échantillons par le laboratoire. |
| <p>Références</p> | |

Chikungunya

- Relevé épidémiologique hebdomadaire N° 1, 2005, 80, 1-8 ; <http://www.who.int/wer/2005/wer8001.pdf>
- OMS Aide-mémoire NO 327 ; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/fr/index.html>
- United States, Centers for Disease Control <http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/chikungunya/>
- Sergon et al. Seroprevalence of Chikungunya Virus (CHIKV) Infection on Lamu Island, Kenya, octobre 2004. Am J Trop Med Hyg. 2008 Feb;78(2):333-337
- Powers et al. Evolutionary relationships and systematics of the alphaviruses. J Virol. 2001 Nov;75(21):10118-31

Choléra

| |
|--|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Maladie aiguë, caractérisée par des diarrhées liquides profuses, provoquée par les sérogroupes O1 ou O139 de <i>Vibrio cholerae</i>. La maladie est transmise essentiellement par voie oro-fécale, en consommant de l'eau ou des aliments contaminés.▪ Le choléra provoque chaque année plus de 100 000 décès. Il peut être à l'origine d'épidémies d'évolution rapide ou de pandémies. Dans les régions d'endémie, surviennent parfois des cas sporadiques (moins de 5% de tous les cas de diarrhée non liés aux épidémies) et de petites épidémies.▪ La période d'incubation peut varier de quelques heures à 5 jours ; elle dure généralement de 2 à 3 jours.▪ Depuis le milieu des années 1980, on observe une résurgence du choléra en Afrique, où l'on comptait 80% du total mondial des cas de choléra, en 1999. La plupart des cas se déclarent entre janvier et avril.▪ Le choléra peut provoquer une déshydratation grave en quelques heures seulement. Chez les patients non traités souffrant d'une grave déshydratation, le taux de létalité peut dépasser les 50%. Ce taux est inférieur à 1%, quand les malades viennent consulter les services de santé et reçoivent un traitement approprié. 90% au moins des cas de choléra sont bénins et ne sont pas diagnostiqués.▪ Facteurs de risque : consommation d'eau ou d'aliments contaminés tels que les produits de la mer et les fruits de mer crus, pêchés dans les estuaires ; manque d'accès permanent à l'eau potable et à des aliments sains ; participation à de grands rassemblements telles que les cérémonies de mariage ou les enterrements ; contact avec des personnes décédées du choléra.▪ D'autres diarrhées entériques peuvent provoquer des diarrhées liquides, surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Voir le récapitulatif des directives relatives aux <i>Diarrhées accompagnées de déshydratation</i>. |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Détecter et répondre rapidement et correctement aux cas et aux flambées épidémiques de diarrhée liquide. Pour confirmer une épidémie, prélever des échantillons de selles et les transporter en milieu Cary-Blair.▪ Notifier immédiatement les cas et les décès au cas par cas, dès qu'une épidémie est suspectée. |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Déshydratation grave ou décès suite à une diarrhée aqueuse aiguë chez un patient âgé de 5 ans ou plus.▪ S'il y a une épidémie de choléra, on suspectera un cas chez tout individu âgé de 5 ans ou plus présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissement. <p>Cas confirmé :</p> <p>Cas suspect chez lequel on a isolé <i>Vibrio cholerae</i> O1 ou O139 dans les selles.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |

Choléra

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes l'information relative au cas.
- Prendre en charge et traiter le cas conformément aux directives nationales.
- Appliquer des mesures strictes de lavage des mains et d'isolement.
- Procéder à une investigation du cas pour identifier des cas similaires qui n'auraient pas été encore notifiés.
- Recueillir des échantillons de selles chez 5 malades, dans les 5 jours qui suivent l'apparition de la diarrhée liquide aiguë, et avant administration du traitement antibiotique. Consulter les directives de laboratoire pour savoir comment préparer, conserver et transporter les prélèvements.

Répondre au seuil d'intervention

Si un cas suspect est confirmé :

- Installer un centre de traitement dans la localité où le cas est apparu. Traiter le cas sur place plutôt que de l'envoyer dans un centre permanent situé ailleurs.
- Renforcer la prise en charge du patient, notamment le traitement.
- Mobiliser la communauté le plus tôt possible pour permettre la détection et le traitement rapides des cas. Enquêter sur la salubrité de l'eau consommée.
- Collaborer avec les dirigeants de la communauté pour limiter les grands rassemblements de personnes à l'occasion des enterrements, de cérémonies ou pour d'autres raisons, surtout pendant une épidémie.
- Réduire le nombre de cas sporadiques et ceux liés aux épidémies, en assurant un accès permanent à l'eau potable. Promouvoir une bonne préparation des aliments (surtout des produits de la mer, des légumes et des fruits). Promouvoir l'évacuation sécurisée des déchets d'origine humaine.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire un graphique des cas et des décès hebdomadaires et tracer une courbe épidémique pendant les épidémies. Notifier immédiatement les données relatives à chaque cas et transmettre également un récapitulatif mensuel des informations pour la surveillance de routine.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.

Caractéristiques individuelles : Faire le total hebdomadaire des cas et décès, qu'ils soient sporadiques ou liés aux épidémies. Analyser leur répartition en fonction de l'âge et des sources d'eau de boisson. Evaluer les facteurs de risque pour améliorer la lutte contre les cas sporadiques et les flambées épidémiques.

Confirmation en laboratoire

Choléra

| | |
|--|---|
| Tests diagnostiques | <p>Isoler <i>V. cholerae</i> à partir d'une coproculture et déterminer s'il s'agit du sérotype O1 à l'aide d'un antiserum polyvalent pour <i>V. cholerae</i> O1.</p> <p>Si souhaité, confirmer l'identification avec les antisérums Inaba et Ogawa.</p> <p>Si l'échantillon n'est pas sérotypable, envisager <i>V. cholerae</i> O139 (voir note dans la colonne Résultats).</p> |
| Prélèvements | <p>Selles liquides ou écouvillonnage rectal.</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Pour chaque nouvelle zone géographique affectée par une épidémie de choléra, la confirmation en laboratoire est nécessaire.</p> <p>Prélever un échantillon de selles du premier cas suspect de choléra. S'il y a plus d'un cas suspect, faire des prélèvements jusqu'à l'obtention d'échantillons de 5 à 10 cas. Prélever des échantillons chez les patients correspondant à la définition de cas et :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dont les symptômes se sont manifestés dans les 5 derniers jours, et ▪ avant administration d'un traitement antibiotique <p><i>Ne pas retarder le traitement des patients souffrant de déshydratation.</i> Les échantillons de selles peuvent être prélevés après le début du traitement de réhydratation (SRO ou perfusion).</p> <p>Si possible, faire des prélèvements chez 5 à 10 cas suspects, toutes les 1 à 2 semaines, afin de suivre l'évolution de l'épidémie, les changements de sérotypes et les profils de sensibilité aux antibiotiques de <i>V. cholerae</i>.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Placer le prélèvement (selles ou écouvillonnage rectal) dans un récipient propre, étanche, et le transporter au laboratoire dans les 2 heures. ▪ Si le transport dure plus de 2 heures, placer un coton-tige imprégné de selles dans un milieu de transport Cary-Blair. <p>Si on ne dispose pas de milieu de transport Cary-Blair et si l'échantillon n'atteindra pas le labo en moins de 2 heures :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Conserver l'échantillon entre 4°C et 8°C. ▪ Eviter que l'échantillon sèche. Ajouter une petite quantité de solution saline à 0,85%, si nécessaire. ▪ Pour le transport, utiliser un récipient étanche, étiqueté. ▪ Transporter le récipient dans une glacière entre 4°C et 8°C. <p>▪ <i>Remarque</i> : Le milieu de transport Cary-Blair est stable et peut être utilisé pendant au moins un an après sa date de préparation. Il ne nécessite pas de réfrigération, s'il est conservé de façon stérile dans des récipients hermétiquement fermés. Toutefois, il ne faut pas l'utiliser s'il change de teinte (vire au jaune) ou s'il diminue de volume (ménisque concave).</p> |

Choléra

| | |
|--|---|
| Résultats | <ul style="list-style-type: none">▪ Les laboratoires ne peuvent pas tous réaliser les tests diagnostiques pour le choléra.▪ Les résultats de la coproculture sont obtenus entre 2 et 4 jours après réception de l'échantillon au laboratoire.▪ Le sérotype O139 n'a pas été signalé en Afrique et seulement dans quelques endroits d'Asie du sud-ouest. <p>La détermination des sérotypes Ogawa ou Inaba n'est pas nécessaire sur le plan clinique. Elle n'est pas non plus nécessaire si les résultats obtenus avec des sérums polyvalents sont clairement positifs.</p> |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Management of the patient with cholera</i>, Organisation mondiale de la Santé, 1992. WHO/CDD/SER/91.15 Rev1 (1992)▪ <i>Préparation et réponse aux épidémies de maladies diarrhéiques : formation et pratique</i>. Guide du modérateur et manuel du participant. OMS, 1998. WHO/EMC/DIS/97.3 et WHO/EMC/DIS/97.4 http://www.who.int/csr/resources/publications/cholera/whoemcdis974rev1f.pdf▪ "Méthodes de laboratoire pour le diagnostic de la dysenterie épidémique et du choléra." WHO/CDS/CSR/EDC/99.8 http://www.cdc.gov/idsr/files/French_lab_manual_IDSR/French_lab_manual_IDSR.pdf | |

Décès maternels

Présentation

- Les décès maternels incluent les décès liés à la maternité qui surviennent pendant ou en fin de grossesse, lors de l'accouchement, et dans les 6 semaines (42 jours) après l'accouchement ou la fin de la grossesse.
- Généralement, environ 80% des décès maternels sont provoqués par des hémorragies graves (le plus souvent après l'accouchement), des infections (aussitôt après l'accouchement pour la plupart), des troubles hypertensifs durant la grossesse (éclampsie) et un travail dystocique. Les complications après un avortement pratiqué dans de mauvaises conditions comptent pour 13% des décès maternels.
- Dans les pays en développement, la mortalité maternelle reste trop élevée, avec plus de 500 000 femmes qui meurent chaque année du fait de complications pendant la grossesse et l'accouchement. Environ la moitié de ces décès se produisent en Afrique subsaharienne où le risque de décès maternel sur la durée de vie est de 1 femme sur 22. Dans les pays en développement, ce taux est de 1 femme sur 8000.
- Les hémorragies sont la principale cause de mortalité maternelle en Afrique subsaharienne, avec un risque particulièrement élevé pour les accouchements sans assistance, surtout dans les zones rurales où le transport jusqu'aux structures de soins pose problème.

But de la surveillance

- Estimer et surveiller les taux de mortalité maternelle.
- Identifier les facteurs de risque et les zones géographiques à risque élevé de mortalité maternelle, afin de guider les orientations des programmes.
- Evaluer les programmes destinés à réduire la mortalité maternelle.

Définition de cas standardisée

Décès d'une femme survenu au cours de la grossesse ou dans un délai de 42 jours après son terme, quelle qu'en soit la durée ou la localisation, pour une cause quelconque déterminée ou aggravée par la grossesse ou sa prise en charge, mais ni accidentelle, ni fortuite.

Action de santé publique recommandée

- Etablir des seuils d'alerte, afin que le personnel de santé des structures de soins ou du district puisse savoir quand mettre en place des interventions particulières ciblées.
- Suivre les tendances et répondre aux seuils d'alerte.
- Améliorer l'accès aux soins prénataux et leur utilisation.
- Donner une formation spécialisée aux accoucheuses traditionnelles et professionnelles.
- Appuyer les interventions destinées à améliorer la détection et la prise en charge des grossesses à risque au niveau de la communauté.

Analyser et interpréter les données

Décès maternels

Temps : Représenter les cas sur un graphique et tracer une courbe épidémique sur toute l'année afin d'identifier les tendances.

Lieu : Cartographier l'emplacement des cas et analyser leur répartition géographique.

Caractéristiques individuelles : Analyser la répartition des cas en fonction de l'âge et d'autres facteurs démographiques.

Confirmation en laboratoire

La surveillance ne nécessite pas confirmation systématique en laboratoire.

Références

- http://www.who.int/making_pregnancy_safer/topics/maternal_mortality/fr/index.html
- <http://www.unicef.org/french/>

Dengue

Englobant la dengue hémorragique (DH) et la dengue avec syndrome de choc (DSC)

Présentation

- La dengue est une fièvre d'origine virale provoquée par un arbovirus transmis par les moustiques *Aedes* (*Ae. aegypti* et *Ae. albopitius*). Il existe 4 types d'arbovirus responsables de la dengue, sérologiquement différents, mais étroitement apparentés : virus de la dengue (VDEN) 1, 2, 3 et 4 de la famille des *Flaviviridae*.
- La dengue est une pandémie émergente qui s'est propagée dans le monde au cours des 30 dernières années, à cause de changements en matière d'écologie humaine. Elle sévit dans les régions tropicales et subtropicales de la planète, avec une prédilection pour les zones urbaines et semi-urbaines. Lors des épidémies de dengue, les taux d'infection parmi les individus n'ayant encore jamais été exposés au virus se situent souvent entre 40% et 50%, mais peuvent atteindre 80% à 90%.
- La dengue est une maladie grave, de type grippal, qui touche les nourrissons, les enfants en bas âge et les adultes, mais dont l'issue est rarement fatale. Toutefois, la dengue hémorragique (DH) est une complication potentiellement mortelle, devenue une cause majeure d'hospitalisation et de décès chez les enfants en Asie. Des observations indiquent qu'une infection séquentielle par différents sérotypes de virus de la dengue augmente le risque de complications pouvant entraîner un syndrome de choc (DSS) et le décès.
- Les épidémies de dengue, en Afrique, sont le plus souvent liées à la forme classique de la maladie causée par les VDEN-1 et VDEN-2, sans mortalité associée. La première épidémie importante à VDEN-3, en Afrique, a été documentée au Mozambique en 1984-1985. Pendant cette épidémie, la plupart des malades ont souffert d'infections secondaires et 2 décès ont été imputés à la dengue hémorragique et à un syndrome de choc. En 2008, on a observé une co-circulation du virus de la fièvre jaune et du VDEN-3 à Abidjan, en Côte d'Ivoire. Cependant, aucun cas de dengue grave ou de décès associé n'ont été observés.
- Il n'existe pas de traitement spécifique de la dengue, mais une prise en charge médicale adaptée permet souvent de sauver la vie des malades atteints de la forme hémorragique.
- Les personnes infectées sont les principaux porteurs et reproducteurs du virus, car elles servent de source de contamination pour les moustiques *Aedes aegypti* qui ne sont pas encore infectés, entretenant ainsi le cycle de transmission urbain de la dengue. Le virus circule dans le sang des individus infectés pendant 2 à 7 jours, période pendant laquelle se manifestent les épisodes fébriles. On a observé en Afrique occidentale un cycle de transmission sylvatique au cours duquel VDEN-2 a été détecté chez des singes. Il n'y a aucune observation en faveur d'une transmission interhumaine.
- A ce jour, le seul moyen de prévenir ou de combattre la transmission du virus de la dengue consiste à lutter contre les moustiques vecteurs. Cette lutte antivectorielle repose sur la gestion du milieu et sur des méthodes chimiques.

But de la surveillance

Dengue

Englobant la dengue hémorragique (DH) et la dengue avec syndrome de choc (DSC)

- Suivre les cas suspects et enquêter sur les groupes de cas suspects, dans les régions où se rencontrent les moustiques *Ae. aegypti* et *Ae. albopiticus*

Définition de cas standardisée

Cas suspect de dengue :

Toute personne présentant une maladie fébrile aiguë d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, s'accompagnant d'au moins 2 des symptômes suivants : céphalées, douleur rétro-orbitale, myalgie, arthralgie, éruption cutanée, manifestations hémorragiques, leucopénie.

Cas confirmé de dengue :

Cas suspect confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, augmentation des titres d'IgG, détection du virus par PCR ou isolement).

Dengue hémorragique :

Cas suspect ou confirmé de dengue présentant des tendances hémorragiques mises en évidence par au moins un des éléments suivants : test positif du tourniquet ; pétéchiés, ecchymoses ou purpura ; hémorragies des muqueuses, du tube digestif, des sites d'injections ou d'autres localisations ; hématomène ou méléna ; thrombocytopénie (100 000 plaquettes ou moins par mm³) et signe de fuite plasmatique due à l'augmentation de la perméabilité vasculaire, se manifestant par au moins un des signes suivants : augmentation d'au moins 20% au-dessus de la moyenne de l'hématocrite ajusté sur l'âge et le sexe ; baisse de l'hématocrite de 20% par rapport à la moyenne après traitement de compensation volumique ; signes de fuite plasmatique (épanchements pleuraux, ascites, hypoprotéïnémie).

Dengue avec syndrome de choc :

Tous les critères ci-dessus, plus des signes de défaillance circulatoire, se manifestant par un pouls rapide et faible, une pression artérielle différentielle pincée (≤ 20 mm Hg) ou une hypotension selon l'âge, une peau froide et moite et un état mental altéré.

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier immédiatement au niveau supérieur l'information relative au cas.
- Rechercher activement de nouveaux cas.
- Prélever des échantillons pour confirmation des cas.

Répondre au seuil d'intervention

Dengue

Englobant la dengue hémorragique (DH) et la dengue avec syndrome de choc (DSC)

Si un seul cas est confirmé :

- Notifier immédiatement au niveau supérieur l'information relative au cas.
- Rechercher activement de nouveaux cas.
- Faire des prélèvements pour confirmation des cas
- Enquêter dans la communauté pour déterminer l'importance de la population des moustiques vecteurs, identifier les habitats les plus propices à leur reproduction, promouvoir et mettre en place des plans pour les éliminer, les contrôler ou les traiter avec les larvicides appropriés.
- Sensibiliser la population et promouvoir les gestes essentiels qui permettront d'enlever, de détruire ou de contrôler les habitats des larves du moustique vecteur.
- Prendre en charge les malades en leur dispensant des soins de support. Appliquer les précautions standard de lutte contre l'infection. Utiliser des moustiquaires pour éviter que des moustiques ne viennent piquer les malades.
- Envoyer les cas suspects de dengue hémorragique ou avec syndrome de choc vers des niveaux de soins plus élevés.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique des cas et des décès par semaine/mois. Tracer la courbe épidémique pendant les épidémies.

Lieu : Cartographier précisément l'emplacement des lieux d'habitation et de travail des cas.

Caractéristiques individuelles : Calculer le taux de létalité. Analyser les données en fonction de l'âge et du sexe. Calculer les pourcentages de cas de dengue hémorragique/avec syndrome de choc, et les pourcentages de cas hospitalisés.

Confirmation en laboratoire

Tests diagnostiques

Sérologie positive des IgM et IgG.

Détection de séquences virales génomique par PCR.

Isolement du virus de la dengue sur culture cellulaire.

Détection des antigènes viraux dans les sérums de phase aiguë, quand les résultats de la PCR ou de l'isolement sont négatifs.

Détection d'antigènes viraux dans des biopsies post-mortem, par immunohistochimie ou immunofluorescence ou dans les échantillons de sérum par immunoenzymologie (EIA).

Remarque : Il existe plusieurs techniques de diagnostic de l'infection par le virus de la dengue. Le test ELISA appliqué à la détection des IgM est le test de base du diagnostic sérologique.

Dengue

Englobant la dengue hémorragique (DH) et la dengue avec syndrome de choc (DSC)

| | |
|--|--|
| Prélèvements | <p>ELISA : sang total, sérum ou plasma de phase aiguë (0 à 5 jours) et de convalescence (6 jours ou plus), en fonction de chaque cas.</p> <p>PCR : sang total ou caillot sanguin, sérum/plasma ou tissu prélevés de préférence pendant la phase aiguë de la maladie (0 à 5 jours)</p> <p>Des échantillons doivent être prélevés pour faire le diagnostic d'un décès présumé attribué à la dengue : un échantillon de sang pour tenter une PCR, l'isolement du virus et sa sérologie. En cas d'autopsie, prélever le sang du cœur.</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Faire des prélèvements chez le premier cas suspect.</p> <p>S'il y a plus d'un cas suspect, faire des prélèvements jusqu'à obtention d'échantillons de 5 à 10 cas suspects.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 1^{er} échantillon : sang de phase aiguë (prélevé entre 0 à 5 jours après l'apparition des symptômes) ▪ 2^{ième} échantillon : sang de phase convalescente (prélevé entre le 6^{ième} et le 21^{ième} jours, après le début de la maladie) <p>Le diagnostic par le laboratoire des cas mortels est indispensable à la compréhension des facteurs de risque des formes graves de la dengue (prélèvements tissulaires post-mortem).</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>Le transport des échantillons doit être effectué conformément aux directives OMS relatives au transport sécurisé des substances infectieuses et des échantillons de diagnostic (OMS, 1997).</p> <p><i>Pour l'ELISA ou la PCR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Réfrigérer le sérum ou le caillot sanguin. Pour la conservation à long terme, congeler à -20°C ▪ Congeler (-20°C ou à température plus basse) les prélèvements tissulaires destinés à l'isolement du virus <p>Si une autopsie a été pratiquée et qu'aucun tissu frais n'est disponible, on pourra utiliser les tissus fixés dans le formol pour des analyses immunohistochimiques.</p> |
| Résultats | <p>Les services diagnostiques pour la dengue et la dengue hémorragique ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement prévoir des arrangements. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS</p> |
| Références | |

Dengue

Englobant la dengue hémorragique (DH) et la dengue avec syndrome de choc (DSC)

- Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf
- Dengue: Clinical and Public Health Aspects/CDC

Diabète

Présentation

- Le diabète sucré (diabète mellitus) est une maladie chronique largement répandue, qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou quand l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline qu'il produit. Le diabète peut être à l'origine de graves problèmes de santé, notamment des cardiopathies, la cécité, une insuffisance rénale et l'amputation des extrémités des membres inférieurs.
- La forme la plus fréquente, le diabète de Type 2, représente plus de 85% des cas. Il existe d'autres formes de diabète moins fréquentes, telles que le diabète de Type 1 (10% des cas), des diabètes spécifiques (secondaires) et le diabète gestationnel (5% des cas).
- Les facteurs de risque pour cette maladie sont bien connus. Il s'agit de facteurs non modifiables tels que l'âge (plus de 45 ans), les antécédents familiaux et l'insulino-résistance pendant la grossesse. Il existe également des facteurs modifiables comme l'obésité, le manque d'activité physique et une consommation d'alcool excessive.
- En 2000, le taux de prévalence du diabète au niveau mondial était estimé à 2,8%, avec des projections à 4,8% d'ici 2030. Si aucune mesure n'est prise pour renverser cette tendance, le nombre total de diabétiques passera de 171 millions en 2000 à 366 millions en 2030. On estime aujourd'hui à plus d'un million le nombre de décès dans le monde pour cause de diabète.
- Le diabète n'est plus considéré comme une maladie rare en Afrique. De récentes estimations basées sur l'approche OMS STEP-wise de contrôle des facteurs de risque des maladies non transmissibles indiquent un taux de prévalence du diabète compris entre 1% et 20%. Dans certains pays comme l'île Maurice, ce taux atteint les 20%.
- Les taux d'amputation des membres inférieurs varient de 1,4% à 6,7%. Dans certains pays d'Afrique, le taux de mortalité est supérieur à 40 pour 10 000 habitants.
- En Afrique, parmi les efforts entrepris pour renforcer la lutte contre le diabète, on peut citer l'adoption en 2000 de résolutions sur les maladies non transmissibles, la stratégie de lutte contre les maladies cardiovasculaires en 2005, et la stratégie contre le diabète en 2007. L'Organisation mondiale de la Santé et la Fédération internationale du Diabète (FID) mènent également des actions conjointes de sensibilisation au diabète, en Afrique.

But de la surveillance

- Estimer l'ampleur de la maladie.
- Suivre les tendances et les facteurs de risque.
- Identifier les populations à plus haut risque (ex. : tranches d'âge, urbain vs. rural).
- Suivre les activités des programmes de prévention et de lutte.

Définition de cas standardisée

Nouveau cas suspect :

Toute personne présentant l'un des symptômes suivants :

Diabète

- Soif intense (polydipsie)
- Faim constante (polyphagie)
- Miction fréquente (polyurie)

Nouveau cas confirmé :

Toute personne ayant une glycémie veineuse à jeun ≥ 7 mmol/L (126 mg/dl) ou une glycémie capillaire $\geq 6,1$ mmol/L (110 mg/dl)

Ou

Toute personne présentant après les repas une glycémie veineuse $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dl) ou une glycémie capillaire $\geq 11,1$ mmol/L (200 mg/dl)

**Notifier seulement le premier diagnostic confirmé par le laboratoire*

Action de santé publique recommandée

Pour les diabétiques:

- Traiter les cas confirmés selon les protocoles standardisés de prise en charge des cas (WHOPEN).

Prévention au niveau du district:

- Mettre en place un programme intégré de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles, avec un accent particulier sur le diabète, englobant des activités d'éducation et de sensibilisation de la communauté, conduites en accord avec les programmes nationaux de prévention et de lutte contre les maladies non transmissibles. Ces activités comprennent des stratégies multisectorielles et des plans d'action concernant le régime alimentaire, le poids et l'activité physique.
- Instaurer des mesures médicales préventives et des interventions thérapeutiques en s'appuyant sur les directives fondées sur les faits (dépistage des patients à haut risque, par exemple).

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire un graphique du nombre de cas par trimestre pour analyser les tendances.

Lieu : Comparer les tendances du district avec les tendances nationales et régionales.

Caractéristiques individuelles : Analyser la répartition des cas en fonction de l'âge et d'autres facteurs démographiques.

**Les données des maladies non transmissibles sont analysées pour des tendances à long terme.*

Confirmation en laboratoire

Tests diagnostiques

Mesure du glucose dans le sang capillaire à l'aide d'une bandelette réactive et d'un lecteur de glycémie

Diabète

| | |
|---|--|
| | Mesure du glucose dans le plasma à l'aide d'un test colorimétrique à la glucose-oxidase |
| Prélèvements | Plasma Sang capillaire |
| Quand réaliser les prélèvements | Les mesures de la glycémie doivent être faites au bon moment Prélèvement à jeun : l'adulte doit être à jeun depuis au moins 10 heures. Pour l'enfant, ce temps est réduit à 6 heures. Prélèvement post-prandial : 2 heures après un repas. |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | L'échantillon doit être analysé sur place dès que possible (dans les 2 heures suivant son prélèvement). |
| Résultats | Les résultats sont prêts en quelques heures. |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maladies non transmissibles : stratégie de la région africaine, AFR/RC50/10 ▪ Maladies cardiovasculaires dans la région africaine : situation actuelle et perspectives, AFR/RC55/12 ▪ Prévention et contrôle du diabète: une stratégie pour la région africaine, AFR/RC57/7 ▪ Manuel Steps http://www.who.int/chp/steps/manual/fr/index.html ▪ Gojka R et al, Global prevalence of diabetes, <i>Diabetes care</i> 27(5): 1047–1053, 2004. ▪ IDF, <i>Diabetes Atlas</i>, 2ième Edition, Bruxelles, Fédération internationale du Diabète, 2003. ▪ OMS, <i>Prévention des maladies chroniques: un investissement vital</i>, Genève, OMS, 2005. ▪ WHO, <i>The burden of mortality attributable to diabetes</i>, Genève, OMS, 2004. ▪ WHO-PEN: Protocols for health promotion, prevention and management of NCDs at primary care level http://www.afro.who.int/en/divisions-a-programmes/ddc/division/2257-who-pen-protocols.html ▪ District Laboratory Practice in Tropical countries, Cambridge | |

Diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans

Présentation

- La diarrhée accompagnée de déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans est due à des infections de l'appareil gastro-intestinal par des virus (surtout des *Rotavirus*), des bactéries (*E. Coli*, *Salmonellae*, *shigellae*, *Campylobacter*, *Yersinia*, et autres), et par des parasites (*Giardia*, *Entamoeba*, *cryptosporidia* et *cyclospora*). La transmission de ces maladies se fait par voie oro-fécale, par le biais notamment de la consommation d'eau ou d'aliments contaminés.
- Dans de nombreux pays africains, les maladies diarrhéiques représentent la deuxième cause principale de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans, avec plus de 3 millions de décès par an.
- Selon les différents pathogènes, on observe des profils épidémiologiques variés (par exemple, la saisonnalité).
- L'OMS et l'UNICEF plaident pour que chaque équipe de district utilise la stratégie de Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME), afin de réduire la morbidité et la mortalité liées aux diarrhées de l'enfance.

But de la surveillance

- Détecter rapidement les épidémies de diarrhée. La confirmation par le laboratoire permet de confirmer une épidémie liée à un pathogène particulier, mais n'est pas nécessaire pour la surveillance de routine des diarrhées accompagnées de déshydratation.
- Suivre les profils d'antibiorésistance pendant les épidémies d'origine bactérienne.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Production d'au moins 3 selles molles ou liquides au cours des dernières 24 heures, avec ou sans déshydratation et :

Déshydratation modérée – au moins 2 des signes suivants : agitation, irritabilité, yeux enfoncés, soif, peau qui se détend lentement après pincement, OU

Déshydratation grave – au moins 2 des signes suivants : léthargie ou perte de connaissance, yeux enfoncés, incapacité ou difficulté à boire, peau qui se détend très lentement après pincement.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par coproculture révélant la présence d'un agent entéropathogène connu.

Remarque : la confirmation par le laboratoire de l'agent pathogène spécifique à l'origine de l'épidémie n'est pas systématiquement recommandée à des fins de surveillance.

Répondre au seuil d'alerte

Si on constate une augmentation du nombre de cas ou de décès sur une certaine période de temps :

- Signaler l'augmentation au niveau suivant.
- Rechercher la cause de cette augmentation et identifier le problème.
- S'assurer que les cas sont pris en charge conformément aux directives de la PCIME.
- Encourager le traitement à domicile par réhydratation orale.

Diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans

| |
|---|
| Réponse au seuil d'intervention |
| <p>Si le nombre de cas ou de décès double par rapport à la même période des années précédentes :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Evaluer l'application des directives de la PCIME par les agents de santé pour la prise en charge des cas, et améliorer les performances en matière de classification des cas de diarrhée accompagnée de déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans.▪ Former les mères au traitement à domicile par réhydratation orale.▪ Eduquer la communauté sur l'importance de faire bouillir et de chlorer l'eau, les procédés de stockage de l'eau potable et la préparation des aliments. |
| Analyser et interpréter les données |
| <p>Temps : Faire un graphique des cas et des décès pour pouvoir comparer avec la même période des années précédentes. Faire des graphiques représentant les cas non hospitalisés de diarrhée s'accompagnant d'une légère déshydratation ou d'une grave déshydratation. Tracer une courbe épidémique lors des épidémies.</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Notifier les totaux mensuels des cas de diarrhée avec déshydratation légère et aussi des cas de diarrhée avec déshydratation grave non hospitalisés. Notifier également le total mensuel des cas et des décès de patients hospitalisés, dus à la diarrhée accompagnée de déshydratation grave.</p> |
| Confirmation en laboratoire |
| <p>La coproculture peut être utilisée pour confirmer d'éventuelles épidémies provoquées par des agents spécifiques, mais n'est pas nécessaire pour la définition de cas.</p> |
| Références |
| <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Management of childhood illness: Clinical skills training course for first level health facilities.</i> World Health Organization. WHO/CDR/95.14▪ <i>Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : une initiative OMS/UNICEF Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé.</i> Vol. 75, 1997, Supplément 1, 1997. ISBN 92 4 068750 5 |

Diarrhée sanglante (dysenterie à *Shigella dysenteriae*)

| |
|---|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Shigella dysenteriae</i> type 1 (<i>Sd1</i>) est la cause la plus fréquente des infections entériques et se transmet d'une personne à l'autre par voie oro-fécale.▪ <i>Sd1</i> peut être à l'origine d'importantes épidémies de diarrhée sanglante (dysenterie bacillaire), avec jusqu'à 30% des populations infectées. Le taux de mortalité peut atteindre 20% parmi les jeunes enfants et les personnes âgées souffrant d'une grave déshydratation.▪ La période d'incubation dure de 1 à 4 jours.▪ Sur le plan clinique, la maladie se caractérise par une forte fièvre et une diarrhée sanglante. Elle peut également s'accompagner de symptômes et de signes systémiques, ainsi que de déshydratation, surtout chez les jeunes enfants.▪ Facteurs de risque : endroits surpeuplés ne disposant pas d'eau potable et de système d'assainissement correct (par ex. : camps de réfugiés et populations victimes de la famine).▪ <i>Sd1</i> est très souvent résistante à de nombreux antibiotiques, y compris à la triméthoprine-sulfaméthoxazole.▪ Les <i>E. coli</i> entérohémorragiques et entéroinvasifs, et d'autres bactéries ou parasites tels que <i>Entamoeba histolytica</i>, peuvent aussi provoquer des diarrhées sanglantes. |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Détecter et répondre rapidement aux épidémies de dysenterie bacillaire.▪ Améliorer le pourcentage de cas confirmés par le laboratoire et évaluer la proportion pour laquelle la présence de <i>Sd1</i> a été vérifiée.▪ Déterminer le profil de sensibilité aux antibiotiques des microorganismes isolés (surtout <i>Sd1</i>), à la fois dans le cadre de la surveillance régulière et pendant les épidémies. |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect : Toute personne souffrant de diarrhée avec présence de sang visible dans les selles</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect avec coproculture positive pour <i>Sd1</i>.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |

Diarrhée sanglante (dysenterie à *Shigella dysenteriae*)

Si on constate une augmentation du nombre de cas ou de décès sur une certaine période de temps :

- Signaler l'augmentation au niveau supérieur du système de santé.
- Traiter les cas suspects par réhydratation orale et antibiothérapie, en tenant compte des résultats récents de l'antibiogramme, s'ils existent.
- Obtenir un échantillon de selles ou faire un prélèvement rectal pour confirmer l'épidémie de dysenterie à *Sd1*.
- Faire une investigation des cas pour déterminer les facteurs de risque favorisant la transmission de la maladie.

Répondre au seuil d'intervention

Si l'épidémie suspectée est confirmée :

- Rechercher d'autres cas dans la localité des cas confirmés.
- Renforcer la prise en charge et le traitement des cas.
- Mobiliser la communauté pour une détection et un traitement rapides des cas.
- Identifier les populations à risque grâce aux données de temps, de lieu et individuelles.
- Réduire le nombre de cas sporadiques et ceux liés aux épidémies, en encourageant le lavage des mains au savon ou avec de la cendre et de l'eau, après avoir été à la selle et avant toute manipulation d'aliments. Améliorer l'accès à l'eau potable (approvisionnement et conditions de stockage), renforcer l'utilisation de latrines et les systèmes d'évacuation sécurisée des déchets d'origine humaine.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire un graphique des tendances mensuelles des cas et des décès. Tracer une courbe épidémique des cas liés aux épidémies.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.

Caractéristiques individuelles : Dénombrer les cas et les décès chaque mois. Pendant une épidémie, dénombrer les cas chaque semaine. Analyser régulièrement la répartition des cas et des décès en fonction de l'âge. Évaluer les facteurs de risque pour améliorer la prévention et la lutte contre la maladie sporadique et les épidémies.

Confirmation en laboratoire

| | |
|----------------------------|---|
| Tests diagnostiques | <p>Coproculture : isolement de <i>Shigella dysenteriae</i> type 1 par coproculture pour confirmer une épidémie à <i>Sd1</i>.</p> <p>Si la présence de <i>Sd1</i> est confirmée, réaliser un antibiogramme avec les produits appropriés.</p> |
| Prélèvements | Selles ou écouvillonnage rectal. |

Diarrhée sanglante (dysenterie à *Shigella dysenteriae*)

| | |
|--|--|
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Pour chaque nouvelle zone géographique touchée par l'épidémie, obtenir confirmation en laboratoire de la présence de <i>Sd1</i>.</p> <p>Dès qu'une épidémie est suspectée, faire des prélèvements jusqu'à obtention d'échantillons de selles de 5 à 10 patients souffrant de diarrhée sanglante :</p> <ul style="list-style-type: none">· Dans les 4 jours suivant l'apparition des symptômes, et· Avant de commencer une antibiothérapie. <p>De préférence, recueillir les selles dans un récipient propre et sec. Attention à ne pas contaminer l'échantillon avec de l'urine. A l'aide d'un écouvillon, prélever les portions de selles présentant du sang ou du mucus.</p> <p>Si le prélèvement de selles n'est pas possible, procéder à un écouvillonnage rectal à l'aide d'un coton-tige propre.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>Placer l'échantillon de selles ou l'écouvillonnage rectal dans un milieu de transport Cary-Blair. Transporter l'échantillon réfrigéré au laboratoire.</p> <p>En l'absence de Cary-Blair, expédier l'échantillon de selles au laboratoire dans les 2 heures suivant son prélèvement dans un récipient propre, sec et bien fermé. La quantité de <i>Shigella</i> diminue fortement au bout de 24 heures, dans les prélèvements qui ne sont pas conservés en milieu Cary-Blair.</p> <p>S'il faut conserver les prélèvements plus longtemps, c'est possible entre 4°C et 8°C, mais on ne doit pas les congeler.</p> |
| Résultats | <p>Les résultats de la coproculture sont généralement disponibles 2 à 4 jours après réception du prélèvement par le laboratoire.</p> <p>Les isolats de <i>Sd1</i> doivent être caractérisés par leur sensibilité aux antibiotiques.</p> <p>Après confirmation des 5-10 premiers cas d'une épidémie, effectuer des prélèvements seulement chez un petit nombre de cas, jusqu'à ce que l'épidémie soit terminée, afin de suivre l'évolution de l'épidémie et les profils de sensibilité aux antibiotiques qui orienteront le traitement de référence.</p> <p>Consulter les directives spécifiques aux maladies, Section 8.0, pour plus d'information concernant le potentiel épidémique de <i>Sd 1</i>.</p> |
| Références | |

Diarrhée sanglante (dysenterie à *Shigella dysenteriae*)

- *Guidelines for the control of epidemics due to Shigella dysenteriae type 1*. WHO/CDR/95.4
- *Safe Water Systems for the Developing World: A Handbook for Implementing Household-based Water Treatment and Safe Storage Projects*. Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. 2000
- “Méthodes de laboratoire pour le diagnostic de la dysenterie épidémique et du choléra”. WHO/CDS/CSR/EDC/99.8
http://www.cdc.gov/idsr/files/French_lab_manual_IDSRS/French_lab_manual_IDSRS.pdf

Dracunculose

Présentation

- La dracunculose, plus connue sous le nom de maladie du ver de Guinée, est provoquée par un gros nématode, parasite incapacitant qui émerge de la peau des personnes infectées.
- Connue depuis l'antiquité, cette maladie entraîne pour les malades des conséquences socioéconomiques regrettables. Elle se transmet par l'ingestion d'eau contenant un crustacé (le cyclops) infesté par une forme immature du nématode (larve). Le cyclops vit dans les eaux stagnantes (marais, puits traditionnels peu profonds), en région rurale. La femelle libère ses œufs à travers la peau de l'hôte au contact de l'eau. L'incubation dure de 9 à 12 mois. Il n'existe aucun traitement ou vaccin contre cette maladie.
- Grâce aux stratégies efficaces de lutte contre la maladie menées par les pays d'endémie et une coalition internationale de partenaires, la dracunculose est sur le point d'être éradiquée. En décembre 2008, seulement 4619 cas de ver de Guinée étaient notifiés à l'OMS, dans le monde, contre 892 000 en 1989, soit une réduction de 99,47%.
- En 1989, la maladie était endémique dans 20 pays : Bénin, Burkina Faso, Cameroun, République Centrafricaine, Côte d'Ivoire, Tchad, Ghana, Ethiopie, Inde, Pakistan, Kenya, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Soudan, Sénégal, Togo, Ouganda et Yémen.
- A ce jour, seule l'Afrique reste affectée, avec 6 pays où la maladie était encore endémique en 2009 : Soudan, Ghana, Mali, Ethiopie, Nigeria et Niger.

But de la surveillance

- Rechercher activement et investiguer chacun des cas au niveau de la communauté et les notifier chaque mois au niveau supérieur.
- Dans les zones géographiques où la transmission du ver de Guinée a été interrompue, continuer à rechercher activement d'autres cas ou des rumeurs de cas.
- Signaler tous les cas importés à leurs pays ou régions d'origine.
- Confirmer l'absence de transmission.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Toute personne présentant une lésion cutanée accompagnée de démangeaisons ou de cloques, résidant dans une région d'endémie pour le ver de Guinée.

Cas confirmé :

Sujet présentant une ou plusieurs lésions cutanées avec émergence

d'un ou plusieurs vers de guinée

Répondre au seuil d'alerte

Dracunculose

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier le cas conformément aux directives du programme national pour l'éradication de la dracunculose.
- Traiter la plaie (s'il y en a) pour minimiser l'incapacité associée aux lésions douloureuses des jambes.
- Faire l'investigation du cas pour confirmer les facteurs de risque.
- Améliorer l'accès à l'eau potable conformément aux directives nationales.

Analyser et interpréter les données

Temps : Etablir un graphique des cas par mois.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation et de travail où des cas ont été signalés.

Caractéristiques individuelles : Compter le nombre de cas par mois et analyser leur répartition en fonction de l'âge.
Adresser un rapport mensuel aux niveaux supérieurs.

Confirmation en laboratoire

La confirmation systématique en laboratoire à des fins de surveillance n'est pas nécessaire. Le diagnostic de dracunculose est généralement établi, lorsqu'on voit l'extrémité antérieure du ver femelle émerger d'une lésion cutanée (quand la cloque se rompt). Les tests diagnostiques de la dracunculose en laboratoire sont limités, dans la mesure où les larves de *D. medinensis* sont normalement éliminées dans l'eau. Toutefois, le laboratoire peut apporter confirmation du diagnostic par l'identification des larves à l'examen microscopique : placer quelques gouttes d'eau sur l'ulcère, prélever ensuite ces gouttes d'eau et les transférer sur une lame, pour examiner sous le microscope la présence de larves mobiles.

Références

- *Dracunculose ou Ver de Guinée*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, WHO/CDS/CEE/DRA/99.2, 1999 et OMS/relevé épidémiologique hebdomadaire N°37 septembre 2003 (<http://www.who.int/wer/2003/en/wer7837.pdf>)
- Control of Communicable Diseases Manual, 18^{ième} Edition
- District Laboratory Practice in Tropical countries, Cambridge

Syndrome de fièvre hémorragique aiguë

| |
|---|
| Présentation |
| <p>Le syndrome de fièvre hémorragique aiguë peut être dû aux virus Ebola et Marburg (<i>filoviridae</i>), à la fièvre de Lassa (<i>arenaviridae</i>), à la fièvre de la Vallée du Rift, à la fièvre hémorragique de Crimée-Congo (<i>bunyaviridae</i>), à la dengue hémorragique, à la fièvre jaune, et à d'autres maladies bactériennes, rickettsiales ou virales à tendance épidémique. Tous les cas de syndrome de fièvre hémorragique aiguë, isolés ou groupés, doivent être immédiatement notifiés, sans attendre l'identification de l'agent responsable.</p> |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Détecter au plus tôt les cas et les épidémies de syndrome hémorragique de fièvre aiguë, enquêter rapidement et vérifier sans délai, en laboratoire, l'étiologie de tous les cas suspects.▪ Investiguer tous les cas suspects, avec repérage des contacts.▪ Pendant les épidémies, la plupart des patients infectés ne manifestant pas de symptômes hémorragiques, il convient d'utiliser une définition de cas spécifique selon la maladie suspectée ou confirmée (par ex., définitions de cas pour Ebola-Marburg, pour la fièvre de Crimée-Congo, la fièvre de Lassa, la dengue hémorragique et la fièvre jaune). |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect :</p> <p>Apparition brutale d'une fièvre qui dure moins de 3 semaines chez un malade gravement atteint</p> <p>ET 2 des signes suivants : hémorragie ou purpura ; épistaxis (saignement de nez) ; hématomène (vomissement de sang) ; hémoptysie (présence de sang dans les crachats) ; sang dans les selles ; autres manifestations hémorragiques <u>sans</u> facteur de prédisposition connu aux phénomènes hémorragiques.</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>Cas suspect confirmé par le laboratoire ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p> <p>Remarque : lors d'épidémies, les définitions de cas sont susceptibles d'être modifiées pour correspondre à l'événement local.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |

Syndrome de fièvre hémorragique aiguë

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes les données relatives au cas.
- Isoler le cas suspect des autres patients et appliquer des mesures barrières strictes. Renforcer les Précautions standard dans tout le milieu médical.
- Traiter et prendre en charge le patient en lui dispensant des soins de confort.
- Prélever des échantillons de manière sécurisée pour confirmation du cas par le laboratoire.
- Assurer un suivi des contacts du cas et faire une recherche active de cas supplémentaires.

Répondre au seuil d'intervention

Si un seul cas est confirmé :

- Maintenir des mesures strictes de lutte contre les infections virales de fièvre hémorragique pendant toute la durée de l'épidémie.
- Mobiliser la communauté pour la détection et la prise en charge rapides des cas ; éduquer la communauté sur le mode de transmission de la maladie et comment lutter contre l'infection lors des soins à domicile et des sépultures.
- Assurer le suivi des contacts du cas et rechercher activement d'autres cas qui pourraient ne pas s'être présentés aux services médicaux.
- Demander l'assistance des autres niveaux, selon les besoins.
- Installer une unité d'isolement pour s'occuper des cas supplémentaires qui pourraient se présenter au centre de soins.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique des cas et des décès par jour/semaine. Tracer une courbe épidémique pendant les épidémies.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation et de travail des cas.

Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement les informations relatives aux cas et aux décès. Analyser la répartition en fonction de l'âge et du sexe. Évaluer les facteurs de risque et organiser les actions de lutte contre la maladie en conséquence.

Confirmation en laboratoire

Tests diagnostiques

Recherche d'IgM dirigées contre les virus des fièvres Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa ou du Nil occidental

ou

Recherche du virus Ebola dans une nécropsie cutanée (post-mortem)

Syndrome de fièvre hémorragique aiguë

| | |
|--|--|
| Prélèvements | <p><i>Pour l'ELISA :</i></p> <p>Sang total, sérum ou plasma</p> <p><i>Pour la PCR :</i></p> <p>Sang total ou caillot, sérum/plasma ou tissu</p> <p><i>Pour l'immunohistochimie :</i></p> <p>Prélèvement de peau ou de tissu des cas <i>décédés</i></p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Prélever des échantillons chez le premier cas suspect.</p> <p>S'il y a plus d'un cas suspect, effectuer des prélèvements jusqu'à l'obtention d'échantillons de 5 à 10 cas suspects.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>MANIPULER ET TRANSPORTER LES PRELEVEMENTS DE CAS PRESUMES DE SYNDROME DE FIEVRE HEMORRAGIQUE AIGUË AVEC UNE EXTREME PRUDENCE. PORTER DES VETEMENTS PROTECTEURS ET APPLIQUER DES MESURES BARRIERES.</p> <p><i>Pour l'ELISA ou la PCR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfrigérer le sérum ou le caillot. • Congeler les échantillons de tissu pour l'isolement du virus (-20°C ou températures plus basses). <p><i>Pour l'immunohistochimie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixer les prélèvements cutanés dans du formol. Ils peuvent ensuite être conservés jusqu'à 6 semaines. Les prélèvements ne sont plus infectieux, une fois fixés dans le formol. • Les prélèvements fixés dans le formol peuvent être conservés et transportés à température ambiante. |
| Résultats | <p>Les services diagnostiques des fièvres hémorragiques virales ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement prévoir des arrangements. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS.</p> |
| Références | |

Syndrome de fièvre hémorragique aiguë

- Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever. BDP/EPR/WHO, Genève mars 2008.

- Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf

- Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies : Fièvre hémorragique à virus Ebola (FHE).
WHO/EMC/DIS/97.7
<http://www.who.int/csr/resources/publications/ebola/whoemcdis977F.pdf>

- Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain WHO/EMC/ESR/98.2
http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_EM_CESR_98.2_fre_%28chapitres1-3%29.pdf

- Viral Infections of Humans ; Epidemiology and Control. 1989. Evans, A.S. (ed). Plenum Medical Book Company, New York

Fièvre de la vallée du Rift (FVR)

Présentation

- La fièvre de la vallée du Rift (FVR) est une zoonose virale touchant principalement les animaux, mais pouvant aussi parfois affecter l'homme. Le virus appartient au genre des *Phlebovirus*, l'un des 5 genres de la famille des *Bunyaviridae*. La maladie se déclare fréquemment après de fortes pluies et des inondations. Elle a été identifiée pour la première fois, en 1930, dans la Vallée du Rift, une province du Kenya. Elle a ensuite été signalée toujours au Kenya, après les inondations dues au phénomène El Nino de 1997/1998 et, plus récemment, entre 2006 et 2007. La Tanzanie et l'Afrique du Sud ont-elles aussi été affectées en 2007 et 2010, respectivement. D'autres épidémies de FVR ont été notifiées en Somalie, en Egypte, en Arabie Saoudite et au Yémen.
- La FVR se transmet à l'homme principalement par contact direct avec des animaux infectés (moutons, bovins, chèvres, chameaux), lors de la manipulation de viande et de liquides biologiques et lors de la consommation de lait cru. A l'occasion d'épizooties (épidémies chez l'animal) de FVR établies, les hommes peuvent également être contaminés suite aux piqûres de moustiques infectés ou autres insectes.
- La période d'incubation de la FVR varie de 2 à 6 jours. La maladie se manifeste par un syndrome grippal avec accès brutal de fièvre, céphalées, myalgies et maux de dos. Ces symptômes durent généralement 4 à 7 jours. La plupart des personnes infectées se rétablissent d'elles-mêmes. Toutefois, une petite proportion (environ 1%) développent des complications : vomissement de sang, saignement de nez et présence de sang dans les selles. Il existe d'autres formes graves de la maladie : la forme oculaire et la méningo-encéphalite.
- En l'absence de traitement spécifique de la FVR, la prise en charge des cas consiste essentiellement à dispenser de soins de support. Il est important de détecter les cas le plus tôt possible et de les prendre en charge rapidement. La lutte contre la FVR humaine passe par la lutte contre la maladie animale grâce à un programme de vaccination durable, et par la limitation des contacts entre l'homme et l'animal. L'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides et de répulsifs anti moustiques réduit également les risques d'infection humaine. En plus des souffrances et des décès qu'elle provoque chez l'homme, la FVR a également d'importantes conséquences économiques pour l'industrie du bétail. En situation d'épidémie, la maladie se manifestant par un syndrome fébrile non hémorragique, des analyses de laboratoire doivent être envisagées chez les personnes présentant des symptômes bénins évoquant une maladie virale.
- Notification immédiate obligatoire à l'OMS, conformément au RSI (Annexe 2 du RSI)

But de la surveillance

Rapidement détecter tous les cas suspects de FVR, confirmer leur étiologie et riposter aux épidémies.

Définition de cas standardisée

Fièvre de la vallée du Rift (FVR)

Cas suspect :

Stade précoce de la maladie :

- Maladie fébrile aiguë (température axillaire >37,5 °C ou orale >38,0°C) qui dure plus de 48 heures, qui ne répond pas aux traitements antibiotiques ou antipaludéens, et qui est associée à :
 - Un contact direct avec un animal malade ou mort ou à ses produits **ET/ OU :**
 - Une résidence ou un récent voyage (au cours de la semaine précédente) dans une région où, après de fortes pluies, les taux de mortalité ou d'avortement du bétail sont élevés, et où l'activité du virus de la FVR est suspectée/confirmée **ET/OU :**
 - L'apparition brutale d'au moins un des signes suivants : épuisement, maux de dos, douleurs musculaires, céphalées (souvent violentes), sensibilité à la lumière, nausées/vomissements, diarrhée **ET / OU :**
 - Douleurs abdominales avec au moins un des signes suivants :
 - Teint pâle (ou Hb < 8 gm/dL)
 - Faible taux de plaquettes (thrombocytopénie) qui se traduit par de petites hémorragies de la peau et des muqueuses (pétéchies) (ou taux de plaquettes < 100x10⁹ / dL)
 - Signes d'insuffisance rénale (œdème, miction réduite) (ou créatinine > 150 mol/L) **ET / OU :**
 - Saignements cutanés, saignements aux sites de piqûre, saignements des muqueuses ou du nez, saignements gastro-intestinaux et saignement vaginal inhabituel **ET / OU :**
 - Ictère (taux de transaminases 3 fois plus élevés que la normale)

Stades tardifs de la maladie ou complications (2 à 3 semaines après l'apparition des premiers symptômes)

- Patients ayant souffert au cours du mois précédent d'un syndrome grippal répondant à des critères cliniques, et qui développent en plus :
 - Troubles du SNC évoquant une méningo-encéphalite
- ET/OU**
- Perte inexplicée de l'acuité visuelle
- OU**
- Décès inexplicé suite à l'apparition brutale d'un syndrome grippal aigu accompagné d'hémorragies, d'une méningo-encéphalite ou d'une perte de l'acuité visuelle dans le mois précédent.

Cas confirmé:

Tout patient chez qui, après dépistage clinique, le test ELISA IgM anti-FVR ou les tests de RT-PCR (Reverse Transcriptase Polymerase Chain Reaction) sont positifs. (Apparition caractéristique des anticorps entre 4 et 6 jours après le début des symptômes)

Répondre au seuil d'alerte

Fièvre de la vallée du Rift (FVR)

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes l'information relative au cas.
- Renforcer les précautions standard habituelles dans tout le milieu médical.
- Traiter et prendre en charge le patient en lui dispensant des soins de support.
- Prélever des échantillons dans des conditions sécurisées pour confirmation du cas.

Répondre au seuil d'intervention

Si un seul cas est confirmé :

- Mobiliser la communauté pour une détection précoce de la maladie et un traitement rapide.
- Mener une action éducative au sein de la communauté sur le cas confirmé de FVR, le mode de transmission de la maladie et comment éviter le contact avec des tissus d'animaux infectés et les piqûres de moustique.
- Donner des informations sur la prévention à domicile et quand aller consulter les services de santé.
- Administrer un traitement de support à tous les cas identifiés.
- Demander l'aide des niveaux nationaux, selon les besoins.
- Collaborer avec les spécialistes en santé animale pour rechercher et documenter les cas parmi les populations animales également.

Analyser et interpréter les données

Temps : Etablir un graphique des cas et des décès par mois. Tracer une courbe épidémique en situation d'épidémie.

Lieu : Cartographier précisément l'emplacement des lieux d'habitation et de travail des cas.

Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement, au cas par cas, l'information relative aux cas et aux décès. Durant l'épidémie, compter et notifier le nombre de cas et de décès. Analyser leur répartition en fonction de l'âge et du sexe. Déterminer immédiatement les facteurs de risque et envisager une demande d'assistance pour intensifier la lutte contre l'épidémie.

Confirmation en laboratoire

Fièvre de la vallée du Rift (FVR)

| | |
|---|---|
| <p>Tests diagnostiques</p> | <p>Plusieurs techniques différentes permettent d'établir le diagnostic de FVR aiguë. Les tests sérologiques comme l'ELISA permettent de confirmer la présence d'anticorps IgM spécifiques dirigés contre le virus. Le virus lui-même peut être détecté dans le sang pendant la phase précoce de la maladie ou dans les tissus post-mortem, grâce à diverses techniques, notamment par ELISA, RT-PCR, multiplication du virus (sur cultures cellulaires) et immunohistochimie sur des tissus fixés dans le formol.</p> <p>La détection des IgG par ELISA permet un diagnostic rétrospectif.</p> <p>Les mêmes tests peuvent servir au diagnostic chez l'animal.</p> |
| <p>Prélèvements</p> | <p>ELISA (sérologie) :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sang total ou caillot sanguin ▪ Sérum ou plasma ▪ Tissus (frais congelés) <p>RT-PCR – Isolement du virus :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sang ▪ Sérum ou plasma ▪ Biopsie hépatique chez les cas mortels <p>Anatomopathologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsies chez les cas décédés <p>Prélèvements identiques chez l'animal</p> |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Faire des prélèvements chez le premier cas suspect.</p> <p>S'il y a plus d'un cas suspect, effectuer des prélèvements jusqu'à obtention d'échantillons de 5 à 10 cas suspects.</p> |

Fièvre de la vallée du Rift (FVR)

| | |
|--|---|
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>Le personnel de laboratoire est à risque. Les prélèvements de cas humains présumés de FVR, à des fins de diagnostic, doivent être manipulés par du personnel qualifié et analysés dans des laboratoires correctement équipés.</p> <p>ELISA/PCR/Isolement :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation et conservation : congeler ou réfrigérer/à température la plus basse possible. • Expédition : congelés dans de la carboglace ou avec des pains de glace ou les deux à la fois. <p><i>Remarque : en l'absence de carboglace ou de pains de glace, les prélèvements pourront être acheminés à température ambiante et donner encore des résultats valides dans la plupart des cas.</i></p> <p>Immunohistochimie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Préparation et conservation : fixer les tissus dans le formol (conservation possible jusqu'à 6 semaines). • Expédition : à température ambiante (ne pas congeler). <p><i>Même conditions de préparation, de conservation et de transport pour les prélèvements animaux.</i></p> |
| <p>Résultats</p> | <p>Les services diagnostiques de la FVR ne sont pas systématiquement disponibles. Ils nécessitent généralement des arrangements préalables. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS.</p> |
| <p>Références</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain, OMS/EMC/ESR 98.2, 1998. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO EMC ESR 98.2_fre_%28chapitres1-3%29.pdf ▪ Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf ▪ Fièvre de la Vallée du Rift. Aide-mémoire OMS N°207. Révisé en mai 2010 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs207/fr/index.html ▪ Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain /CDC (Annexes 11-12) http://www.cdc.gov/ncidod/dvrd/spb/mnpages/vhfmanual/vhfmanualfr/all.pdf | |

Fièvre du Nil occidental

Présentation

La fièvre du Nil occidental est une maladie fébrile résultant de l'infection par un arbovirus de la famille des *Flaviviridae*, transmis par les moustiques. C'est une zoonose transmise à l'homme et aux animaux par les oiseaux. La sérologie suggère que l'infection est présente sur pratiquement tout le continent africain. La fièvre du Nil occidental a très probablement émergé en Afrique et on la trouve maintenant partout dans le monde. Des épidémies se produisent chez les humains, les oiseaux et les chevaux.

- Dans la plupart des cas, la maladie est bénigne et peut passer inaperçue des systèmes de santé. Les patients qui viennent consulter présentent généralement des symptômes pseudo-grippaux, par exemple de la fièvre, des maux de tête et des douleurs. Parfois, les patients se présentent avec une éruption cutanée sur le cou, le tronc, les bras ou les jambes.
- La maladie peut frapper n'importe qui à n'importe quel âge. Néanmoins, les sujets de plus de 50 ans et ceux qui ont subi une transplantation d'organe risquent plus de développer une forme grave de la maladie.
- Les cas très graves se caractérisent par des signes d'encéphalite, de méningo-encéphalite ou de méningite ; une fièvre élevée, des maux de tête, une raideur de la nuque, une baisse de la vigilance, un état comateux, des tremblements, des convulsions, une paralysie flasque et un coma.
- Le taux de létalité chez les patients atteints de la forme neurologique se situe entre 4% et 14%, mais peut atteindre 29% chez les sujets âgés.
- On peut prévenir la fièvre du Nil occidental en évitant les piqûres de moustiques surtout à la tombée de la nuit quand les moustiques sont le plus actifs. On peut réduire l'exposition aux moustiques en utilisant des produits répulsifs, en portant des manches longues et des pantalons, en restant à l'intérieur et en asséchant les sites de reproduction comme les flaques d'eau stagnante.
- La confirmation du diagnostic de fièvre du Nil occidental chez les patients présentant des symptômes cliniques nécessite la mise en évidence d'anticorps de type IgM dans le liquide céphalorachidien et le sérum.
- Il n'existe aucun traitement spécifique de la fièvre du Nil occidental ; les patients atteints d'une forme grave doivent être hospitalisés pour recevoir des soins et un traitement symptomatique.

But de la surveillance

- Identifier les facteurs de risque pour l'infection et déterminer les populations à haut risque pour cibler les activités de prévention.
- Identifier les zones géographiques pour cibler la prévention et la lutte contre la maladie.
- Identifier les cas graves pour les faire hospitaliser.

Définition de cas standardisée

Fièvre du Nil occidental

Cas suspect :

Malade hospitalisé pour une encéphalite d'origine inconnue

Cas confirmé :

Confirmation de la Fièvre du Nil occidental par des tests diagnostiques de laboratoire qui identifient les IgM dirigées contre le virus *West nile*.

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a un seul cas suspect :

- Transmettre immédiatement les informations sur ce cas aux autorités compétentes.
- Prendre en charge le patient et lui administrer un traitement symptomatique.
- Effectuer des prélèvements dans des conditions sécurisées pour confirmer le cas.

Répondre au seuil d'intervention

S'il y a un seul cas confirmé :

- Prendre en charge le patient et lui administrer un traitement symptomatique.
- Mobiliser et éduquer la population pour qu'elle adopte des comportements visant à réduire le risque, par exemple protection contre les piqûres de moustiques et destruction des sites de ponte.
- Informer la communauté sur la façon dont le virus du Nil occidental se transmet et la façon d'éviter l'infection.

Analyser et interpréter les données

Temps: Construire une courbe épidémique durant l'épidémie.

Lieu: Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation et de travail des cas.

Caractéristiques individuelles: Notification immédiate des cas individuels et des décès. Durant une épidémie, compter et notifier les cas et les décès. Analyser les données en fonction de l'âge et du sexe. Évaluer immédiatement les facteurs de risque et envisager de demander de l'aide pour améliorer la lutte contre l'épidémie.

Confirmation en laboratoire

Fièvre du Nil occidental

| | |
|--|--|
| Tests diagnostiques | Recherche d'anticorps de type IgM contre le virus de la fièvre du Nil occidental |
| Prélèvements | <p><i>Pour l'ELISA :</i></p> <p>Sang total, sérum ou plasma</p> <p><i>Pour la PCR :</i></p> <p>Sang total ou caillot, sérum/plasma ou tissu</p> <p><i>Pour l'immunohistochimie :</i></p> <p>Echantillons de peau ou de tissu des cas <i>décédés</i>.</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Réaliser des prélèvements sur le premier cas suspect.</p> <p>S'il y a plus d'un cas suspect, effectuer des prélèvements jusqu'à l'obtention d'échantillons de 5 à 10 cas suspects.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>MANIPULER ET TRANSPORTER LES PRELEVEMENTS DE CAS PRESUMES DE FIEVRE HEMORRAGIQUE VIRALE AVEC UNE EXTREME PRUDENCE. PORTER DES VETEMENTS PROTECTEURS ET APPLIQUER DES MESURES BARRIERES.</p> <p><i>Pour l'ELISA ou la PCR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfrigérer le sérum ou le caillot • Congeler les échantillons de tissu pour l'isolement du virus (-20°C ou températures plus basses) <p><i>Pour l'immunohistochimie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixer les prélèvements cutanés dans du formol. Ils peuvent ensuite être conservés jusqu'à 6 semaines. Les prélèvements ne sont plus infectieux une fois fixés dans le formol. • Les prélèvements fixés dans le formol peuvent être conservés et transportés à température ambiante. |
| Résultats | <p>Les services diagnostiques des fièvres hémorragiques virales ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement prévoir des arrangements. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS.</p> |
| Références | |

Fièvre du Nil occidental

- Global Alert and Response; West Nile Fever epidemic updates
http://www.who.int/csr/don/archive/disease/west_nile_fever/en/
- Pedro N. A and Boris Szyfres. Zoonoses and Communicable Diseases Common to Man and Animals. Third edition, Volume II. Chlamydioses, Rickettsioses and Viroses, Part II: Viroses Pages 372-376. Pan American Health Organization, WHO
- Epidemic/Epizootic West Nile Virus in the United States: Guidelines for Surveillance, Prevention and Control.
<http://www.cdc.gov/ncidod/dvbid/westnile/resources/wnv-guidelines-aug-2003.pdf>
- Infection Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting WHO/EMC/ESR/98.2
- Viral Infections of Humans; Epidemiology and Control. 1989. Evans, A.S. (ed). Plenum Medical Book Company, New York

Fièvres hémorragiques d'Ebola et de Marburg

Présentation

- Les virus Ebola et Marburg sont des filovirus.
- Près de 3 000 cas de fièvre Ebola avec plus de 1 900 décès ont été documentés, depuis que le virus Ebola a été découvert en 1976. Les principales épidémies de fièvre Ebola se sont déclarées au Soudan, en République démocratique du Congo (RDC), en Côte d'Ivoire, au Gabon, en Ouganda et au Congo.
- Plus de 500 cas de fièvre de Marburg, dont plus de 400 mortels, ont été enregistrés lors d'épidémies en République centrafricaine (1998-2000), en Angola (2004-2005) et en Ouganda (3 cas en 2007).
- Ces deux virus se transmettent par contact direct avec le sang, les sécrétions, les organes ou d'autres liquides biologiques de sujets infectés. On a également signalé la transmission du virus Ebola à l'homme lors de la manipulation de chimpanzés, de gorilles et d'antilopes des bois infectés (vivants ou morts).
- Des études écologiques sont en cours pour identifier les réservoirs naturels des virus Ebola et Marburg. D'après les observations, il semble que les chauves-souris soient impliquées.
- Les épidémies peuvent prendre une ampleur dramatique dans les structures de soins, si les précautions/mesures barrières de lutte contre l'infection ne sont pas correctement appliquées.
- La période d'incubation dure de 2 à 21 jours pour les virus Ebola et Marburg.
- Entre 20% et 80% des patients présentent des manifestations hémorragiques, selon la souche virale Ebola ou Marburg. Plus la maladie progresse, plus les patients deviennent contagieux.
- Des létalités élevées ont été rapportées lors des épidémies de fièvres Ebola (25% à 90%) et Marburg (25% à 80%).
- Il n'existe pas de traitement spécifique pour ces maladies. Les cas graves nécessitent des soins intensifs, dans la mesure où les malades souvent déshydratés ont besoin d'une réhydratation par perfusion intraveineuse ou d'une réhydratation par voie orale avec des solutions d'électrolytes.
- Les contacts étroits avec un patient gravement malade, à l'occasion des soins à domicile ou à l'hôpital, et certaines pratiques funéraires sont sources habituelles d'infection. La transmission par le biais de matériel d'injection contaminé ou de blessure accidentelle avec une aiguille contaminée est associée à des formes plus graves de la maladie. L'infection peut également se propager par contact avec les vêtements ou les draps de lit souillés d'un malade.

But de la surveillance

- Détecter au plus tôt les cas et les épidémies, investiguer rapidement et vérifier sans délai, en laboratoire, l'étiologie de tous les cas suspects.
- Investiguer tous les cas suspects, avec repérage et suivi des contacts.
- Pendant les épidémies, la plupart des patients ne manifestant pas de symptômes hémorragiques, il convient d'utiliser une définition de cas spécifique, selon la maladie suspectée ou confirmée.

Définition de cas standardisée

Fièvres hémorragiques d'Ebola et de Marburg

Cas suspect :

Toute personne souffrant d'une forte fièvre qui ne répond à aucun traitement des causes habituelles de fièvre dans la région, et qui présente au moins l'un des signes suivants : diarrhée sanglante, hémorragie gingivale, hémorragies cutanées (purpura), injection des conjonctives et présence de sang dans les urines.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive ou isolement du virus), ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.

Remarque : Lors d'une épidémie, ces définitions de cas sont susceptibles d'être modifiées pour s'adapter à l'événement local.

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes l'information relative au cas.
- Isoler le cas suspect des autres patients et appliquer des mesures barrières strictes.
- Renforcer les précautions standard dans tout l'environnement médical.
- Traiter et prendre en charge les patients en leur dispensant des soins de confort.
- Faire des prélèvements pour confirmer le cas.
- Assurer le suivi des contacts du cas et faire une recherche active d'autres cas.

Répondre au seuil d'intervention

Si un seul cas est confirmé :

- Maintenir des pratiques strictes de lutte contre l'infection* pendant toute la durée de l'épidémie.
- Mobiliser la communauté pour la détection et la prise en charge rapides des cas et l'informer des modes de transmission de la maladie et des moyens de lutte contre l'infection à mettre en place lors des soins à domicile et pendant les enterrements.
- Assurer le suivi des contacts des cas et rechercher activement d'autres cas qui ne se seraient pas présentés aux services de santé.
- Demander l'assistance des autres niveaux, selon les besoins.
- Créer une unité d'isolement pour s'occuper des cas supplémentaires qui pourraient se présenter au centre de soins.

Analyser et interpréter les données

Fièvres hémorragiques d’Ebola et de Marburg

Temps : Faire un graphique des cas et des décès par jour/semaine. Tracer une courbe épidémique pendant l’épidémie.

Lieu : Cartographier l’emplacement des lieux d’habitation des cas.

Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement, au cas par cas, les informations relatives aux cas et aux décès. Analyser leur répartition en fonction de l’âge et du sexe. Evaluer les facteurs de risque et organiser des actions de lutte contre la maladie en conséquence.

Confirmation en laboratoire

| | |
|--|--|
| Tests diagnostiques | <p>ELISA pour la recherche d’IgM contre les virus des fièvres Ebola, Marburg, Crimée-Congo, Lassa ou Nil occidental</p> <p>PCR pour la recherche du virus</p> <p>Immunohistochimie pour la recherche du virus Ebola dans des nécropsies cutanées (biopsies post-mortem).</p> |
| Prélèvements | <p><i>Pour l’ELISA :</i></p> <p>Sang total, sérum ou plasma</p> <p><i>Pour la PCR :</i></p> <p>Sang total ou caillot sanguin, sérum/plasma ou tissu</p> <p><i>Pour l’immunohistochimie :</i></p> <p>Peau ou prélèvements tissulaires des cas décédés.</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Faire des prélèvements chez le premier cas suspect.</p> <p>S’il y a plus d’un cas suspect, faire des prélèvements jusqu’à l’obtention d’échantillons de 5 à 10 cas suspects.</p> |

Fièvres hémorragiques d’Ebola et de Marburg

| | |
|---|---|
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>MANIPULER ET TRANSPORTER LES ECHANTILLONS DE PATIENTS PRESUMES AVEC UNE EXTREME PRUDENCE. PORTER DES VETEMENTS PROTECTEURS ET APPLIQUER LES PRECAUTIONS BARRIERE.</p> <p><i>Pour l’ELISA ou la PCR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfrigérer le sérum ou le caillot • Congeler (à -20°C ou à température plus basse) les échantillons de tissus pour la recherche du virus <p><i>Pour l’immunohistochimie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixer les prélèvements de peau dans le formol. Ils peuvent être ainsi conservés jusqu’à 6 semaines, à température ambiante. Une fois fixés dans le formol, les prélèvements ne sont plus infectieux. • Transporter les prélèvements fixés dans le formol à température ambiante. |
| Résultats | <p>Les services diagnostiques pour les fièvres hémorragiques virales ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement prévoir des arrangements. Contacter l’autorité nationale compétente ou l’OMS.</p> |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever. BDP/EPR/WHO, Genève mars 2008. ▪ Contrôle de l’infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain. OMS, 1998. WHO/EMC/ESR/98.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO EMC ESR 98.2_fre_%28chapitres1-3%29.pdf ▪ Normes recommandées par l’OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf ▪ Aide-mémoire OMS No 103, Fièvre hémorragique à virus Ebola, révisé en décembre 2008 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs103/fr/index.html ▪ Aide-mémoire OMS, fièvre hémorragique de Marburg, révisé en juillet 2008 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_marburg/fr/index.html ▪ Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies : fièvre hémorragique à virus Ebola. WO/EMC/DIS/97.7. ▪ Dengue hémorragique : diagnostic, traitement, prévention et lutte. 2ième édition. Genève : Organisation mondiale de la Santé. 1997. http://whqlibdoc.who.int/publications/1998/9242545007_fre.pdf | |

Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo

Présentation

- La fièvre hémorragique de Crimée-Congo (FHCC) est provoquée par un virus appartenant à la famille des *Bunyaviridae* et la fièvre de Lassa par un virus de la famille des *Arenaviridae*.
 - La FHCC est endémique en Afrique où des épidémies ont été notifiées en Ouganda, en Mauritanie et en Afrique du Sud. Chaque année, la Mauritanie notifie quelques cas. L'Afrique du Sud a notifié 165 cas confirmés en laboratoire, entre 1981 et mars 2006.
 - On sait que la fièvre de Lassa est endémique en Guinée, au Libéria, au Nigeria et en Sierra Leone, mais elle est sans doute également présente dans d'autres pays d'Afrique de l'Ouest. D'après certaines études, il y aurait en Afrique de l'Ouest entre 300 000 et 500 000 cas par an, dont 5000 mortels.
- La FHCC se transmet à l'homme soit par piqûre de tique, soit par contact direct avec des tissus animaux contaminés, immédiatement après l'abattage.
- Le réservoir animal du virus de Lassa est un rongeur du genre *Mastomys*. L'infection ne le rend pas malade, mais il peut excréter le virus (urine et déjections). En général, l'homme s'infecte par le biais d'aérosols ou d'un contact direct avec les excréta des rongeurs infectés. Le virus peut également se transmettre entre humains lors du contact direct avec du sang, des sécrétions rhinopharyngées, des urines, des fèces ou d'autres liquides biologiques d'une personne atteinte.
- La transmission interhumaine des fièvres de Crimée-Congo et de Lassa s'est déjà produite dans des services de soins, après exposition au sang ou à des sécrétions de patients infectés.
- La durée d'incubation pour la FHCC suite à une piqûre de tique est en général de 1 à 3 jours (max 9 jours). Elle est de 5 à 6 jours (max 13 jours) après contact avec du sang ou des tissus. La période d'incubation pour la fièvre de Lassa dure de 6 à 21 jours.
- L'apparition des symptômes de FHCC est brutale : fièvre, myalgie et autres signes et symptômes. Le taux de létalité est compris entre 3% et 30%.
- Dans 80% des cas environ, l'infection humaine par le virus de Lassa est bénigne ou asymptomatique. Les 20% restant présentent une atteinte grave de plusieurs organes. Chez les patients symptomatiques, la maladie se manifeste progressivement par de la fièvre, un état de faiblesse généralisée et une sensation de malaise. La fièvre de Lassa est difficile à distinguer de nombreuses autres maladies fébriles, comme le paludisme, les shigelloses, les fièvres typhoïdes, la fièvre jaune et autres fièvres hémorragiques virales. Le taux de létalité est compris entre 1% et 15% chez les patients hospitalisés.
- La prise en charge des cas de FHCC repose principalement sur un traitement de support à visée générale. Il est indispensable d'assurer un suivi intensif pour le remplacement du volume et des constituants sanguins. On a utilisé la ribavirine, médicament antiviral, pour traiter les cas établis de FHCC. Il semble que les formulations orale et intraveineuse soient aussi efficaces l'une que l'autre. La ribavirine est également efficace pour le traitement de la fièvre de Lassa, si elle est administrée au tout début de l'évolution clinique de la maladie.

But de la surveillance

- Détecter au plus tôt les cas et les épidémies de fièvres hémorragiques, enquêter rapidement et vérifier sans délai, en laboratoire, l'étiologie de tous les cas suspects.
- Investiguer tous les cas suspects, avec repérage des contacts.
- Evaluer et suivre la propagation et l'évolution des épidémies, ainsi que l'efficacité des mesures de lutte.

Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo

| |
|---|
| Définitions de cas standardisées |
| <p><i>Cas suspect de FHCC :</i></p> <p>Toute personne présentant une fièvre d'apparition brutale, un malaise, une faiblesse généralisée, une irritabilité, des céphalées, de vives douleurs dans les membres et la région lombaire, et une anorexie marquée. Congestion précoce du visage et du thorax, conjonctives injectées, énanthème hémorragique du voile du palais, de la luette et du pharynx, et très souvent éruption constituée de fines pétéchies s'étendant du thorax et de l'abdomen à tout le reste du corps avec, parfois, de grandes surfaces purpuriques.</p> <p><i>Cas confirmé de FHCC :</i></p> <p>Cas suspect confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive, isolement du virus ou séroconversion IgG par ELISA ou IFA) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p> <p><i>Cas suspect de fièvre de Lassa :</i></p> <p>Toute personne présentant une maladie qui s'installe progressivement avec au moins une des manifestations suivantes : malaise, fièvre, céphalées, maux de gorge, toux, nausées, vomissements, diarrhée, myalgie, douleurs thoraciques, perte de l'audition ; et ayant des antécédents de contact avec des excréta de rongeurs ou avec un cas confirmé de fièvre de Lassa.</p> <p><i>Cas confirmé de fièvre de Lassa :</i></p> <p>Cas suspect confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM, PCR positive, isolement du virus) ou ayant un lien épidémiologique avec un cas confirmé par le laboratoire</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |
| <p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Notifier immédiatement aux autorités compétentes l'information relative au cas.▪ Isoler les cas suspects des autres patients et appliquer strictement les techniques de soins en isolement.▪ Renforcer les précautions standard de lutte contre l'infection dans tout le milieu médical.▪ Traiter et prendre en charge le patient en lui dispensant des soins de support.▪ Faire des prélèvements pour confirmation du(des) cas.▪ Assurer le suivi des contacts du cas et rechercher activement d'autres cas. |
| Répondre au seuil d'intervention |

Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo

S'il y a un seul cas confirmé :

- Maintenir les mesures strictes de lutte contre l'infection* pendant toute la durée de l'épidémie.
- Mobiliser la communauté pour une détection et une prise en charge rapides des cas et mener des actions communautaires éducatives sur la transmission de la maladie et les moyens de lutte contre l'infection lors des soins à domicile. Pour la FHCC, informer la population sur le mode de transmission par les tiques. Pour la fièvre de Lassa, intensifier les mesures de lutte contre les rongeurs.
- Rechercher activement d'autres cas.
- Demander l'assistance des autres niveaux, selon les besoins.
- Créer une unité d'isolement pour s'occuper des cas supplémentaires qui pourraient se présenter à la formation sanitaire.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire un graphique des cas et des décès par jour/semaine. Tracer une courbe épidémique pendant les épidémies.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.

Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement, au cas par cas, l'information relative aux cas et aux décès.
Analyser la répartition en fonction de l'âge et du sexe. Evaluer les facteurs de risque et organiser les actions de lutte contre la maladie en conséquence.

Confirmation en laboratoire

Tests diagnostiques

ELISA : Recherche d'IgM contre les virus de la FHCC ou de la fièvre de Lassa.

PCR : recherche des virus

Immunohistochimie

Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo

| | |
|---|---|
| <p>Prélèvements</p> | <p><i>Pour l'ELISA :</i></p> <p>Sang total, sérum ou plasma</p> <p><i>Pour la PCR :</i></p> <p>Sang total ou caillot sanguin, sérum/plasma ou tissu</p> <p><i>Pour l'immunohistochimie :</i></p> <p>Prélèvements de peau ou de tissus des cas <i>décédés</i>.</p> |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Faire des prélèvements chez le premier cas suspect.</p> <p>S'il y a plus d'un cas suspect, faire des prélèvements jusqu'à obtention d'échantillons de 5 à 10 cas suspects.</p> |
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>MANIPULER ET TRANSPORTER LES ECHANTILLONS DE PATIENTS PRESUMES AVEC UNE EXTREME PRUDENCE. PORTER DES VETEMENTS PROTECTEURS ET APPLIQUER LES PRECAUTIONS BARRIERE.</p> <p><i>Pour l'ELISA ou la PCR :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Réfrigérer le sérum ou le caillot. • Congeler (à -20°C ou plus bas) les prélèvements de tissus pour l'isolement du virus. <p><i>Pour l'immunohistochimie :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fixer les prélèvements de peau dans le formol. Les échantillons peuvent ainsi être conservés jusqu'à 6 semaines. Une fois fixés dans le formol, les échantillons ne sont plus infectieux. • Les échantillons fixés dans le formol peuvent être conservés et transportés à température ambiante. |
| <p>Résultats</p> | <p>Les services diagnostiques des fièvres hémorragiques virales ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement avoir des arrangements. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS.</p> |
| <p>Références</p> | |

Fièvres hémorragiques de Lassa et de Crimée-Congo

- Interim Infection Control Recommendations for Care of Patients with Suspected or Confirmed Filovirus (Ebola, Marburg) Hemorrhagic Fever. BDP/EPR/WHO, 2008.
- Contrôle de l'infection en cas de fièvre hémorragique virale en milieu hospitalier africain. OMS, 1998. WHO/EMC/ESR/98.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_EMC_ESR_98.2_fre_%28chapitres1-3%29.pdf
- Ergonul O. Crimean-Congo haemorrhagic fever. Lancet Infect Dis 2006; 6:203-14.
- Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf
- OMS Aide-mémoire No 208: Fièvre hémorragique de Crimée-Congo, révisé novembre 2001 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs208/fr/index.html>
- OMS Aide-mémoire No 179 : Fièvre de Lassa, révisé en avril 2005 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs179/fr/index.html>

Fièvre jaune

Présentation

- Maladie hémorragique aiguë d'origine virale causée par un flavivirus à transmission interhumaine, par l'intermédiaire de moustiques domestiques appartenant à l'espèce *Aedes* (épidémies urbaines) ou transmis aux humains à partir du réservoir constitué par les primates, par l'intermédiaire de moustiques appartenant à des espèces sylvatiques (cycle sylvatique).
- De grandes épidémies se produisent tous les 3 à 10 ans dans les villages ou les villes en l'absence de vaccination de masse. Des cas sporadiques surviennent régulièrement dans les zones d'endémie. Résurgence de la maladie en Afrique depuis le milieu des années 1980. L'incidence réelle est largement supérieure aux cas déclarés.
- Période d'incubation de 3 à 6 jours après piqûre d'un moustique infecté. Environ 15% des infections évoluent en maladie fébrile et jaunisse.
- Seule une minorité des cas sont graves, mais le taux de létalité se situe entre 25% et 50% chez les patients présentant un syndrome hémorragique avec jaunisse et maladie rénale.
- Facteurs de risque : cas sporadiques souvent liés à la profession ou la localisation du village à proximité de forêts hébergeant de nombreux singes. Personnes non vaccinées.
- Notification internationale à l'OMS dans les 24 heures.
- Les autres fièvres hémorragiques virales (FHV) et d'autres maladies parasitaires, virales ou bactériennes comme le paludisme, la dengue, le Chikungunia, la leptospirose, les hépatites A-E, les infections par le virus d'Epstein-Barr, le virus du Nil occidental, la fièvre Q, l'anthrax, les rickettsies, etc., et certaines intoxications peuvent ressembler à la fièvre jaune.
- Il est possible de prévenir l'infection et la maladie par la vaccination. L'efficacité vaccinale est > 95% et la durée de l'immunité d'au moins 10 ans.

But de la surveillance

- Confirmer le diagnostic de fièvre jaune et exclure les autres étiologies possibles de fièvre accompagnée de jaunisse.
- Fournir des informations permettant de prendre des mesures de lutte appropriées.
- Identifier les populations à risque de fièvre jaune.
- Suivre l'épidémiologie de la maladie et l'impact des mesures de lutte.
- Soutenir la recherche opérationnelle et l'innovation.

Définition de cas standardisée

Fièvre jaune

Cas suspect :

Toute personne présentant une brutale montée de fièvre, avec apparition d'un ictère dans les 14 jours suivant l'apparition des premiers symptômes.

Cas probable :

CAS SUSPECT

ET

Un des éléments suivants :

- Lien épidémiologique avec un cas confirmé ou une flambée épidémique
- Histopathologie du foie post-mortem positive

Cas confirmé :

Cas probable

ET

Un des éléments suivants :

- Détection d'IgM antiamariles **spécifiques**
- Détection de titres d'IgM et/ou IgG contre la FJ 4 fois plus élevés entre le sérum de phase aiguë et le sérum de phase convalescente
- Détection d'anticorps neutralisants **spécifiques*** du virus amaril

**Spécifiques signifie que les tests de recherche d'anticorps (IgM ou anticorps neutralisants) contre les autres flavivirus prévalents sont négatifs. Cette analyse doit comporter des tests IgM au moins pour les virus de la Dengue et West Nile et éventuellement pour d'autres flavivirus en fonction de l'épidémiologie locale.*

Ou

Un des éléments suivants

- Détection de séquences génomiques du virus amaril dans le sang ou les organes par PCR
- Détection immunohistochimique d'antigènes du virus amaril dans le sang, le foie ou d'autres organes

Isolement du virus amaril

Répondre au seuil d'alerte

Fièvre jaune

S'il y a un seul cas ou groupe de cas suspects ou probables

- Remplir un formulaire de notification contenant les informations cliniques, des formulaires individuels de cas, vérifier le statut vaccinal et les antécédents de voyages.
- Prélever des échantillons de sang pour confirmation en laboratoire. On peut éventuellement prélever des échantillons en phase de convalescence
- Etablir le diagnostic et prodiguer au(x) patient(s) un traitement symptomatique
- Envoyer immédiatement une notification au niveau supérieur. Lorsqu'il s'agit d'un cas probable, informer immédiatement les unités sanitaires voisines.
- Renforcer la surveillance (appliquer la définition de cas utilisée par la communauté, par exemple fièvre et jaunisse).
- Initier une investigation préliminaire sur le terrain, s'il s'agit de cas groupés de fièvre accompagnée de jaunisse. Obtenir des informations pour déterminer le site probable d'infection. Déterminer la couverture vaccinale de la communauté et commencer à planifier la vaccination (pour les cas groupés).
- Renforcer la vaccination de routine contre la fièvre jaune.

Répondre au seuil d'intervention

Outre la réponse au seuil d'alerte, si un seul cas est confirmé :

- Continuer / achever l'investigation de l'épidémie, y compris le screening du statut vaccinal.
- Initier une enquête entomologique si besoin.
- Déterminer la couverture vaccinale dans les zones affectées (PEV de routine, riposte à des épidémies ou campagnes de prévention récentes).
- Initier la mobilisation sociale pour les interventions sélectionnées.
- Continuer à communiquer sur le risque et à intervenir pour réduire ce risque, si besoin par la lutte antivectorielle.
- Débuter la vaccination dans les villages, districts ou villes affectés en fonction des données épidémiologiques.
- Notifier à l'OMS, en passant par les autorités centrales. Utiliser l'instrument de décision.
- Continuer à renforcer la vaccination de routine contre la fièvre jaune, surtout dans les zones difficiles d'accès.

Analyser et interpréter les données

Fièvre jaune

| | |
|--|---|
| <p>Temps : Faire la courbe hebdomadaire des cas et des décès.</p> <p>Tracer une courbe épidémique pendant les épidémies (pour suivre l'évolution journalière et hebdomadaire).</p> <p>Lieu : Cartographier précisément l'emplacement des lieux d'habitation et de travail des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement les informations relatives aux cas et aux décès. Transmettre les totaux récapitulatifs hebdomadaires.</p> <p>Durant l'épidémie, compter les cas et les décès tous les jours au fur et à mesure de leur apparition, puis toutes les semaines quand l'épidémie a atteint la phase de plateau ou si elle se termine. Analyser en fonction des variables individuelles (par âge, sexe, profession ...). Evaluer les facteurs de risque pour améliorer la prévention des épidémies sporadiques.</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| <p>Tests diagnostiques</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. ELISA pour mettre en évidence la présence d'anticorps spécifiques de la fièvre jaune de type IgM et IgG. 2. L'exclusion de la dengue, du virus du Nil occidental et des autres flavivirus répandus localement sera nécessaire pour confirmation de la fièvre jaune. 3. PCR, séroneutralisation spécifique du virus de la fièvre jaune, isolement du virus ou histopathologie |
| <p>Prélèvements</p> | <p>Sérum durant la phase aiguë et la phase de convalescence de la maladie ;</p> <p>En cas de décès, prélèvement post-mortem de foie</p> |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Dans les 14 jours qui suivent l'apparition des premiers symptômes</p> <p>Prélever des échantillons sur au moins les 10 premiers cas suspects de fièvre jaune. Prélever des échantillons sur les derniers cas (d'après les courbes épidémiques) pour déterminer la fin de l'épidémie.</p> |

Fièvre jaune

| | |
|--|--|
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recueillir 10 ml de sang veineux pour les adultes ; 1-5 ml pour les enfants, dans un tube capillaire, un microréceptif ou, si nécessaire, dans un tube à essai standard en verre. ▪ Séparer les cellules sanguines du sérum : <ul style="list-style-type: none"> ○ Laisser le caillot se rétracter pendant 30 à 60 minutes à température ambiante. Centrifuger à 2000 rpm pendant 10-20 minutes et verser le sérum surnageant dans un tube de verre propre. ○ En l'absence de centrifugeuse, placer l'échantillon dans le réfrigérateur pour la nuit (4 à 6 heures) jusqu'à ce que le caillot se rétracte. Recueillir le sérum le lendemain matin. ○ En l'absence de centrifugeuse et de réfrigérateur, laisser le tube de sang incliné pendant au moins 60 minutes (ne pas agiter et ne pas le transporter dans un véhicule). Verser le sérum dans un tube propre. • Conserver le sérum à + 4°C. <p>Transporter les échantillons de sérum en utilisant l'emballage approprié pour éviter la casse ou les fuites durant le transport. Eviter si possible les tubes de verre pour l'expédition et le transport. Les échantillons doivent arriver au laboratoire dans les 3 jours suivant leur prélèvement. Eviter d'agiter l'échantillon avant d'avoir recueilli le sérum.</p> <p>Pour prévenir la croissance bactérienne, s'assurer que le sérum est placé dans un tube à essai propre. Ce tube n'a pas besoin d'être stérile – il suffit qu'il soit propre.</p> <p>Transporter le sérum dans un porte-vaccins du PEV, à 4°C-8°C pour prévenir la croissance des bactéries (jusqu'à 7 jours). S'il ne peut être réfrigéré, le sérum conservé dans un tube propre sera encore valable pendant au moins 3 jours.</p> |
| <p>Résultats</p> | <p>Le laboratoire devra rendre les résultats dans les 7 jours suivant la réception de l'échantillon.</p> |
| <p>Références</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>District guidelines for yellow fever surveillance.</i> WHO 1998 WHO/GPVI/EPI/98.09 ▪ Yellow Fever. 1998. WHO/EPI/Gen/98.11 ▪ Fièvre jaune. Investigation des épidémies de fièvre jaune en Afrique. Guide opérationnel. OMS ▪ Recommendation of Expert Meeting on Yellow Fever Surveillance and Response in Africa. Brazzaville, Congo, 13-15 octobre 2010 | |

Fièvre typhoïde

Présentation

- La fièvre typhoïde est une maladie bactérienne causée par *Salmonella typhi*. Les symptômes apparaissent généralement 1 à 3 semaines après l'exposition, et peuvent être modérés à sévères. Ils se caractérisent par une fièvre élevée, des maux de tête, une constipation ou une diarrhée, des taches roses sur la poitrine, ainsi qu'une splénomégalie et une hépatomégalie. Suite à la maladie aiguë, les patients peuvent devenir porteurs sains.
- La fièvre typhoïde reste un problème de santé publique grave à travers le monde, avec 16 à 33 millions de cas et 500 000 à 600 000 décès chaque année, selon les estimations. Lors de la dernière épidémie qui s'est produite en République démocratique du Congo entre le 27 septembre 2004 et début janvier 2005, pas moins de 42 564 cas de fièvre typhoïde ont été rapportés, responsables de 214 décès et de 696 cas de péritonite et de perforations intestinales.
- Dans pratiquement toutes les zones d'endémie, l'incidence de la fièvre typhoïde la plus élevée se retrouve chez les enfants de 5 à 19 ans. La maladie est presque exclusivement transmise par l'ingestion d'aliments ou d'eau contaminés par les selles ou l'urine de sujets infectés, malades ou porteurs sains.
- L'eau polluée est la source la plus fréquente de transmission de la typhoïde. Les coquillages ramassés près des égouts, les légumes fertilisés avec du fumier et mangés crus, le lait et les produits laitiers contaminés peuvent également constituer une source d'infection.
- La fièvre typhoïde a été pratiquement éliminée dans la plupart des pays industrialisés grâce aux installations sanitaires. La plupart des cas diagnostiqués dans les pays développés sont importés des pays d'endémie.
- Les personnes infectées peuvent transmettre la maladie tant qu'elles hébergent la bactérie ; la plupart sont contagieuses avant et durant la première semaine de convalescence, mais 10% des patients non traités libèrent des bactéries pendant encore 3 mois.
- La fièvre typhoïde se traite aux antibiotiques. Mais la résistance aux antibiotiques courants est très répandue. Les porteurs sains doivent être exclus de la manipulation des aliments.

But de la surveillance

- Déceler rapidement les cas sporadiques et les épidémies de fièvre typhoïde et obtenir la confirmation en laboratoire.
- Identifier les zones et les populations à risque de façon à améliorer la prévention de la maladie par des mesures d'hygiène.

Définition de cas standardisée

Fièvre typhoïde

Cas suspect :

Apparition progressive d'une fièvre persistante s'intensifiant, accompagnée de frissons, de malaises, de céphalées, de maux de gorge, de toux, et parfois, de douleurs abdominales et de constipation ou de diarrhée.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par isolement de *Salmonella typhi* dans le sang, la moelle osseuse, les fluides intestinaux ou les selles.

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a des cas suspects de fièvre typhoïde :

- Organiser l'examen en laboratoire des selles ou de prélèvements rectaux des cas suspects, surtout dans les situations où l'on soupçonne une transmission alimentaire ou par l'eau.
- Notifier et investiguer toutes les épidémies présumées de typhoïde. Rechercher le cas ou le porteur à la source de l'infection et le vecteur (eau ou aliment) qui a transmis l'infection.
- Traiter les sujets atteints de fièvre typhoïde avec des antibiotiques. Pour les formes graves, fournir également un traitement symptomatique, par exemple hydratation orale ou intraveineuse, utilisation d'antipyrétiques et nutrition appropriée.

Répondre au seuil d'intervention

Si les cas de fièvre typhoïde sont confirmés :

- Identifier les zones/les populations à haut risque et la/les source(s) et mode(s) de transmission de façon à prévenir et contrôler la maladie.
- Mener des programmes d'éducation pour la santé en matière d'hygiène personnelle, avec des messages simples sur l'eau potable, la préparation de la nourriture, l'hygiène et le lavage des mains.
- Aider la/les populations affectée(s) à s'approvisionner en eau saine et à disposer de systèmes d'assainissement adéquats. Chlorer l'eau suspecte. Toute l'eau de boisson doit être chlorée ou bouillie avant consommation.
- Plus de 90% des patients peuvent être traités à la maison avec des antibiotiques oraux, des soins fiables et un suivi médical en cas de complications ou d'absence de réponse au traitement. Les patients souffrant de vomissements persistants, de diarrhée sévère ou de distension abdominale doivent être hospitalisés pour recevoir une antibiothérapie par voie parentérale.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique du nombre hebdomadaire de cas et de décès.

Lieu : Cartographier précisément les lieux d'habitation des cas.

Caractéristiques individuelles : Notifier immédiatement l'information individuelle pour les cas et les décès. Rapporter tous les mois les totaux récapitulatifs. Durant l'épidémie, compter les cas et les décès hebdomadaires. Effectuer l'analyse en fonction de l'âge. Evaluer les facteurs de risque pour améliorer la prévention des épidémies.

Fièvre typhoïde

| Confirmation en laboratoire | |
|--|---|
| Tests diagnostiques | <p>Isolement de <i>Salmonella spp.</i> à partir des selles (coproculture) ou du sang (hémoculture)</p> <p>Ne pas utiliser le test WIDAL dans un but diagnostique.</p> |
| Prélèvements | <p>Sang</p> <p>Selles</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | Effectuer les prélèvements de préférence avant l'administration des antibiotiques. |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>5-10 ml de sang dans un flacon d'hémoculture</p> <p>Selles dans un récipient</p> <p>Conserver les échantillons à 4-8°C ou à la température ambiante loin des sources de chaleur et à l'abri du soleil.</p> |
| Résultats | <p>Hémoculture : 4 jours à 2 semaines</p> <p>Coproculture : 3-4 jours</p> |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ The diagnosis, Treatment and Prevention of Typhoid Fever; WHO/V&B/03.07 http://www.google.fr/#hl=fr&q=diagnostic%2C+traitement+et+pr%C3%A9vention+de+la+fi%C3%A8vre+typho%C3%AFde&aq=f&aqi=&aql=&oq=diagnostic%2C+traitement+et+pr%C3%A9vention+de+la+fi%C3%A8vre+typho%C3%AFde&fp=c4ed615a0aebee93 ▪ Relevé épidémiologique hebdomadaire; N° 1, 2005, 80, 1-8; http://www.who.int/wer/2005/wer8001/fr/index.html ▪ Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf ▪ | |

Filariose lymphatique

Présentation

- La filariose lymphatique est la deuxième cause mondiale majeure d'invalidité permanente ou prolongée. Sur les 120 millions de personnes affectées dans 80 pays, plus de 40 millions sont gravement handicapées par la maladie. Le risque d'infection menace 20% de la population mondiale. Un tiers des personnes infectées vivent en Inde, un autre tiers en Afrique, et le reste dans les Amériques, en Asie et dans le Pacifique. En 1997, la Résolution WHA50.29 a appelé à l'élimination de la filariose lymphatique en tant que problème de santé publique mondial. La stratégie adoptée repose sur :
 - La réduction de la transmission sous un seuil auquel de nouvelles infections cessent d'apparaître.
 - La prise en compte des problèmes associés à la prévention et à la lutte contre les handicaps.
- Agents responsables : en Afrique, seulement les filaires *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* et *Brugia timori*
- Modes de transmission : la maladie est transmise par différentes espèces de moustiques. Les vers parasites filiformes s'installent dans le système lymphatique humain, où ils produisent des millions de microfilaires immatures qui circulent dans le sang. Les microfilaires apparaissent dans le sang périphérique 3 à 6 mois après l'infection pour *Brugia malayi*, 6 à 12 mois après pour *Wuchereria bancrofti*, très souvent avec une périodicité nocturne. Quand un moustique pique une personne infectée, il ingère des microfilaires qui se développent dans son organisme pour atteindre le stade infectant au bout de 2 semaines environ.
- Tableau clinique:
 - L'infection peut ne pas avoir de manifestations cliniques extérieures (même si le laboratoire confirme des atteintes lymphatiques et rénales). Elle peut également se manifester par un ou plusieurs symptômes aigus (fièvre, enflures localisées, poumon éosinophile tropical, lymphangite).
- Complications chroniques:
 - Lymphoedème ou éléphantiasis des membres.
 - Lésions des organes génitaux (notamment, hydrocèle chez l'homme)
 - Lésions rénales (notamment, chylurie) et lésions du système lymphatique.

But de la surveillance- options de surveillance

Il existe actuellement 3 options de surveillance selon la situation locale :

1. Notification mensuelle régulière des données récapitulatives concernant les cas suspects et confirmés du niveau périphérique au niveau intermédiaire et à l'autorité centrale.
2. Enquêtes conduites dans des populations sentinelles (standardisées et périodiques),
3. Recherche active des cas lors d'enquêtes dans des groupes de population choisis ou lors d'enquêtes de masse. Au niveau international : notification annuelle de l'autorité centrale à l'OMS (pour un nombre limités de pays).

Définition de cas standardisée

Filariose lymphatique

Cas suspect :

Personne présentant des signes cliniques d'hydrocèle ou de lymphoedème, et résidant dans une zone d'endémie, après exclusion de toute autre cause.

Cas confirmé :

Personne avec un diagnostic de laboratoire positif : microfilarémie sur un frottis sanguin, antigènes filaires ou échographie positive.

Réponse au seuil d'alerte

- Confirmer la prévalence de l'infection au sein de la communauté par des enquêtes.

Réponse au seuil d'intervention

Filariose lymphatique

Prise en charge des cas

Des mesures d'hygiène des parties du corps affectées (et quand c'est nécessaire, des traitements antibiotiques et antifongiques) peuvent diminuer le risque d'adénolymphangite :

- Laver les parties affectées au savon et à l'eau, deux fois par jour ;
- Surélever le membre atteint pendant la nuit ;
- Faire travailler les membres pour stimuler la circulation lymphatique ;
- Garder les ongles courts et propres ;
- Porter des chaussures confortables ;
- Utiliser des crèmes antiseptiques ou antibiotiques pour soigner les petites plaies ou écorchures, ou dans certains cas graves, utiliser des antibiotiques systémiques.

Pour le traitement des individus porteurs de microfilaires, il convient de suivre le protocole recommandé par le pays :

- Dans les régions où il n'y a ni onchocercose, ni loase : une dose unique de 6 mg/kg de citrate de diéthyl carbamazine (DEC).
- Dans les régions où l'onchocercose est exclue, mais pas la loase: décision clinique individuelle.

La stratégie actuelle de lutte contre la filariose s'appuie essentiellement sur des mesures antiparasitaires. Pour interrompre la transmission, il faut traiter la population à risque toute entière. Pour ce faire, on donnera une dose annuelle de médicaments comme suit :

Régions d'endémie pour l'onchocercose:

- 400 mg d'albendazole + 150 microgrammes d'ivermectine par kg de poids corporel, une fois par an, pendant 4 à 6 ans

Régions sans onchocercose :

- 6 mg de diéthylcarbamazine par kg de poids corporel + 400 mg d'albendazole, une fois par an, ou
- Sel de suisine enrichi en diéthylcarbamazine pour un usage quotidien, pendant au moins 6 à 12 mois.

Remarque : dans les régions également touchées par la loase (forêt pluviale d'Afrique subsaharienne), on ne peut pas envisager d'interventions de masse systématique (sauf si l'onchocercose représente un grave problème de santé publique), à cause du risque d'effets secondaires graves chez les patients fortement infectés par le *Loa loa* (environ 1 pour 10 000 traitements).

Il est essentiel d'éduquer la population sur l'importance de bien respecter le traitement, lors de la chimiothérapie de masse.

En ce qui concerne la filariose lymphatique, il n'est pas nécessaire d'initier des efforts spécifiques de lutte antivectorielle. Ces efforts doivent faire partie des programmes de lutte antivectorielle déjà existants, telles que les opérations de lutte contre les vecteurs du paludisme.

Filariose lymphatique

| Analyser et interpreter les données | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cartographier la répartition des cas de filariose lymphatique et identifier les unités de mise en œuvre qui exigeront une administration de masse de médicaments (AMM). ▪ Analyser la couverture médicamenteuse des unités de mise en œuvre. ▪ Evaluer la diminution des indices parasitologiques de microfilarémie, avant de commencer l'AMM et après au moins 4 tournées d'AMM, jusqu'à ce que la prévalence de la microfilarémie soit inférieure à 1% dans la population et que moins d'un enfant sur 1000 soit infecté au début de sa scolarisation. | |
| Confirmation en laboratoire | |
| Tests diagnostiques | <ul style="list-style-type: none"> • Frottis sanguin à partir d'un prélèvement nocturne • Test antigénique |
| Prélèvements | Sang |
| Quand réaliser les prélèvements | La nuit entre 22H00 et 2H00 du matin A tout moment de la journée |
| Comment préparer, conserver et transporter les échantillons | Déposer 3 gouttes de sang sur une lame de verre et les étaler de façon à faire 3 lignes. Après fixation à la chaleur, faire une coloration de Giemsa et observer sous microscope. Soit test immuno chromatographique rapide sur carte ou test ELISA. |
| Résultats | Résultat positif si observation microscopique de microfilaires de <i>W.bancrofti</i> . Résultat positif si détection d'antigènes de microfilaires. |
| Références | |

Filariose lymphatique

- WHO. Monitoring and epidemiological assessment of the programme to eliminate lymphatic filariasis at implementation unit level WHO/CDS/CPE/CEE/2005.50
- OMS. *Filariose lymphatique*. WHO/CDS/CPE/SMT/2001.7
http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_CDS_CPE_SMT_2001.7_fre.pdf
- WHO. *Training module on lymphatic filariasis for drug distributors (in countries where onchoerciasis is not co-endemic)*. WHO/CDS/CPE/CEE/2000.10 (Parts 1 &2)
- WHO. *Training module on lymphatic filariasis for drug distributors (in countries where onchoerciasis is co-endemic)*. WHO/CDS/CPE/CEE/2000.11 (Parts 1 & 2)
- WHO. *The programme to eliminate lymphatic filariasis – essential elements for medical personnel (in countries where onchoerciasis is not co-endemic)*. WHO/CDS/CPE/CEE/2000.12
- WHO. *The programme to eliminate lymphatic filariasis – essential elements for medical personnel (in countries where onchoerciasis is co-endemic)*. WHO/CDS/CPE/CEE/2000.13
- WHO. *Preparing and implementing a national plan to eliminate filariasis (in countries where onchoerciasis is not co-endemic)*. WHO/CDS/CPE/CEE/2000.15
- WHO. *The programme to eliminate lymphatic filariasis (in onchoerciasis co-endemic countries)*. WHO//CDS/CPE/CEE/2000.16 Webpage: www.who.int/lymphatic_filariasis

Syndrome grippal

Présentation

- Les infections respiratoires sont une cause importante de morbidité et de mortalité dans le monde. La mortalité est particulièrement élevée chez les enfants en bas âge et les personnes âgées. Toutefois, la charge de morbidité n'est pas très bien caractérisée en Afrique.
- *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* type b (Hib), *Staphylococcus aureus* et d'autres espèces bactériennes, le Virus respiratoire syncytial Virus (RSV), le virus de la rougeole, les virus *parainfluenza* humainstype 1, 2 et 3 (VPI-1, VPI-2 et VPI-3), les virus de la grippe et de la varicelle, sont les agents pathogènes les plus fréquents, responsables d'infections respiratoires.
- Une meilleure compréhension de l'épidémiologie et de la saisonnalité des infections respiratoires en Afrique est essentielle pour optimiser les stratégies de santé publique visant à les prévenir et à les combattre (ex. : vaccins, antiviraux pour la prophylaxie et le traitement, lutte contre l'infection).
- La menace d'infections respiratoires causées par de nouveaux organismes présentant un potentiel épidémique ou pandémique justifie une préparation et des précautions particulières. Les maladies respiratoires susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale incluent : le syndrome aigu respiratoire sévère (SARS) ; la grippe humaine causée par un nouveau sous-type, notamment des épisodes humains de grippe aviaire ; la peste pulmonaire ; et de nouveaux agents capables de provoquer des épidémies d'infections respiratoires aiguës graves, à grande échelle, avec de forts taux de morbidité et de mortalité.
- La surveillance des infections respiratoires s'appuie sur la définition de cas du syndrome grippal. La surveillance en laboratoire ou les investigations s'appuyant sur la définition de cas permettent d'identifier le pathogène responsable.

But de la surveillance

- Détecter le plus tôt possible des événements inhabituels pouvant indiquer une modification de la gravité ou de la morbidité associée à la grippe, ou bien l'émergence d'une nouvelle souche de virus grippal.
- Définir et surveiller des taux de référence pour les maladies respiratoires graves, en étudiant notamment la gravité et l'impact de la grippe.
- Décrire et suivre les groupes vulnérables qui présentent un risque plus élevé de contracter des formes graves de la maladie.
- Détecter des variations antigéniques ou génétiques chez les virus circulants ou l'apparition d'une résistance aux antiviraux.

Définition de cas standardisée

Syndrome grippal :

Toute personne, enfant ou adulte, présentant :

Syndrome grippal

- Un brusque accès de fièvre > 38 °C ET
- Toux ou maux de gorge, sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie.

Cas confirmé de grippe :

Cas répondant à la définition du cas clinique et confirmé par le laboratoire (les analyses de laboratoire doivent montrer la présence du virus de la grippe).

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a un seul cas suspect de maladie respiratoire aiguë à potentiel pandémique ou épidémique

OU

si on suspecte un événement inhabituel d'infection respiratoire :

- Cas inhabituels de syndrome grippal.
- Agents de santé présentant uniquement des risques d'exposition professionnelle, manifestant les symptômes d'un syndrome grippal après avoir apporté des soins à des patients souffrant d'un syndrome grippal.
- Au moins deux enfants et/ou adultes venus consulter pour une infection respiratoire ou décédés d'une infection respiratoire, ayant manifesté la maladie dans la même quinzaine et dans la même zone géographique et/ou présentant un lien épidémiologique.
- Personnes au contact d'oiseaux/animaux atteintes de syndrome grippal.
- Toute rumeur de cas groupés d'infections respiratoires aiguës ou atypiques.

Réponse :

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes l'information relative au cas.
- Appliquer immédiatement les précautions de lutte contre l'infection pour une maladie respiratoire aiguë à potentiel épidémique/pandémique (c'est-à-dire, Précautions Standard plus Précautions Contact plus Précautions Gouttelettes) et renforcer les précautions standard dans tout le milieu médical.
- Traiter et prendre en charge le patient, conformément aux directives nationales.
- Prélever et expédier au laboratoire les échantillons du cas-patient et des contacts asymptomatiques.
- Examiner les antécédents cliniques et d'exposition pendant les 7 jours précédant l'apparition de la maladie.
- Identifier et assurer un suivi des contacts proches du cas-patient.
- Rechercher activement d'autres cas.
- Faire une étude du risque afin d'orienter la prise de décision.
- Mettre en place des mesures de santé publique en matière d'échanges internationaux et de voyages, dans le cadre du Règlement sanitaire international (2005).

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique des cas et des décès par semaine. Décrire les variations du niveau d'activité de la maladie respiratoire par rapport à la semaine précédente. Tracer une courbe épidémique sur toute l'année et décrire les

Syndrome grippal

profils de transmission.

Lieu : Décrire le degré de perturbation dans les écoles, les services de soins, sur les lieux de travail et aux points d'entrée (PoE). Vérifier s'il existe une quelconque observation révélatrice d'une capacité accrue du virus à provoquer la maladie chez l'homme ou à se transmettre. Etudier également les tendances des ventes de médicaments antigrippaux et d'antalgiques.

Caractéristiques individuelles : Caractériser la maladie (tableau clinique, spectre de la maladie (sa gravité), cas et décès dénombrés et notifiés, proportion de cas nécessitant une hospitalisation, issue clinique, taux de létalité, taux d'attaque en fonction du métier/lien de parenté, cas confirmés par le laboratoire) ; décrire le niveau général d'activité de la maladie respiratoire ; transmettre immédiatement, au cas par cas, les données relatives aux cas et aux décès ; analyser la répartition en fonction de l'âge et du sexe pendant l'épidémie ; évaluer immédiatement les facteurs de risque.

Confirmation en laboratoire

Pour plus d'information technique concernant le rôle du laboratoire, consulter le manuel OMS sur la surveillance sentinelle des virus grippaux.

Références

- World Health Organization – Acute Respiratory Infections
http://www.who.int/vaccine_research/diseases/ari/en/index.html
- World Health Organization – Influenza resources <http://www.who.int/csr/disease/influenza/inforesources/en/index.html>
- Organisation mondiale de la Santé – Aide-mémoire: la Grippe
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/2003/fs211/fr/index.html>
- Organisation mondiale de la Santé – Recommandations provisoires : Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins, juin 2007
http://www.who.int/csr/resources/publications/WHO_CDS_EPR_2007_6/fr/index.html
- World Health Organization - Guidelines for investigation of human cases of avian influenza A (H5N1), janvier 2007.
http://www.who.int/csr/resources/publications/influenza/WHO_CDS_EPR_GIP_2006_4/en/index.html
- World Health Organization - Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A (H5N1) virus infection. Guide for field operations, octobre 2006.
http://www.who.int/csr/resources/publications/surveillance/WHO_CDS_EPR_ARO_2006_1/en/index.html
- World Health Organization - Guidelines for the collection of human specimens for laboratory diagnosis of avian influenza infection, 12 janvier 2005. http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/humanspecimens/en/

Grippe humaine causée par un nouveau sous-type

Présentation

- Une pandémie grippale survient lorsqu'un nouveau virus grippal A émerge et se transmet efficacement et durablement d'une personne à l'autre, dans des populations faiblement immunisées contre ce virus, partout dans le monde. Des pandémies grippales se sont déclarées en 1918, 1957 et 1968. On estime que celle de 1918 a tué entre 40 et 50 millions de personnes. On prévoit qu'une pandémie de même ampleur pourrait faire 62 millions de morts, dont 96% dans les pays en développement.
- L'endiguement réussi ou la lutte contre une pandémie grippale dépend de l'identification précoce d'une transmission interhumaine durable. Dans le cadre du plan de préparation à une pandémie, les pays ont été encouragés à intensifier la surveillance pour (i) détecter l'émergence d'une nouvelle maladie ; (ii) caractériser la maladie (épidémiologie, symptômes cliniques, gravité) ; et (iii) suivre son évolution.
- **Grippe A (H1N1) 2009** : le 11 juin 2009, l'OMS a déclaré une pandémie mondiale due au virus A (H1N1) 2009 et, le 8 octobre 2009, 195 pays, territoires et régions ont notifié des cas et/ou des épidémies de virus pandémique (H1N1). Le spectre clinique de l'infection va d'une atteinte bénigne non fébrile des voies respiratoires supérieures à des pneumonies graves ou mortelles.
- **Grippe A (H5N1)** : un autre sous-type de virus grippal, H5N1, circule parmi les oiseaux depuis plus de 10 ans. En 2003, des infections par H5N1 ont été identifiées chez des personnes au contact d'oiseaux malades. Depuis 2003, des infections H5N1 ont été confirmées chez des volailles et/ou des oiseaux sauvages dans 62 pays ; 442 cas confirmés d'infection H5N1 chez l'homme, dont 262 décès, ont été notifiés dans 15 pays. Un décès confirmé associé à l'infection H5N1 a été notifié au Nigeria, en janvier 2007. Chez l'homme, l'infection H5N1 se manifeste le plus souvent par de la fièvre, de la toux, un essoufflement et des signes radiologiques de pneumonie. Dans la grande majorité des cas pour lesquels on dispose de données concernant les facteurs de risque, c'est le contact direct avec des volailles vivantes ou récemment mortes qui constitue le facteur de risque essentiel pour l'infection humaine par H5N1. Toutefois, la propagation géographique continue de ce virus grippal aviaire hautement pathogène pour les oiseaux, en Asie, en Europe, au Moyen-Orient et en Afrique, accentue les préoccupations quant à la possibilité d'une pandémie mondiale de grippe humaine H5N1.
- Selon le RSI (2005), un Etat Partie est tenu de notifier à l'OMS toute survenue d'un premier cas de grippe humaine causée par un nouveau sous-type, notamment le virus pandémique (H1N1) 2009.

But de la surveillance

- Détecter et investiguer toute première observation d'une transmission interhumaine durable d'un virus grippal à potentiel pandémique.
- Etudier les premiers cas de pandémie grippale se déclarant dans un pays, afin de caractériser la nouvelle maladie, notamment ses caractéristiques cliniques, ses facteurs de risque et ses particularités épidémiologiques et virologiques.
- Suivre l'évolution de la pandémie à l'intérieur du pays, mais aussi au plan régional et mondial.

Définition de cas standardisée

Grippe humaine causée par un nouveau sous-type

Cas suspect H5N1 :

Toute personne présentant un syndrome respiratoire aigu bas, inexpliqué, avec fièvre (>38 °C), toux, souffle court ou difficulté respiratoire

ET

une ou plusieurs des expositions suivantes dans les 7 jours précédant le début des symptômes :

- a)* Contact proche (à moins d'1 mètre, par ex. : en soignant, en parlant ou en touchant) avec un cas H5N1 présumé, probable ou confirmé ;
- b)* Exposition à des volailles, à des oiseaux sauvages ou à leurs restes (ex : manipulation, abattage, plumage, dépeçage, préparation pour la consommation) ou à des environnements souillés par leurs déjections, dans un secteur où des infections H5N1 ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois, chez des animaux ou des hommes ;
- c)* Consommation de produits de volaille crus ou pas assez cuits, dans un secteur où des infections H5N1 ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois, chez des animaux ou des hommes ;
- d)* Contact proche avec un animal contaminé par H5N1 autre que des volailles ou des oiseaux sauvages ;
- e)* Manipulation dans un laboratoire ou tout autre endroit, d'échantillons (animaux ou humains) présumés contenir le virus H5N1.

Cas confirmé H5N1 :

Toute personne remplissant les critères d'un cas suspect **ET** présentant des résultats d'analyse positifs obtenus par un laboratoire dont les résultats des tests H5N1 sont [agrés par l'OMS pour confirmation](#).

Cas suspect d'infection par le virus pandémique (H1N1) 2009 :

Toute personne présentant les symptômes d'une grippe (forte fièvre d'apparition brutale >38 °C, toux et maux de gorge, sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie), ayant des antécédents d'exposition au virus pandémique (H1N1) 2009.

Cas confirmé d'infection par le virus pandémique (H1N1) 2009 :

Toute personne présentant une infection à virus pandémique (H1N1) 2009 confirmée en laboratoire par au moins un des tests suivants : PCR ; culture virale ; multiplication par 4 du titre d'anticorps neutralisants dirigés contre le virus pandémique (H1N1) 2009.

Répondre au seuil d'alerte

S'il y a un seul cas suspect de grippe humaine causée par un nouveau sous-type ou si un événement inhabituel d'infection respiratoire aiguë sévère survient :

- Notifier immédiatement l'information relative au cas aux autorités compétentes.
- Appliquer immédiatement les mesures de lutte contre les infections respiratoires aiguës et renforcer les précautions standard dans tout le milieu médical.
- Traiter et prendre en charge le malade conformément aux directives nationales.
- Faire des prélèvements chez le cas-patient et les contacts asymptomatiques et faire faire des analyses de laboratoire ***.
- Examiner les antécédents médicaux et d'exposition au cours des 7 jours précédant l'apparition de la maladie.
- Identifier et suivre les contacts proches du patient.

Grippe humaine causée par un nouveau sous-type

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Rechercher d'autres cas. ▪ Faire une enquête épidémiologique pour identifier les facteurs de risque de l'infection et les populations à risque de maladie grave. ▪ Planifier et mettre en place des mesures de prévention et de lutte. | |
| <p>Répondre au seuil d'intervention</p> | |
| <p>Si un seul cas de grippe humaine causé par un nouveau sous-type est confirmé ou si une autre maladie respiratoire aiguë à potentiel épidémique ou pandémique est confirmée :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir les mesures strictes de lutte contre les infections respiratoires aiguës et installer une unité d'isolement pour accueillir les cas supplémentaires qui pourraient se présenter. ▪ Traiter et prendre en charge le patient conformément aux directives nationales. ▪ Mettre en place une surveillance active des contacts du cas/patient. ▪ Rechercher activement d'autres cas. ▪ Distribuer aux structures de soins des kits de prélèvement d'échantillons cliniques pour le laboratoire. ▪ Identifier les populations à risque. ▪ Mobiliser la communauté afin de permettre la détection et le traitement rapides des cas. ▪ Mener une action éducative auprès de la communauté pour l'informer des modes de transmission de la grippe et des mesures à mettre en œuvre pour lutter contre l'infection à domicile et dans la communauté. | |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> | |
| <p>Temps : Faire le graphique des cas et des décès hebdomadaires, tracer une courbe épidémique.</p> <p>Lieu : Cartographier précisément l'emplacement des lieux d'habitation et des sites de travail des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Faire le total hebdomadaire des cas et des décès pour les cas sporadiques et pendant les épidémies. Analyser leur répartition en fonction de l'âge et du sexe. Caractériser la maladie d'après le tableau clinique, le spectre des manifestations cliniques, la proportion de cas nécessitant une hospitalisation, l'issue clinique, le taux de létalité, les taux d'attaque par tranche d'âge/métier/lien de parenté.</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| <p>Tests diagnostiques</p> | <p>Détection de l'ARN spécifique du virus de la grippe par RT-PCR (reverse transcriptase-polymerase chain reaction)</p> <p>Isolement du virus sur culture cellulaire (laboratoire disposant d'installations de confinement de niveau 3 pour isoler un nouveau sous-type présumé)</p> <p>Détection directe d'antigènes viraux (faible sensibilité)</p> |
| <p>Prélèvements</p> | <p>Différents échantillons peuvent servir au diagnostic :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecouvillonnage oropharyngé (gorge) ▪ Ecouvillonnage rhinopharyngé ▪ Écouvillonnage nasal ▪ Aspiration rhinopharyngée ▪ Patients intubés : écouvillonnage trachéal ou lavage bronchique |

Grippe humaine causée par un nouveau sous-type

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sang <p>Les échantillons doivent être prélevés dans l'ordre de priorité suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ecouvillonnage oropharyngé/Aspiration rhinopharyngée ▪ Sérum de phase aiguë ▪ Sérum de phase convalescente |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Les prélèvements respiratoires et sanguins doivent être effectués dans les 3 jours suivant l'apparition des symptômes, de préférence le plus tôt possible chez les cas suspects, avant l'administration d'une thérapie antivirale. Toutefois, il ne faut pas retarder le traitement pour faire les prélèvements.</p> <p>L'idéal est d'analyser simultanément des échantillons de sérum appariés (3-5 ml de sang total), prélevés d'abord pendant la phase aiguë de la maladie, puis 14 jours au moins, après l'apparition de la maladie.</p> <p>Chez les patients décédés, les prélèvements doivent être faits aussi tôt que possible après le décès.</p> |
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>Les échantillons respiratoires doivent être transportés dans des milieux de transport viral. On trouve dans le commerce des milieux de type universel, adaptés au transport de différents types de virus.</p> <p>Pour l'isolement du virus, les échantillons placés dans le milieu de transport viral doivent être conservés à 4°C et rapidement expédiés au laboratoire. Si l'échantillon est expédié en moins de 2 jours, il peut être conservé à 4°C, sinon il doit être congelé à -70 °C ou plus bas, jusqu'à ce qu'il soit expédié au laboratoire. Il faut éviter de congeler/décongeler pour éviter la perte de potentiel infectieux.</p> <p>Les sérums peuvent être conservés une semaine à 4°C. Au delà, ils doivent être congelés à -20°C.</p> <p>Le transport des échantillons doit être effectué conformément aux directives OMS relatives au transport sécurisé des substances infectieuses et des échantillons de diagnostic (OMS, 1997).</p> |
| <p>Résultats</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les résultats de laboratoire doivent être confirmés par un laboratoire agréé. ▪ Tout échantillon positif pour le virus grippal A et suspecté d'être à l'origine d'un cas de grippe aviaire ou d'une infection par un nouveau sous-type, doit faire l'objet d'analyses plus poussées et être vérifié par un laboratoire OMS de référence pour le virus H5. Les laboratoires ne disposant pas des moyens techniques particuliers pour l'identification du sous-type grippal A doivent : ▪ Expédier les prélèvements ou les isolats viraux au Centre national de référence de la grippe ou au laboratoire OMS de référence pour une identification ou une caractérisation plus poussées. ▪ Informer le bureau OMS du pays que les prélèvements ou les isolats viraux sont expédiés dans d'autres laboratoires pour identification et caractérisation. |
| <p>Références</p> | |
| | |

Grippe humaine causée par un nouveau sous-type

- WHO guidelines for global surveillance during an influenza pandemic, April 2009.
- WHO updated interim guidance on global surveillance of human infection with pandemic (H1N1) 2009 virus, July 2009.
- WHO guidelines for investigation of human cases of avian influenza A(H5N1), 2007
- WHO interim guidelines on infection prevention and control of epidemic- and pandemic-prone acute respiratory diseases in health care, June 2007.
- WHO Rapid Advice Guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus, May 2006.
- Prise en charge clinique de l'infection humaine par le virus A(H5N1) de la grippe aviaire, août 2007.
- WHO guidelines for clinical management of human infection with new influenza A (H1N1) virus: Initial Guidance, May 2009.
- WHO Guidelines for pharmacological management of pandemic (H1N1) 2009 influenza and other influenza viruses, 20 August 2009.
- Recommended laboratory tests to identify avian influenza virus A in specimens from humans, WHO, revised August 2007. (Tests de laboratoire recommandés pour identifier le virus de la grippe aviaire A dans les prélèvements humains, OMS juin 2005)
- Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A(H5N1) virus infection. Guide for field operations, October 2006 WHO/CDS/EPR/ARO/2006.1

Hépatite virale aiguë

Présentation

Hépatite virale A et hépatite virale E

- Les virus entériques des hépatites A et E sont un problème de santé publique dans le monde entier.
- Des sources fréquentes d'épidémie ont été associées à l'eau contaminée et à une contamination par le biais de personnes infectées manipulant les aliments.
- Les hépatites A et E sont généralement des infections virales autolimitantes, dont le taux de létalité est faible (0,1 à 0,3%). Le risque d'hépatite E fulminante est particulièrement élevé chez les femmes au troisième trimestre de la grossesse.
- Les virus de l'hépatite A et E sont tous deux transmis par voie oro-fécale.
- Les mesures de prévention et de lutte contre les hépatites A et E consistent à assurer l'approvisionnement adéquat en eau potable et à améliorer les pratiques sanitaires et les mesures d'hygiène pour éliminer la contamination fécale de l'eau et des aliments.

Hépatite virale B et hépatite virale C

- Selon des estimations, 350 millions de personnes sont porteuses du virus de l'hépatite B et 170 millions du virus de l'hépatite C, dans le monde.
- Les épidémies d'hépatite B ou C sont rares.
- On observe une infection chronique et de graves séquelles pour l'hépatite B – on estime que 15% à 25% des personnes souffrant d'une infection chronique mourront prématurément d'une cirrhose ou d'un carcinome hépatocellulaire. L'infection chronique est également fréquente dans l'hépatite C — 5% à 20% des patients infectés par le virus de l'hépatite C risquent de développer une cirrhose. Il semble qu'il y ait aussi un lien entre hépatite C et carcinome hépatocellulaire.
- L'hépatite B se transmet par exposition percutanée et permuqueuse au sang et autres liquides biologiques infectés. Les principaux modes de transmission incluent les rapports sexuels avec une personne infectée, la transmission périnatale de la mère à l'enfant, le partage d'aiguilles et de seringues chez les toxicomanes, le partage d'articles personnels dans le foyer (par ex., utilisation commune de rasoirs et de brosses à dents) et l'exposition nosocomiale (transfusions, pratiques d'injection non sécurisées). Dans la plupart des pays de forte endémie pour le virus de l'hépatite B, les infections surviennent le plus souvent chez le nourrisson et le jeune enfant.
- L'hépatite C se transmet par exposition parentérale au sang ou aux dérivés plasmatiques. Les plus fortes concentrations de virus sont détectées dans le sang. Dans le monde, les principales causes d'infection par le virus de l'hépatite C sont liées aux transfusions de sang non contrôlé et à la réutilisation d'aiguilles et de seringues mal stérilisées.
- Les mesures de prévention et de lutte contre les hépatites B et C reposent sur la sécurité des transfusions et des injections, et sur la vaccination (hépatite B).
- Il n'existe pas de traitement spécifique des hépatites virales aiguës A, B, C, D et E.

But de la surveillance

- Détecter les épidémies d'hépatite.
- Identifier les zones géographiques/populations à risque afin de cibler les mesures de prévention et de lutte.
- Estimer la charge de morbidité.
- S'il n'est pas possible d'assurer une surveillance dans tout le pays, la surveillance de zones géographiques ou d'hôpitaux sentinelles peut apporter des informations utiles concernant les sources potentielles d'infection.

Définition de cas standardisée

Hépatite virale aiguë

| | |
|---|---|
| <p>Cas suspect :</p> <p>Toute personne présentant une maladie aiguë avec, notamment : un ictère aigu, des urines foncées, une anorexie, un état de malaise, une fatigue extrême et une sensibilité du quadrant supérieur droit. (Remarque : l'infection chez les enfants est souvent asymptomatique.)</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>Cas suspect confirmé par le laboratoire.</p> | |
| <p>Répondre au seuil d'alerte</p> | |
| <p>S'il y a des cas suspects d'hépatite :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier aux autorités compétentes l'information au cas par cas. ▪ Selon les nécessités, traiter et prendre en charge les patients en leur dispensant des soins de confort. ▪ Prélever des échantillons et les envoyer au laboratoire pour identifier l'étiologie de la maladie | |
| <p>Répondre au seuil d'intervention</p> | |
| <p>Si des cas d'hépatite sont confirmés :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Déterminer le mode de transmission. ▪ Identifier la population exposée au risque d'infection. ▪ Eliminer la(les) source(s) courante(s) d'infection. ▪ Mettre en place les mesures de prévention et de lutte appropriées. | |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> | |
| <p>Temps : Analyser les cas suspects et confirmés par semaine. Faire un graphique des cas et des décès par semaine. Tracer une courbe épidémique pendant les épidémies.</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Analyser les données en fonction de l'âge et du sexe. Evaluer les facteurs de risque pour planifier et suivre les mesures de prévention et de lutte.</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| <p>Tests diagnostiques</p> | <p>Hépatite A : recherche positive d'IgM anti-VHA</p> <p>Hépatite B : recherche positive des antigènes de surface du VHB (HbsAg) ou des IgM anti-HBc</p> <p>Hépatite C : recherche positive d'anticorps anti-VHC</p> <p>Hépatite D : recherche positive des HBsAg ou des IgM anti-HBc <u>plus</u> recherche positive des anticorps anti-VHD (seulement s'il y a co-infection ou surinfection de l'hépatite B)</p> <p>Hépatite E : recherche positive des IgM anti-VHE et/ou des IgG anti-VHE</p> |

Hépatite virale aiguë

| | |
|--|--|
| Prélèvements | Sérum |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Effectuer des prélèvements chez le cas suspect.</p> <p>Les IgM anti-VHA sont décelables 5 à 10 jours après l'exposition.</p> <p>Les HBsAg sont détectables dans le sérum plusieurs semaines avant l'apparition des symptômes, et pendant des jours, des semaines ou des mois après. Ils persistent lors des infections chroniques.</p> <p>Les IgM anti-HBc disparaissent généralement au bout de 6 mois.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>Appliquer les précautions universelles pour minimiser tout risque d'exposition aux objets contondants et aux liquides biologiques.</p> <p>Prélever 5 à 10 ml de sang veineux.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laisser le caillot se rétracter à température ambiante, pendant 30 à 60 minutes, ou centrifuger pour séparer le sérum des globules rouges. ▪ Verser aseptiquement le sérum dans des tubes stériles avec capuchons à vis. ▪ Conserver les sérums à 4°C. ▪ Pour une conservation supérieure à 5 jours, les prélèvements doivent être congelés à -20°C. <p>Transporter les échantillons de sérums dans un emballage approprié pour éviter tout risque de casse ou de fuite.</p> |
| Résultats | Les résultats sont généralement disponibles 1 à 3 jours après réception des prélèvements par le laboratoire. |
| Références | |

Hépatite virale aiguë

- Stratégies recommandées par l’OMS contre les maladies transmissibles – lutte et prévention ;
WHO/CDS/CPE/SMT/2001.13 http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_cds_cpe_smt_2001.13.pdf
- Normes recommandées par l’OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf
- WHO Aide-mémoire No 328, Hépatite A, révisé en mai 2008.
- WHO Aide-mémoire No 204, Hépatite B, révisé en août 2008
- WHO Aide-mémoire No 164, Hépatite C.
- WHO Aide-mémoire No 280, Hépatite E, révisé en janvier 2005.
- OMS
<http://www.who.int/topics/hepatitis/fr/index.html>
- United States, Centers for Disease Control and Prevention
<http://www.cdc.gov/hepatitis/>
- Control of Communicable Diseases Manual, 18^{ième} Edition

Hypertension

Présentation

- **L'hypertension** est une affection chronique dans laquelle la pression sanguine artérielle est élevée. On distingue l'hypertension primaire (majoritaire) et l'hypertension secondaire. L'hypertension "primaire" correspond à une élévation de la pression artérielle sans cause médicale décelable. L'hypertension "secondaire" résulte de pathologies affectant les artères, le cœur, le système endocrinien ou les reins.
- L'hypertension représente un important facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires (infarctus et accidents vasculaires cérébraux). Selon le Rapport 2001 sur la Santé dans le Monde, les décès dus aux maladies cardiovasculaires sont en augmentation en Afrique, où ils représentaient 9,2% du total des décès, en 2000. Les taux de prévalence varient de 25% à 35% chez les adultes de 25 à 64 ans.
- L'hypertension affecte environ 1 milliard de personnes dans le monde et l'on estime à plus de 20 millions le nombre de personnes affectées en Afrique.
- L'âge, le manque d'activité physique, l'obésité et une alimentation riche en sel et en graisses sont les principaux facteurs de risque pour l'hypertension. Les consommations d'alcool et de tabac sont également des facteurs de risque.
- Des changements de mode de vie peuvent réduire la pression artérielle : perte de poids chez les individus en surpoids ou obèses, diminution de la consommation de sel et de graisses dans l'alimentation, hausse de la consommation de fruits frais et de légumes, hausse de l'activité physique et réduction de la consommation de tabac et d'alcool.

But de la surveillance

- Faire de la prévention secondaire grâce à la détection précoce de l'hypertension et à un traitement standardisé.
- Estimer la charge de morbidité et réduire les facteurs de risque identifiés.
- Suivre les activités de prévention et de lutte contre l'hypertension.

Définition de cas standardisée

Nouveau cas suspect à la première visite :

Toute personne ayant une tension artérielle au repos (mesure réalisée sur 3 lectures en moyenne, à 5 minutes d'intervalle) ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique, ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.

Cas confirmé :

Toute personne qui, à deux reprises au moins, présente une tension artérielle au repos (3 lectures) ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique, ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.

**Notifier seulement le premier cas diagnostiqué dans la structure de soins*

Action de santé publique recommandée

- Faire la promotion de la santé pour les maladies non transmissibles, en particulier l'hypertension, avec notamment des actions éducatives auprès de la communauté concernant les changements de comportement et l'adoption de modes de vie plus sains.

Hypertension

- Promouvoir la prévention secondaire et les mesures thérapeutiques dans les structures de soins, conformément aux directives nationales.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique des cas par trimestre pour analyser les tendances.

Lieu : Comparer les tendances dans le district avec les tendances régionale et nationale.

Caractéristiques individuelles : Analyser la répartition des cas en fonction de l'âge et d'autres facteurs démographiques.

**Les données relatives aux maladies non transmissibles sont souvent analysées pour des tendances à long terme*

Confirmation en laboratoire

Le diagnostic est clinique.

Références

- WHO, Atlas of heart disease and stroke, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2004.
- Maladies non transmissibles : stratégie de la région africaine, AFR/RC50/10
- Maladies cardiovasculaires dans la région africaine : situation actuelle et perspectives, AFR/RC55/12
- Manuel STEPs <http://www.who.int/chp/steps/manual/fr/index.html>
- http://www.afro.who.int/dnc/databases/afro_infobase/index.html
- WHO CVD-risk management package for low-and medium resource settings.
- "The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure" U.S. Department of health and Human Services, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, NIH Publication No. 03-5233, Décembre 2003
- Handbook of Hypertension, Vol 20. Editeur; C.J. Bulpitt, 2000
- <http://www.cdc.gov/bloodpressure/>

Infections Respiratoires Aiguës (IRA) Sévères

| |
|---|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Les infections respiratoires aiguës (IRA) sévères sont une cause importante de morbidité et de mortalité en Afrique. Les taux de mortalité sont particulièrement élevés chez les nourrissons, les enfants et les personnes âgées.▪ Une meilleure compréhension de l'épidémiologie et de la saisonnalité des IRAs en Afrique est essentielle à l'optimisation des stratégies de santé publique pour leur prévention et leur contrôle (vaccins et médicament antiviraux pour la prophylaxie et le traitement, lutte contre l'infection). <p>La menace d'IRAs dues à de nouveaux organismes à potentiel épidémique ou pandémique justifie des mesures particulières et une préparation spéciale. Les IRAs susceptibles de constituer une urgence de santé publique de portée internationale incluent : le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) ; la grippe humaine provoquée par un nouveau sous-type, notamment les épisodes humains de grippe aviaire ; la peste pulmonaire et les IRAs provoquées par de nouveaux agents capables de causer de vastes épidémies avec des taux élevés de morbidité et de mortalité.</p> |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Détecter à temps une morbidité et une mortalité inhabituellement élevée, causée par des pathogènes respiratoires connus ou non, capables de provoquer des épidémies à grande échelle ou des pandémies.▪ Caractériser et suivre les tendances de la morbidité et de la mortalité imputables aux IRAs. |
| Définition de cas standardisée |
| <p><i>Infection respiratoire aiguë sévère (personne âgée de plus de 5 ans) :</i></p> <p>Toute personne gravement malade présentant les manifestations d'une infection aiguë des voies respiratoires inférieures avec :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Apparition brutale de fièvre (>38°C) ET▪ Toux ou maux de gorge ET▪ Souffle court ou difficulté à respirer▪ Avec ou sans observations cliniques ou radiologiques de pneumonie <p>OU</p> <p>Toute personne décédée d'une affection respiratoire inexpiquée.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |
| <p>S'il y a un seul cas suspect d'IRA à tendance épidémique ou pandémique</p> <p>OU</p> <p>si on constate un événement inhabituel d'IRA :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Cas atypiques de syndrome grippal ou d'IRA.▪ Deux ou plusieurs personnes souffrant d'IRA ou décédées d'une IRA, ayant commencé à manifester les symptômes de la maladie sur une même quinzaine, dans la même zone géographique et/ou ayant un lien épidémiologique.▪ Agents de santé présentant uniquement des risques d'exposition professionnelle, qui développent une IRA après avoir dispensé des soins à des patients atteints d'IRA.▪ Personnes en contact avec des oiseaux/animaux présentant une IRA. |

Infections Respiratoires Aiguës (IRA) Sévères

- Toute rumeur de foyers d'IRA ou d'infections respiratoires atypiques.

Réponse :

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes l'information relative au cas.
- Appliquer immédiatement les mesures de lutte contre l'infection pour les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique/pandémique (Précautions Standard plus Contact plus Gouttelettes) et renforcer les Précautions standard dans tout l'environnement médical.
- Traiter et prendre en charge le patient, conformément aux directives nationales
- Effectuer des prélèvements chez le patient-cas et ses contacts asymptomatiques et faire faire des analyses de laboratoire.
- Examiner les antécédents médicaux et d'exposition du patient-cas, pendant la semaine précédant l'apparition de la maladie.
- Identifier et suivre les contacts proches du patient-cas.
- Rechercher activement les cas supplémentaires.

Analyser et interpréter les données

Temps: Estimer la durée de la période d'incubation ; décrire les profils de transmission.

Lieu : Décrire les facteurs de risque et les expositions éventuelles. Vérifier s'il existe des faits indiquant une capacité accrue du virus à déclencher la maladie chez l'homme ou à se transmettre.

Caractéristiques individuelles : Caractériser la maladie en terme de tableau clinique de spectre de morbidité, de proportion de cas hospitalisés, de conséquences médicales, de taux de létalité et de taux d'attaque, en fonction de l'âge, de la profession et du lien de parenté.

Confirmation en laboratoire

La surveillance ne nécessite pas confirmation systématique en laboratoire.

Références

- Règlement sanitaire international, RSI (2005) http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789242580419_fre.pdf
- AFRO Technical Guidelines for Integrated Disease Surveillance in the African Region, Mai 2002
- WHO guidelines for investigation of human cases of avian influenza A(H5N1), Janvier 2007.
- Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins. Remontrations provisoires de l'OMS, juin 2007
http://www.who.int/csr/resources/publications/CDS_EPR_2007_6frw.pdf
- WHO guidelines for the collection of human specimens for laboratory diagnosis of avian influenza infection, 12 Janvier 2005
- Collecting, preserving and shipping specimens for the diagnosis of avian influenza A(H5N1) virus infection. Guide for field operations, octobre 2006.

Infections sexuellement transmissibles

Présentation

- Les infections humaines des appareils génito-urinaires et de reproduction se transmettent par contact sexuel (infections sexuellement transmissibles, IST). *Neisseria gonorrhoea* (gonocoque) et *Chlamydia trachomatis* sont les pathogènes les plus courants responsables d'écoulement urétral chez l'homme. L'agent de la syphilis (*Treponema pallidum*), le virus de l'herpes simplex (VHS1 ou 2) et *Haemophilus ducreyi* (chancres) sont les causes les plus fréquentes de l'ulcère génital chez l'homme et chez la femme.
- Les IST sont endémiques dans la plupart des pays du monde, notamment en Afrique. Les IST multiples sont fréquentes (par exemple, *Neisseria gonorrhoea* plus *Chlamydia*). Leur prévalence peut être plus élevée dans les régions touchées par le VIH dont elles pourraient faciliter la transmission.
- Les IST représentent une cause majeure d'avortement, de bébés morts-nés, de prématurité et d'infections congénitales. Elles peuvent provoquer une maladie inflammatoire pelvienne (MIP), cause importante de stérilité.
- Les périodes d'incubation durent de 2 à 7 jours pour *Neisseria gonorrhoea*, de 7 à 14 jours (ou plus) pour *Chlamydiae*, entre 10 jours et 12 semaines (généralement autour de 3 semaines) pour la syphilis, et de 3 à 14 jours pour le chancre.
- Les IST sont plus faciles à diagnostiquer chez les hommes, dans la mesure où les signes cliniques de l'infection sont plus visibles.

But de la surveillance

- Détecter et traiter rapidement les IST pour réduire les taux de transmission. L'intensification des efforts pour diagnostiquer la syphilis latente pourrait prévenir des invalidités importantes.
- Améliorer le traitement immédiat et efficace des IST à l'aide de simples algorithmes basés sur une approche syndromique du diagnostic chez les cas indices et les partenaires.
- Suivre en laboratoire la sensibilité aux antimicrobiens et modifier les directives nationales de traitement en conséquence.
- Comparer les données de surveillance à la fois pour les IST et le VIH/SIDA, dans la mesure où les IST pourraient indiquer une co-présence du VIH.

Définition de cas standardisée

Ulcère génital (non-vésiculaire) :

Cas suspect : tout homme présentant un ulcère de la verge, du scrotum ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale, ou toute femme présentant un ulcère des lèvres, du vagin ou du rectum, avec ou sans adénopathie inguinale.

Cas confirmé : Cas suspect confirmé par un test de laboratoire.

Écoulement urétral :

Cas suspect : Tout homme présentant un écoulement urétral avec ou sans dysurie.

Cas confirmé : Cas suspect confirmé par un test de laboratoire (par ex. : coloration de Gram mettant en évidence la présence de diplocoques intracellulaires à Gram-négatifs).

Action de santé publique

Infections sexuellement transmissibles

- Recherche active des cas dans des groupes cibles particuliers.
- Activités de prévention primaire, telles que promotion des comportements sexuels sans danger et fourniture de préservatifs.
- Utilisation d'algorithmes pour la détection et le traitement des IST et amélioration de leur application par les agents de santé.
- Intégration des services de prévention et de soins des IST aux services de soins de santé maternelle et infantile et de planning familial.
- Services spécifiques de prévention et de soins des IST, efficaces et bien acceptés des populations identifiées comme vulnérables pour la transmission des IST.
- Promotion d'un recours rapide aux services de santé en cas d'IST.

Analyser et interpréter les données

Temps : Etablir un graphique des cas, chaque trimestre.

Lieu : Aucune recommandation concernant l'étude du lieu.

Caractéristiques individuelles : Faire le décompte des cas trimestriels et analyser leur répartition en fonction de l'âge.

Confirmation en laboratoire

La surveillance n'exige pas confirmation systématique en laboratoire.

Référence

- *Principes directeurs applicables à la surveillance des infections sexuellement transmissibles. Groupe de travail ONUSIDA/OMS sur la surveillance mondiale des VIH/SIDA/IST.* Genève, Organisation mondiale de la Santé, Programme commun des Nations Unies sur le VIH/SIDA (ONUSIDA), 1999 (WHO/CHS/HSI/99.2, WHO/CDS/CSR/EDC/99.3 et UNAIDS/99.33E).
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CHS_HSI_99.2_fre.pdf

Lèpre

Présentation

- La lèpre est une maladie chronique mycobatérienne qui affecte la peau, les nerfs périphériques et les muqueuses des voies aériennes supérieures. Elle se transmet essentiellement par voie aérienne à partir des sécrétions nasales de malades infectés par le bacille de Hansen, mais aussi par inoculation dans une lésion cutanée. La lèpre est endémique dans plusieurs régions tropicales à travers le monde, notamment en Afrique.
- Selon la présence de signes cutanés et nerveux, on distingue deux groupes de malades :
 - Les malades multibacillaires (MB) présentant plus de 5 taches cutanées et plusieurs épaissements nerveux.
 - Les malades paucibacillaires (PB) présentant 1 à 5 taches cutanées et un seul épaissement nerveux.
- La lutte contre la lèpre s'est considérablement améliorée grâce à la polychimiothérapie (PCT) recommandée par l'OMS. La PCT associant 2 ou 3 médicaments (rifampicine, clofazimine et dapsonne) est en effet très efficace dans le traitement de la lèpre. Fin 1999, la prévalence de la maladie dans les pays africains était de 1,6 cas pour 10 000 habitants, avec près de 70 000 cas enregistrés.
- La période d'incubation dure de 6 mois à 20 ans ou plus. L'infection est probablement fréquente, mais la maladie clinique est rare, même parmi les contacts les plus proches des malades. Les malades multibacillaires sont très contagieux. Cependant, le caractère infectieux décroît rapidement, dès le début de la PCT. La maladie présente parfois des complications (névrites et réactions lépreuses) entraînant des déficiences et des infirmités au niveau des mains, des pieds et des yeux.
- Historiquement, la lèpre était synonyme d'exclusion sociale et avait d'importantes conséquences psychosociales. Cette stigmatisation sociale persiste encore dans certains pays d'Afrique.
- Certaines maladies cutanées, comme le pityriasis versicolor, les mycoses, le vitiligo, la sclérodermie, le psoriasis, le lupus érythémateux disséminé et la maladie de Von Recklinghausen peuvent être confondues avec la lèpre.

But de la surveillance

-
- Suivre les tendances nationales vers l'objectif d'élimination de la lèpre, défini comme la réduction du taux de prévalence à moins d'1 cas pour 10 000 habitants.
- Surveiller constamment la résistance du bacille de Hansen aux médicaments utilisés pour la PCT.
- La lèpre étant sur le point d'être éliminée, compléter la surveillance de routine par des activités de surveillance au sein de la communauté.
-

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Personne présentant au moins l'un des trois signes essentiels de la lèpre : lésion cutanée hypo-pigmentée ou rougeâtre, perte ou diminution de la sensibilité cutanée, épaissement du nerf périphérique.

Cas confirmé :

Personne présentant au moins deux signes essentiels de la lèpre et qui n'a pas encore terminé la polychimiothérapie (PCT).

Lèpre

| |
|--|
| Répondre au seuil d'alerte |
| S'il y a un seul cas suspect : <ul style="list-style-type: none">▪ Notifier le cas suspect aux autorités compétentes du système de santé.▪ Enquêter sur le cas à la recherche des facteurs de risque.▪ Commencer une prise en charge appropriée :<ul style="list-style-type: none">-- Lèpre MB : traitement pendant 12 mois avec une PCT combinant 3 médicaments (12 plaquettes de MB à prendre pendant 18 mois).-- Lèpre PB : traitement pendant 6 mois avec une PCT combinant 2 médicaments (6 plaquettes de PB à prendre pendant 9 mois) |
| Répondre au seuil d'intervention |
| Si un cas suspect est confirmé <ul style="list-style-type: none">▪ Examiner les malades à la recherche de signes cutanés et nerveux, à l'occasion de chaque consultation médicale, pour diagnostiquer et soigner les réactions et les déficiences causées par la lèpre.▪ Déterminer les facteurs de risque d'interruption du traitement (par exemple, approvisionnements insuffisants en PCT dans la structure de soins, accès difficile aux villages où résident les malades, etc.). Donner aux malades incapables de se rendre tous les mois dans un centre de soins, une quantité de plaquettes suffisante pour le traitement complet.▪ Identifier toute augmentation ou diminution rapide du nombre de nouveaux cas sur une période donnée. Evaluer la qualité de la surveillance dans les régions où on soupçonne une sous-notification ou une sur-notification. Contrôler la distribution des médicaments de PCT. |
| Analyser et interpréter les données |
| Temps : Faire un graphique des cas, précisant les dates de diagnostic et de début du traitement. |
| Lieu : Cartographier les cas en fonction de leur lieu d'habitation et de la classification de la maladie (MB ou PB) |
| Caractéristiques individuelles : Faire le décompte mensuel des nouveaux cas détectés, selon le type de lèpre (MB ou PB). Analyser leur répartition en fonction de l'âge, du degré d'invalidité et des résultats du traitement (guérison, défaillance, rechute). |
| Confirmation en laboratoire |
| La surveillance de la lèpre ne nécessite pas de confirmation systématique en laboratoire. |
| Références |
| <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Enhanced global Strategy for Further Reducing the Disease Burden due to Leprosy (SEA-GLP-2009.3)</i>▪ Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf |

Maladies d'origine alimentaire

Présentation

- Les maladies d'origine alimentaire sont provoquées par toute une variété de pathogènes bactériens, viraux, parasitaires et fongiques, ou par leurs toxines qui pénètrent dans l'organisme *via* l'ingestion d'eau ou d'aliments contaminés. En plus des maladies provoquées par *Vibrio cholerae* et *Shigella* (traitées dans ce guide), la surveillance des maladies d'origine alimentaire peut révéler d'autres causes, telles que les salmonelles, le virus de l'hépatite A ou une contamination chimique.
- On parle de maladie d'origine alimentaire quand deux personnes au moins ont consommé les mêmes aliments ou la même boisson et qu'elles manifestent ensuite des symptômes similaires dans le même laps de temps.
- La plupart des personnes souffrant d'une maladie d'origine alimentaire ne consultent pas les services de soins, si bien que les cas et les flambées de maladies d'origine alimentaire ne sont habituellement jamais reconnus et échappent à la notification.
- Les premiers symptômes se manifestent souvent au niveau gastro-intestinal, par des nausées, des vomissements, des crampes abdominales et des diarrhées.
- Les épidémies de maladies d'origine alimentaires peuvent être localisées et affecter seulement deux personnes ayant consommé un même repas ou un même produit. Elles peuvent aussi être importantes et géographiquement étendues, quand un aliment est contaminé avant sa distribution et qu'il est largement consommé par beaucoup de personnes dans de nombreuses régions.
- La surveillance des maladies d'origine alimentaire permet de contrôler la salubrité des aliments et de cibler les actions de promotion de la santé auprès de ceux qui manipulent les aliments pour de meilleures pratiques alimentaires et une meilleure hygiène individuelle.

But de la surveillance

- Identifier rapidement tout groupe de cas inhabituel de maladie potentiellement transmise par l'alimentation, qui pourrait nécessiter une enquête de santé publique ou une riposte.
- Évaluer l'ampleur des maladies d'origine alimentaire.
- Identifier les aliments ou les pratiques alimentaires à risque.
- Surveiller les facteurs de risque pour cibler les interventions de santé publique et les actions de promotion de la santé sur des aliments et des pratiques alimentaires spécifiques.

Définition de cas standardisée

Une maladie d'origine alimentaire est suspectée quand 2 personnes au moins ayant consommé le même aliment ou la même boisson présentent des symptômes similaires.

La définition de cas d'une maladie d'origine alimentaire dépend de l'agent qui la provoque (par exemple : choléra, hépatite

Maladies d'origine alimentaire

A, salmonellose, dysenterie bacillaire/shigellose).

Une maladie d'origine alimentaire est confirmée quand le laboratoire confirme la présence d'un agent particulier dans une source commune d'aliment ou de boisson.

Répondre au seuil d'alerte

Si 2 personnes au moins sont malades et qu'elles ont consommé un aliment provenant d'une même source :

- Notifier immédiatement les cas suspects au niveau supérieur du système de santé.
- Faire des prélèvements chez les malades et recueillir des échantillons des boissons et des aliments suspectés pour confirmation par le laboratoire.
- Traiter les cas suspects.

Réponse au seuil d'intervention

Si une flambée de maladie d'origine alimentaire est confirmée :

- Rechercher d'autres cas dans la localité des cas confirmés.
- Renforcer la prise en charge et le traitement des cas.
- Sensibiliser la communauté à la détection précoce et au traitement rapide des cas.
- Identifier les groupes à risque.
- Eliminer du menu des restaurants ou des étagères des épiceries et supermarchés, les denrées alimentaires pour lesquelles on a pu obtenir des preuves mettant en cause leur salubrité.
- Lancer une investigation approfondie des chaînes alimentaires qui pourraient être associées à la flambée.
- Réduire les cas sporadiques et les flambées de maladie d'origine alimentaire en promouvant le lavage des mains au savon et à l'eau après être allé aux toilettes et avant de manipuler les aliments et de prendre les repas ; en renforçant l'accès à l'eau potable, l'utilisation des latrines et de systèmes d'évacuation sécurisée des déchets humains.
- Intensifier les activités de promotion de la santé en matière de salubrité des aliments à l'aide du manuel de l'OMS, *Cinq clés pour des aliments plus sûrs* (voir référence ci-dessous), et du système d'Analyse des Risques et Points critiques (HACCP).
- Intensifier les activités d'inspection.

Analyser et interpréter les données

- **Temps : Faire un graphique des tendances mensuelles des cas et des décès ; tracer la courbe épidémique lors d'une flambée de maladie d'origine alimentaire.**
- **Lieu :** Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas et des décès.
- **Caractéristiques individuelles :** Dénombrer les cas et les décès chaque mois. Pendant une flambée, dénombrer les cas chaque semaine.
- Revoir régulièrement les données cliniques et les résultats de laboratoire des analyses réalisées sur les prélèvements de cas et sur les aliments, afin d'identifier des cas groupés dans le temps, dans l'espace ou selon des caractéristiques individuelles. Enquêter sur toute flambée de maladie d'origine alimentaire suspectée d'après les données.
- Enquêter sur toutes les flambées suspectées de maladies d'origine alimentaire.

Maladies d'origine alimentaire

Références

- Guidelines for Strengthening Foodborne Disease Surveillance in the WHO African Region
- OMS Cinq clés pour des aliments plus sûrs
http://www.who.int/foodsafety/publications/consumer/manual_keys_fr.pdf
- WHO Foodborne disease outbreaks: Guidelines for investigation and control
http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241547222_eng.pdf

Malnutrition

Présentation

- Dans le monde, la sous-alimentation des femmes et des enfants reste la cause sous-jacente de 3,5 millions de décès. Elle représente notamment 35% de la charge de morbidité chez les enfants de moins de 5 ans. On compte 23 pays africains parmi les 40 pays dans lesquels la prévalence du déficit statur pondéral atteint 40% ou plus.
- La malnutrition sévère peut être une cause directe de décès, mais aussi une cause indirecte, dans la mesure où elle augmente de façon dramatique le taux de mortalité chez les enfants souffrant de maladies infantiles courantes, comme la diarrhée ou la pneumonie.
- En dépit de ces faits, le poids de la mortalité infantile pour cause de malnutrition sévère est rarement à l'ordre du jour de la santé internationale, et peu de pays, même dans les zones de prévalence élevée, disposent de politiques nationales permettant d'aborder ce problème de façon entière.
- Les enfants de moins de 5 ans, les femmes enceintes et celles qui allaitent sont les plus vulnérables. Le mauvais état nutritionnel et la mauvaise alimentation des femmes enceintes peuvent contribuer à la naissance de nouveaux-nés de faible poids (poids immédiatement après la naissance). Un nouveau-né pesant moins de 2500 grammes (2,5 kilos ou 5,5 livres) est considéré comme un nouveau-né de faible poids. Ce faible poids de naissance est un déterminant majeur de la mortalité, de la morbidité et des handicaps du nourrisson et de l'enfant. Il a également un impact sur la santé de l'adulte.
- Les principales causes de malnutrition englobent les conditions socioéconomiques, le manque d'accès à l'eau potable et aux systèmes d'assainissement, la mauvaise éducation nutritionnelle des mères concernant l'alimentation du nourrisson et des enfants en bas âge, ainsi que les infections répétées.
- Les programmes destinés à éradiquer la malnutrition reposent sur la sécurité alimentaire, l'approvisionnement en eau potable et l'assainissement, la promotion des pratiques alimentaires du nourrisson et des enfants en bas âge, les programmes de supplémentation en micronutriments, la prise en charge des cas graves de malnutrition au sein des communautés et des structures de soins, la prise en charge des infections, en particulier des maladies diarrhéiques.
- De nombreuses études sporadiques sont organisées, mais à ce jour, la surveillance de la nutrition est très peu appliquée et ne permet pas de prendre des mesures pour la prévention et la prise en charge de la malnutrition.

But de la surveillance

- Alerte précoce et identification du problème.
- Prise de décision et planification des actions.
- Gestion et évaluation des programmes.
- Vérification de l'efficacité des mesures de santé publique visant à remédier aux causes du faible poids de naissance et de la malnutrition chez les enfants et les femmes enceintes.

Définition de cas standardisée

Malnutrition

Insuffisance pondérale à la naissance :

Nouveau-né d'un poids de naissance inférieur à 2500 grammes (ou 5,5 livres)

Malnutrition chez les enfants :

- Enfants de moins de 5 ans en insuffisance pondérale (indice poids-taille : ZScore poids pour âge < -2)
- Enfants de 6 à 59 mois ayant un périmètre brachial < 11,5 cm (risque de mortalité élevé)
- Oedèmes bilatéraux des extrémités

Malnutrition chez les femmes enceintes :

Femmes enceintes donnant naissance à des bébés de faible poids < 2,5 Kg (le mauvais état nutritionnel et le mauvais état de santé des mères permettent de prévoir quels sont les groupes de population susceptibles de tirer profit d'une amélioration des soins prénataux et néonataux).

Répondre au seuil d'alerte

Si plus de 20% des enfants sont en insuffisance pondérale :

Le programme doit mettre l'accent sur :

- L'allaitement maternel
- L'éducation nutritionnelle
- Les compléments alimentaires pour les enfants et les mères
- La prévention et le traitement des diarrhées
- La prévention et le traitement de la malnutrition sévère
- Le soutien socioéconomique

Dès la détection d'un cas avec un périmètre brachial < 11,5 cm ou dès l'identification d'un oedème bilatéral :

Alerter, faire des examens complémentaires et orienter l'enfant sur un programme d'alimentation thérapeutique.

Si 15% ou plus des enfants de faible poids de naissance pèsent moins de 2,5 Kg :

Cibler les interventions de façon à améliorer les soins prénataux et néonataux, notamment les soins nutritionnels (campagnes anti-tabac et anti-alcool, soins nutritionnels pour les femmes avant/pendant la période prénatale et pendant l'allaitement, prophylaxie contre le paludisme, structures de soins pour les nouveaux-nés, etc.) pour les femmes qui risquent de souffrir de complications pendant la grossesse et l'accouchement, et traiter les nouveaux-nés, afin de prévenir la morbidité et la mortalité.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire un graphique du nombre de cas mensuels pour analyser les tendances, et du nombre de cas hebdomadaires dans les situations d'urgence.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation/communautés des cas

Caractéristiques individuelles : Compter les cas mensuels/hebdomadaires et analyser leur répartition en fonction de l'âge et du sexe.

Malnutrition

Confirmation en laboratoire

La surveillance ne nécessite pas confirmation systématique en laboratoire.

Références

- Black R.E. et al. Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. Lancet 2008; [371](#): 243 – 260.
- Gross R, Webb P, Wasting time for wasted children: severe child undernutrition must be resolved in non-emergency settings. Lancet 2006; 367: 1209-1211.
- Physical status: the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series, 1995, No 854: 81, 128-130, 198-208.
- Normes de croissance OMS et identification de la malnutrition aiguë sévère chez l'enfant. Déclaration commune de l'Organisation mondiale de la Santé et du Fond des Nations unies pour l'Enfance
<http://www.who.int/nutrition/publications/severemalnutrition/9789241598163/fr/index.html>

Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI)

| |
|--|
| Présentation |
| Les notifications de manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) ont eu des conséquences négatives sur les programmes nationaux de vaccination. La plupart de ces notifications étaient des événements “fortuits” qui n’avaient rien à voir avec les vaccins. Il est donc important d’identifier les véritables MAPI et d’en déterminer la cause. |
| But de la surveillance |
| Déterminer la cause d’un cas de MAPI ou d’un groupe de MAPI et y remédier. |
| Définition de cas standardisée |
| Incident médical apparu après la vaccination, à l’origine d’un problème vraisemblablement provoqué par la vaccination. |
| Répondre au seuil d’alerte |
| S’il y a un seul cas suspect : <ul style="list-style-type: none">▪ Soigner le patient.▪ Communiquer avec les parents et la communauté.▪ Répondre aux rumeurs ou aux demandes de renseignements du public.▪ Remplir le formulaire individuel d’investigation de cas. |
| Répondre au seuil d’intervention |
| Si un seul cas est confirmé : <ul style="list-style-type: none">▪ Rechercher d’autres cas▪ Notifier immédiatement le cas aux autorités compétentes afin d’initier une enquête pour en rechercher la cause.▪ Prendre des mesures correctives pour éviter qu’une autre MAPI survienne pour la même raison. |
| Analyser et interpréter les données |
| Déterminer la cause de cet événement. Est-il lié au programme, induit par le vaccin, fortuit ? Se méfier de la psychose de groupe quand des écoliers ou des individus plus âgés sont concernés en même temps. |
| Références |
| <ol style="list-style-type: none">1. Surveillance des manifestations post-vaccinales indésirables : guide pratique à l’intention des directeurs de programmes de vaccination WHO/EPI/93.02 Rev 1. http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF/www9714.pdf2. Kharabsheh S. Mass psychogenic illness following Td vaccine in Jordan. Bulletin de l’OMS 2001. 79 (8); 764-770. http://www.who.int/bulletin/pdf/2001/issue8/vol79.no.8.764-770.pdf |

Méningite à méningocoques

Présentation

- *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* type b (Hib), et *Streptococcus pneumoniae* sont responsables de la majorité de tous les cas de méningite bactérienne et de 90% des méningites bactériennes chez les enfants.
- La méningite à méningocoques est la principale forme de méningite bactérienne responsable d'épidémies. Elle reste un défi de santé publique majeur dans la ceinture africaine de la méningite, zone géographique s'étendant du Sénégal à l'Éthiopie. Dans ces pays, d'importantes flambées épidémiques peuvent se déclarer pendant la saison sèche (novembre à mai). En dehors de la ceinture de la méningite, de petites épidémies peuvent se déclarer toute l'année.
- Les épidémies dans la ceinture de la méningite sont traditionnellement associées au sérotype A de *Neisseria meningitidis*. Toutefois, une épidémie due au sérotype W135 de *N. meningitidis* s'est déclarée au Burkina, en 2002, et le sérotype X de *N. meningitidis* a été isolé au Niger, en 2006.
- La maladie se transmet par voie aérienne d'une personne à l'autre par de grosses gouttelettes de sécrétions rhinopharyngées d'individus infectés.
- La période d'incubation dure de 2 à 10 jours.
- Les taux d'attaque les plus élevés sont observés chez les enfants de moins de 15 ans. Les taux de létalité sont généralement compris entre 8 et 15% chez les malades traités, et >70% en l'absence de traitement. De nombreux survivants garderont des séquelles à long terme, notamment des retards mentaux, la perte de l'ouïe et de l'usage des membres.
- Le chloramphénicol en suspension huileuse est le médicament de choix lors des épidémies, l'efficacité d'une seule dose de cette formulation à longue durée d'action ayant été démontrée. Aucune résistance microbienne au chloramphénicol n'a encore été détectée en Afrique, tandis que la résistance aux sulfamides est largement répandue.
- La riposte actuelle aux épidémies de méningite consiste à organiser des campagnes réactives de vaccination de masse avec les vaccins polysaccharidiques bivalent (A et C) et/ou trivalent (A, C et W135), dès que possible après qu'une épidémie se soit déclarée. Ces vaccins polysaccharidiques ne protègent pas les très jeunes enfants et n'offrent qu'une protection sur 3 ans, ce qui explique les épidémies répétées de méningite.
- Un vaccin conjugué contre le méningocoque A a été développé. Immunogène à la fois chez les nourrissons et les adultes, ce vaccin devrait conférer une protection à long terme. Son introduction dans les pays de la ceinture de la méningite devrait réduire de façon spectaculaire la circulation de *N. meningitidis* A et éliminer les épidémies à *N. meningitidis* A.

But de la surveillance

- Détecter rapidement les épidémies de méningite et confirmer leur étiologie.
- Exploiter les données de surveillance pour organiser les approvisionnements en vaccins/médicaments et prendre des mesures supplémentaires de prévention et de lutte.
- Évaluer et suivre la propagation et l'évolution de l'épidémie, ainsi que l'efficacité des mesures de lutte.
- Surveiller la situation pendant toute l'année, notamment les changements de sérotypes.
- Analyser régulièrement la sensibilité à la pénicilline et au chloramphénicol à l'aide d'antibiogrammes.

Définition de cas standardisée

Méningite à méningocoques

Cas suspect :

Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale (température rectale >38,5°C ou axillaire >38,0°C) et l'un des signes suivants : raideur de la nuque, altérations de la conscience ou autres signes méningés.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par l'isolement de *N. meningitidis* à partir de liquide céphalorachidien ou de sang.

Répondre au seuil d'alerte

Seuil d'alerte :

- Pour les populations de 30 000 à 100 000 habitants : 5 cas pour 100 000 habitants, par semaine.
- Pour les populations de moins de 30 000 habitants : 2 cas en 1 semaine ou une augmentation du nombre de cas comparé à la même période des années précédentes non épidémiques.

Répondre au seuil d'alerte :

- Informer le niveau supérieur du système de santé.
- Enregistrer les cas sur une liste descriptive.
- Investiguer les cas et demander leur confirmation par le laboratoire.
- Traiter tous les cas suspects avec les antibiotiques appropriés, conformément au protocole national.
- Intensifier la surveillance pour rechercher d'autres cas dans la région.
- Se préparer à mener une campagne de vaccination de masse.

Répondre au seuil d'intervention

Seuil épidémique :

- Pour les populations de 30 000 à 100 000 habitants : 15 cas pour 100 000 habitants, par semaine. Quand le risque d'épidémie est élevé (pas d'épidémie au cours des 3 dernières années, seuil d'alerte atteint pendant la saison sèche), le seuil épidémique est à 10 cas pour 100 000 habitants par semaine.
- Pour les populations de moins de 30 000 habitants : 5 cas en 1 semaine ou doublement du nombre de cas sur 3 semaines.

Réponse au seuil épidémique :

- Procéder immédiatement à une campagne de vaccination dans le district touché par l'épidémie, ainsi que dans les districts voisins en phase d'alerte.
- Mobiliser la communauté pour permettre une détection et un traitement rapides des cas et améliorer la couverture vaccinale pendant les campagnes de vaccination de masse.
- Poursuivre le recueil, la transmission et l'analyse des données.
- Continuer à prélever régulièrement, chaque semaine, 5 à 10 échantillons de LCR, pendant toute la durée de la saison épidémique, dans tous les districts touchés, afin de détecter toute éventuelle modification de sérotype.
- Traiter tous les cas avec les antibiotiques appropriés, conformément au protocole national.

Analyser et interpréter les données

Méningite à méningocoques

Temps : Pendant la saison épidémique, dans les pays de la ceinture africaine de la méningite, faire le graphique des cas et des décès hebdomadaires. Sinon, représenter sur un graphique les tendances mensuelles des cas et des décès. Tracer la courbe épidémique des cas liés aux épidémies.

Lieu : Lors des épidémies (pas dans les situations d'endémie), cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas et estimer la distance qui les sépare de la formation sanitaire la plus proche.

Caractéristiques individuelles : Faire le total des cas sporadiques et des cas liés aux épidémies. Analyser leur répartition en fonction de l'âge.

Objectif fixé pour le taux de létalité : <10%

Confirmation en laboratoire

| | |
|--|---|
| Tests diagnostiques | Examen microscopique du LCR pour la présence de diplocoques Gram négatif Culture et isolement de <i>N. meningitidis</i> à partir du LCR |
| Prélèvements | Liquide céphalorachidien (LCR) Remarque : le LCR est le prélèvement de choix pour la mise en culture et l'examen microscopique de <i>N. meningitidis</i> . S'il ne peut être prélevé, faire un prélèvement de sang (10 ml chez les adultes, 1 à 5 ml chez les enfants) pour la mise en culture. |
| Quand réaliser les prélèvements | Faire des prélèvements chez 5 à 10 cas, une fois que le seuil d'alerte ou épidémique est atteint (voir "Méningite", Section 8.0). |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Préparer le patient et recueillir aseptiquement le LCR dans des tubes à essai avec capuchons. ▪ Inoculer immédiatement 1 ml de LCR dans un flacon préchauffé de milieu Trans-Isolate. ▪ Incuber entre 36°C et 37°C (température corporelle). ▪ Ne jamais réfrigérer les échantillons qui seront mis en culture. <p>Conserver dans la seringue de prélèvement (remettre le capuchon) le LCR destiné à l'examen microscopique et à l'analyse biologique. Réfrigérer la seringue et l'envoyer au laboratoire dès que possible.</p> |
| Résultats | <p><i>Neisseria meningitidis</i> est un microorganisme délicat dont l'isolement est coûteux et difficile. Il exige d'excellentes techniques de prélèvement et de traitement des échantillons, ainsi que des milieux et des antisérums onéreux.</p> <p>Il faut faire le sérotypage et l'antibiogramme des isolats de <i>N. meningitidis</i> des premiers prélèvements de cas sporadiques ou liés à une épidémie, pour déterminer le traitement approprié.</p> <p>Le milieu Trans-Isolate (TI) est stable. Il peut être conservé à 4°C pendant deux ans après sa préparation. A 4°C, la phase liquide prend un aspect gélatineux, mais se reliquéfie à température ambiante. Les flacons de TI non utilisés doivent être hermétiquement fermés. Ne pas utiliser, si le milieu liquide change de teinte (jaunissement ou opacification) ou si le milieu sur gélose sèche ou se rétracte.</p> |

Méningite à méningocoques

Références

- Relevé épidémiologique hebdomadaire No 38, Septembre 2000 (<http://www.who.int/wer/pdf/2000/wer7538.pdf>)
- WHO Regional Office for Africa Standard Operating Procedures for Enhanced Meningitis Surveillance in Africa, Août 2009
- Lutte contre les épidémies de méningite à méningocoque. Guide pratique OMS, 2^{ième} Edition. WHO/EMC/BAC/98.3. http://www.who.int/csr/resources/publications/meningitis/WHO_EM_C_BAC_98_3_FR/en/index.html
- “Techniques de laboratoire pour le diagnostic des meningitis à *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* et *Haemophilus influenzae*.” Document OMS WHO/CDS/EDC/99.7, Genève http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_EDC_99.7_fre.pdf

Noma

Présentation

- Le noma (cancrum oris, stomatitis gangrenosa) est une infection bactérienne opportuniste affectant les enfants âgés de 1 à 4 ans, caractérisée par une gangrène orofaciale à propagation rapide, qui se développe à partir d'une inflammation gingivale.
- Le noma résulte d'interactions complexes entre plusieurs facteurs de risque : mauvaises conditions d'hygiène, malnutrition, maladies récurrentes et immunité affaiblie. La rougeole, le paludisme, les diarrhées sévères et la gingivite ulcéro-nécrosante font partie des maladies qui précèdent fréquemment le noma.
- Le noma se rencontre partout dans le monde, mais il est plus fréquent en Afrique subsaharienne. Selon des estimations de l'OMS, datant de 1998, 140 000 enfants contractent le noma chaque année et 79% d'entre eux décèdent de la maladie et des complications associées.
- En Afrique, c'est dans les pays frontaliers du désert du Sahara que le taux de prévalence du noma est le plus élevé, avec une incidence annuelle de 25 000, selon les estimations d'un récent rapport. Toutefois, le noma se rencontre partout où les populations vivent dans des conditions d'extrême pauvreté.
- La détection précoce des cas de noma et leur traitement rapide avec des antibiotiques sont essentiels pour prévenir de graves mutilations défigurantes ou la mort. Dans la phase aiguë de la maladie, l'administration de fortes doses de pénicilline permet d'éviter les décès. Toutefois, seule une chirurgie coûteuse permet de traiter les défigurations.
- La prévention doit être axée sur l'éducation et la sensibilisation à la maladie, une meilleure alimentation, l'amélioration des conditions d'hygiène, la promotion de l'allaitement maternel exclusif pendant les 3 à 6 premiers mois de la vie, l'accès aux soins prénataux, et les vaccinations contre les maladies infantiles courantes.
- Caractéristiques cliniques du noma : irritation de la bouche, halitose prononcée (mauvaise haleine), mauvais goût, sensibilité accrue des lèvres ou des joues, lymphadénopathie cervicale, écoulement bucal nauséabond et purulent, œdème et teinte bleu-noir de la peau dans la région atteinte.
- Les agents de santé doivent savoir reconnaître les facteurs de risque du noma :
 - Important retard de croissance dans les 6 premiers mois de la vie
 - Signes de malnutrition et mauvaises habitudes alimentaires
 - Diarrhée persistante
 - Ulcérations de la bouche chez les enfants dans les régions à haut risque
 - Mauvaise haleine

But de la surveillance

- Détecter les cas au plus tôt et les traiter rapidement.
- Identifier les communautés et les familles à risque.
- Estimer l'incidence de la maladie et identifier les facteurs de risque.

Définition de cas standardisée

Noma

Nouveau cas suspect :

Tout enfant présentant un ulcère bucal et d'autres signes d'alerte, tels que malnutrition, mauvaise hygiène, récente maladie (rougeole, diarrhée persistante, ou paludisme).

Nouveau cas confirmé :

Toute personne présentant une affection gangréneuse débutant par un ulcère de la muqueuse gingivale qui s'étend rapidement de la bouche au visage, en détruisant les tissus mous et durs.

Action de santé publique

Quand un cas suspect est détecté :

- Traiter le cas avec les antibiotiques recommandés au niveau national.
- Mener des activités de promotion de la santé dans la communauté pour :
 - Sensibiliser au noma au sein de la communauté et des foyers,
 - Améliorer les conditions d'hygiène environnementale et individuelle,
 - Ecarter le bétail des zones d'habitation,
 - Pratiquer l'allaitement maternel exclusif pendant les 6 premiers mois de la vie,
 - Améliorer l'alimentation et les techniques de préparation des aliments.
- Accroître la couverture vaccinale dans le district.
- Améliorer l'accès aux sources d'eau potable dans les communautés à risque.
- Former le personnel de santé publique au repérage précoce des lésions bucales susceptibles d'évoluer en noma.

Analyser et interpréter les données

Temps : Surveiller le nombre de cas détectés à temps pour recevoir un traitement standard. Suivre les cas dans le temps, afin d'estimer la charge de morbidité et d'identifier les tendances.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas et analyser leur répartition géographique.

Caractéristiques individuelles : Analyser la répartition des cas en fonction de l'âge et d'autres facteurs démographiques.

Confirmation en laboratoire

La surveillance ne nécessite pas de confirmation systématique par le laboratoire.

Références

Noma

- Enwonwu, C. (2006). "Noma--the ulcer of extreme poverty." New England Journal of Medicine,**354**(3): 221-224
- Enwonwu, C., W. Falkler, et al. (2006). "Noma (cancrum oris)." The Lancet**368**(9530): 147-156.
- Fieger, A., K. Marck, et al. (2003). "An estimation of the incidence of noma in north-west Nigeria." Tropical medicine & international health,**8**(5): 402-407.
- Enwonwu, C. O. (1995). "Noma: a neglected scourge of children in sub-Saharan Africa." Bulletin of the World Health Organization,**73**(4): 541-545.
- Enwonwu, C. O., W. A. Falkler, et al. (1999). "Pathogenesis of cancrum oris (noma): confounding interactions of malnutrition with infection." The American journal of tropical medicine and hygiene**60**(2): 223-232.

Onchocercose

Présentation

- Infection filarienne de la peau et de l'oeil provoquée par *Onchocerca volvulus*, transmis par la piqûre de mouches noires femelles du genre *Simulium*.
- La quasi-totalité des 18 millions de personnes qui seraient infectées dans le monde (dont 250 000 ont perdu la vue) résident dans 26 pays africains. L'onchocercose est la deuxième cause infectieuse majeure de cécité dans le monde. Elle provoque également des problèmes cutanés débilissants, entraînant de fortes baisses de productivité dans les régions d'endémie. Des villages entiers se sont déplacés loin des terres fertiles, proches des rivières où les simules se reproduisent.
- La période d'incubation dure plusieurs années, voire des décennies, dans la mesure où la maladie se manifeste uniquement suite à des infections répétées. La forme clinique de la maladie est donc rare chez les enfants, même dans les zones d'endémie.
- D'autres filaires (par exemple, le *Loa loa* et *Mansonella*), ainsi que d'autres maladies chroniques de la peau et des yeux, peuvent provoquer des manifestations cliniques similaires.

But de la surveillance

- Détecter précocement l'infection, afin de réduire la reprise de la transmission du parasite dans les régions où il a été éradiqué (zones couvertes par le Programme de lutte contre l'Onchocercose).
- Assurer une surveillance périodique dans des villages sentinelles : dépistage à l'aide de la diéthylcarbazine (DEC) ; en cas de réaction positive à la DEC, confirmation par l'examen microscopique d'une biopsie cutanée de chaque cas suspect.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Dans une zone d'endémie, toute personne présentant des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé au laboratoire par la présence d'au moins un microfilaire dans des biopsies cutanées, de vers adultes dans les nodules excisés, ou par des manifestations oculaires caractéristiques (observation sous lampe à fente de microfilaires dans la cornée, la chambre antérieure de l'œil ou l'humeur vitrée).

Répondre au seuil d'alerte

Onchocercose

| | |
|--|--|
| <p>Si un cas suspect est détecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier le cas selon les directives nationales. ▪ Prélever des échantillons pour confirmer le cas. ▪ Investiguer le cas pour en déterminer la cause. ▪ Traiter le cas selon les directives nationales. | |
| <p>Répondre au seuil d'intervention</p> | |
| <p>Si un cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Enquêter sur les mouvements de populations pour identifier les origines de l'infection et lancer des activités de lutte. ▪ Mener des activités de lutte antivectorielle, conformément aux directives du Programme de lutte contre l'Onchocercose. ▪ Administrer des traitements de masse périodiques à l'ivermectine dans les régions d'endémie pour l'onchocercose au cours des dix dernières années. ▪ Rechercher activement les cas par le biais d'enquêtes au sein des populations et de prélèvements de peau. | |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> | |
| <p>Temps : Faire le graphique des cas par trimestre.</p> <p>Lieu : Cartographier la répartition des lieux d'habitation et de travail des malades.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Chaque trimestre, dénombrer les cas et analyser leur répartition en fonction de l'âge.</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| <p>Tests diagnostiques</p> | <p>Examen microscopique.</p> <p>Au moins un des critères de laboratoire suivants pour la confirmation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - présence de microfilaires dans les biopsies cutanées exsangues, prélevées sur la crête iliaque. - présence de vers adultes dans les nodules excisés. - présence de manifestations oculaires caractéristiques, comme l'observation sous lampe à fente de microfilaires dans la cornée, la chambre antérieure de l'œil ou l'humeur vitrée. |
| <p>Prélèvements</p> | <p>Biopsie cutanée exsangue prélevée sur les crêtes iliaques ou sur l'épaule.</p> <p>Ponction de nodules.</p> |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Prélever les biopsies cutanées exsangues et ponctionner les nodules des cas suspects après administration de DEC.</p> |
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>Placer l'échantillon dans un tube usuel. Ajouter quelques gouttes de solution physiologique. Bien refermer le tube avant de le transporter au laboratoire. Le transport s'effectue à température ambiante.</p> |
| <p>Résultats</p> | <p>Les résultats sont prêts dans la journée.</p> |

Onchocercose

Référence

- Normes recommandées par l’OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf

Paludisme

Présentation

- Le paludisme est une maladie tropicale à forte prévalence qui se manifeste par de la fièvre, suite à la piqûre d'un moustique *Anophèles* femelle infecté qui transmet un parasite : *Plasmodium falciparum*, *P. ovale*, *P. vivax*, ou *P. malariae*. *P. falciparum* est généralement responsable des formes graves du paludisme qui peuvent aboutir à une anémie grave et affecter des organes vitaux.
- Le paludisme est l'une des principales causes de morbidité et de mortalité dans de nombreux pays africains. Il fait 900 000 morts par an, en Afrique, principalement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes.
- La période d'incubation, depuis la piqûre de moustique jusqu'à l'apparition des symptômes, varie de 7 à 30 jours. Elle peut être plus longue, notamment avec les espèces autres que *P. falciparum*.
- La transmission du paludisme est saisonnière dans certaines régions des pays d'Afrique, mais elle est pérenne sur le reste du continent africain.

But de la surveillance

- Détecter rapidement les épidémies de paludisme, surtout dans les régions à transmission épidémique saisonnière ou ayant une importante population à risque.
-

Définition de cas standardisée

Cas suspect de paludisme sans complication :

Toute personne fébrile ou ayant eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures, ne manifestant aucun signe de la forme grave de la maladie (dysfonctionnement des organes vitaux).

Cas confirmé de paludisme sans complication :

Toute personne fébrile ou ayant eu de la fièvre au cours des dernières 24 heures, avec confirmation en laboratoire : examen microscopique d'un frottis sanguin ou autre test diagnostique pour les parasites du paludisme.

Cas suspect de paludisme grave :

Patient hospitalisé avec une forte fièvre et un dysfonctionnement des organes vitaux.

Cas confirmé de paludisme grave :

Patient hospitalisé avec une parasitémie à *P. falciparum* (formes asexuées) confirmée en laboratoire, s'accompagnant des signes et symptômes de la forme grave de la maladie (dysfonctionnement des organes vitaux diagnostiqué en laboratoire).

Répondre au seuil d'alerte

Paludisme

Si le nombre de nouveaux cas de paludisme ou de décès imputables au paludisme augmente de façon inhabituelle par rapport à la même période au cours des années précédentes non-épidémiques :

- Notifier l'épidémie suspectée au niveau supérieur.
- Traiter les cas avec les médicaments antipaludéens appropriés, conformément aux recommandations du programme national.
- Rechercher les causes de l'augmentation du nombre de nouveaux cas.
- Veiller à ce que les nouveaux cas chez les enfants de 2 mois à 5 ans soient pris en charge selon les directives de la PCIME.
- Assurer l'éducation de la communauté afin que les cas soient rapidement détectés et conduits dans des établissements de soins.

Répondre au seuil d'intervention

Si le nombre de nouveaux cas dépasse la limite supérieure du nombre de cas observés à la même période, au cours des années précédentes non épidémiques :

Evaluer et améliorer, si besoin, les stratégies de prévention, telles que l'utilisation de moustiquaires imprégnées d'insecticides et les pulvérisations d'insecticides à effets rémanent à l'intérieur des habitations.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique du nombre de cas par mois/semaine. Tracer une courbe épidémique pendant les épidémies.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des nouveaux cas et des décès.

Caractéristiques individuelles : Compter le nombre de nouveaux cas de paludisme et de décès par mois, et analyser leur répartition en fonction de l'âge et de la période d'apparition de la maladie.

Confirmation en laboratoire

| | |
|--|---|
| Tests diagnostiques | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Examen microscopique : présence de parasites du paludisme dans les frottis sanguins des cas suspects ▪ Test diagnostic rapide du paludisme : résultat positif ou négatif |
| Prélèvements | <p>Sang</p> <p>En général, faire le prélèvement à l'aide de vaccinostyles à tout âge ou avec d'autres méthodes agréées pour le prélèvement sanguin chez les très jeunes enfants</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p><i>Pour le frottis sanguin :</i> préparer un frottis pour tous les cas suspects hospitalisés, ou conformément aux directives nationales de prise en charge des cas.</p> |

Paludisme

| | |
|---|---|
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p><i>Frottis sanguin :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recueillir le sang directement sur des lames de microscopes propres et correctement étiquetées ; préparer des frottis minces et des gouttes épaisses. • Bien laisser sécher les frottis. • Utiliser la technique de coloration appropriée. • Conserver les lames colorées et parfaitement sèches à température ambiante, en prenant soin de ne pas les exposer à la lumière directe. <p><i>Pour le test diagnostique rapide :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire les prélèvements et réaliser le test en suivant les instructions du fabricant. |
| <p>Résultats</p> | <p>Les résultats de la goutte épaisse et du frottis mince peuvent être obtenus le jour même du prélèvement.</p> <p>L'examen microscopique des lames pour le paludisme peut également révéler la présence d'autres parasites sanguins.</p> <p>Le résultat du test diagnostique rapide est immédiat.</p> <p>Remarque : En milieu hospitalier, faire un dosage d'hémoglobine pour confirmer l'anémie grave chez les enfants âgés de 2 mois à 5 ans.</p> |
| <p>Références</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Malaria epidemics: Detection and control, forecasting and prevention.</i> Genève. Organisation mondiale de la Santé. WHO/MAL/98.1084 ▪ "Basic Laboratory Methods in Medical Parasitology" OMS, Genève, 1991 | |

Paludisme: suite...

Remarque : Déterminer un seuil épidémique

Le Programme national de lutte contre le paludisme peut aider les districts et les établissements de soins à déterminer des seuils appropriés leur permettant de détecter d'éventuelles épidémies. En l'absence d'un seuil défini par le programme national, on pourra utiliser la méthode suivante pour déterminer le seuil de détection d'une épidémie de paludisme. Le seuil est déterminé à l'aide de la moyenne et du 3^{ième} quartile d'une période donnée (par exemple, des données mensuelles/hebdomadaires sur 5 ans d'une structure de soins ou d'un district sanitaire) :

1. Relever le nombre de cas mensuels/hebdomadaires de paludisme dans une structure de soins ou un district sanitaire spécifiques, au cours des 5 dernières années.
2. Déterminer la moyenne pour chaque mois/semaine (par exemple, chaque mois de janvier pendant les 5 dernières années). Classer par ordre croissant les données mensuelles/hebdomadaires pour chacune des cinq années. Identifier le nombre qui se trouve au milieu de chaque série mensuelle/hebdomadaire au cours des 5 dernières années. Ce nombre correspond à la médiane. Répéter ce processus pour chaque mois/semaine, pendant les cinq années.
3. Déterminer le 3^{ième} quartile de chaque série mensuelle/hebdomadaire, en identifiant le 4^{ième} nombre le plus élevé dans chaque série, en partant du bas (dans la mesure où les données sont rangées par ordre croissant). Il représente la limite supérieure du nombre normal de cas de paludisme attendu.
4. Matérialiser sur un diagramme le 3^{ième} quartile de chaque série de données mensuelle/hebdomadaire, au cours de ces 5 années, et relier les points. La ligne obtenue représente la limite supérieure du nombre de cas attendu.
5. Matérialiser sur un diagramme la moyenne de chaque série de données mensuelle/hebdomadaire, au cours des 5 ans, et relier les points. La ligne obtenue représente la limite inférieure du nombre de cas attendu.
6. La zone entre les deux lignes (entre la médiane et le 3^{ième} quartile) représente la « normale ». Si le nombre de nouveaux cas de paludisme observé actuellement se situe dans cette zone, on considère que ce nombre est « normal ». En revanche, s'il est supérieur au 3^{ième} quartile (limite supérieure), c'est le signe d'une éventuelle épidémie de paludisme.

Pour assurer une détection précoce des épidémies de paludisme et les combattre, il est préférable d'utiliser les données hebdomadaires de la surveillance dans les zones géographiques à tendance épidémique.

D'après le Programme régional OMS/AFRO de lutte contre le paludisme

Peste

| |
|---|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ La peste est une infection bactérienne systémique zoonotique provoquée par <i>Yersinia pestis</i> (bacille de la peste) généralement transmis à l'homme par les rongeurs et leurs puces.▪ Principales formes de la maladie : bubonique, pulmonaire et septicémique. D'importantes épidémies peuvent se déclarer tant en milieu urbain que rural.▪ La période d'incubation dure de 1 à 7 jours.▪ En l'absence de traitement, le taux de létalité peut dépasser 50 à 60% pour la peste bubonique et approcher les 100% pour les pestes pulmonaire ou septicémique. Cependant, il est généralement <1% avec un traitement approprié.▪ Facteur de risque : vie en milieu rural. Exposition à des populations infectées de rongeurs sauvages ou domestiques et à leurs puces. |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Détecter rapidement les épidémies de peste. Vérifier l'étiologie de tous les cas suspects sporadiques (non liés à une épidémie) et des 5 à 10 premiers cas suspects d'une épidémie. |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect :</p> <p>Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale, accompagnée de frissons, céphalées, malaise important, prostration et gonflement très douloureux des ganglions lymphatiques, ou toux avec crachats teintés de sang, douleurs thoraciques, et difficulté à respirer.</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>Cas suspect confirmé par l'isolement de <i>Yersinia pestis</i> dans le sang, le matériel de ponction ganglionnaire (aspiration de bubon), ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |
| <p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Notifier au niveau supérieur l'information relative au cas.▪ Faire des prélèvements pour confirmer le cas.▪ Faire des recherches sur le cas.▪ Traiter le patient avec de la streptomycine, de la gentamicine ou du chloramphénicol, et administrer aux contacts proches une chimioprophylaxie à base de tétracycline, pendant 7 jours à compter de la date de dernière exposition. |
| Répondre au seuil d'intervention |

Peste

| | |
|---|---|
| <p>Si le cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Isoler les cas de peste pulmonaire et leur contacts en prenant des précautions contre la propagation aérienne du germe (port de masques, par exemple), jusqu'à ce qu'ils aient reçu pendant 48 heures au moins une antibiothérapie appropriée. ▪ Mobiliser la communauté pour détecter et traiter rapidement les cas, et l'aider à reconnaître les signes avant-coureurs d'une épidémie (mort massive de rongeurs). ▪ Identifier les groupes de population à risque, grâce à l'analyse des données en fonction de caractéristiques temporelles, spatiales et individuelles. ▪ Réduire le nombre de cas sporadiques et liés aux épidémies, en améliorant la lutte contre les rongeurs (évacuer les ordures, les restes de nourriture et détruire les endroits où se réfugient les rats), en se protégeant contre les piqûres de puces à l'aide de répulsifs sur la peau ou les vêtements, et en luttant contre les puces (en particulier, dans les habitations, les ports et les aéroports). | |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> | |
| <p>Temps : Faire le graphique des tendances mensuelles de cas et de décès. Tracer une courbe épidémique pour les cas épidémiques.</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement, au cas par cas, l'information relative aux cas et aux décès pour la surveillance de routine. Pendant les épidémies, faire le décompte hebdomadaire des cas et des décès. Analyser leur répartition en fonction de l'âge et déterminer les facteurs de risque pour améliorer la lutte contre la maladie sporadique et les épidémies.</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| Tests diagnostiques | <p>Isolement par culture de <i>Yersinia pestis</i> à partir d'une ponction de bubon, de sang, de LCR ou de crachat.</p> <p>Recherche d'anticorps dirigés contre l'antigène F1 de <i>Y. pestis</i>.</p> |
| Prélèvements | <p>Ponction de bubon, sang, LCR, crachat, lavage trachéal ou produits d'autopsie pour mise en culture de <i>Y. pestis</i>.</p> <p>Sang pour les tests sérologiques.</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Faire des prélèvements chez le premier cas suspect de peste. S'il y a plus d'un cas suspect, faire des prélèvements jusqu'à obtention d'échantillons de 5 à 10 cas suspects, avant toute administration d'antibiotiques. Pour les bubons, il est possible d'injecter une petite quantité de solution salée physiologique (1-2 ml) dans le bubon, afin d'obtenir un échantillon adéquat.</p> <p>Si le patient est déjà sous antibiothérapie, la peste peut-être confirmée par la détection d'une augmentation significative du titre d'anticorps dirigés contre l'antigène F1 (titre multiplié par 4 ou plus), entre le sérum de phase aiguë (prélevé dans les 5 jours après le début de la maladie) et le sérum de phase convalescente (2 à 3 semaines après). Cette détection se fait par hémagglutination passive.</p> |

Peste

| | |
|--|--|
| <p>Comment, préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Les prélèvements doivent être réalisés dans des conditions d'asepsie. Les prélèvements destinés à la mise en culture doivent être envoyés au laboratoire en milieu de transport Cary Blair ou congelés (de préférence dans de la carboglace). Les échantillons non préservés doivent parvenir au laboratoire le jour même. ▪ Les prélèvements liquides (ponctions) doivent être absorbés sur un coton-tige stérile qui sera placé dans un milieu de transport Cary-Blair. Réfrigérer. ▪ Si la durée du transport excède 24 heures et que l'on ne dispose pas de milieu de transport Cary Blair, congeler les prélèvements avant de les expédier avec des pains de glace. |
| <p>Résultats</p> | <p>Envoyer les prélèvements destinés à la mise en culture de <i>Y. pestis</i> uniquement à des laboratoires reconnus pour leur expertise en matière de diagnostic de la peste ou à un centre collaborateur de l'OMS pour la peste.</p> <p>Les résultats seront obtenus 3 à 5 jours après la mise en culture au laboratoire.</p> <p>L'antibiothérapie doit commencer avant l'obtention des résultats de la culture.</p> <p>Chez les patients atteints de la peste, les anticorps contre l'antigène F1 de <i>Y. pestis</i> apparaissent 7 à 10 jours après le début de la maladie.</p> |
| <p>Références</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Manuel de la Peste: Epidémiologie, Répartition, Surveillance et Lutte</i>. WHO/CDS/CSR/EDC/99.2 http://www.who.int/csr/resources/publications/plague/whocdscsre992Fa.pdf ▪ "Laboratory Manual of Plague Diagnostic tests." CDC/WHO publication, 2000, Atlanta, GA | |

Pneumonie grave chez les enfants de moins de 5 ans

| |
|--|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Infection des voies respiratoires basses provoquée par des bactéries ou des virus, transmis d'une personne à l'autre par le biais de gouttelettes de sécrétions respiratoires aérosolisées. <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque) et <i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib) sont les principales bactéries responsables des pneumonies chez les enfants.▪ Les infections respiratoires aiguës (IRAs) et la pneumonie représentent la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.▪ La période d'incubation dure généralement moins de 7 jours, selon l'étiologie.▪ L'OMS et l'UNICEF recommandent l'application de la stratégie de Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME) pour réduire la morbidité et la mortalité infantile dues aux pneumonies. Il a été démontré qu'un traitement antimicrobien rapide réduit la mortalité.▪ On observe une résistance croissante du pneumocoque et du Hib aux β-lactamines (ex. : ampicilline), aux sulfamides (ex. : triméthoprime-sulfaméthoxazole) et à d'autres agents antimicrobiens.▪ Des virus, comme le virus syncytial respiratoire (VSR) peuvent également provoquer des IRAs et des pneumonies. |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Identifier au plus tôt les cas et les épidémies de pneumonie à l'aide des définitions cliniques.▪ Assurer le suivi régulier et en période d'épidémie de la résistance antimicrobienne.▪ Réduire l'incidence des cas de pneumonie grave par rapport aux cas de pneumonie simple, ce qui constitue un indicateur de qualité des interventions. |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie :</p> <p>Enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Fréquence respiratoire \geq 50/minute chez l'enfant de 2 mois à 1 an▪ Fréquence respiratoire \geq 40/minute chez l'enfant de 1 à 5 ans. <p>(Remarque : Dans le cadre de la PCIME, un nourrisson de 0 à 2 mois présentant une toux et une respiration rapide est classé comme un cas de "grave infection bactérienne" et orienté sur un examen plus poussé.)</p> <p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie grave :</p> <p>Un enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et tout signe général de danger, ou un tirage sous-costal ou stridor chez l'enfant au repos.</p> <p>Signes généraux de danger chez les enfants de 2 mois à 5 ans : incapacité à boire ou à prendre le sein, vomissements persistants, convulsions, léthargie ou perte de connaissance.</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>La confirmation d'une pneumonie par radiographie ou en laboratoire n'est pas toujours possible dans la plupart des districts.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |

Pneumonie grave chez les enfants de moins de 5 ans

Si le nombre de cas ou de décès augmente sur une période donnée :

- Signaler le problème au niveau supérieur.
- Rechercher les raisons de cette augmentation et identifier le problème.
- Veiller à ce que tous les cas soient pris en charge conformément aux directives de la PCIME.
- Traiter les cas de façon appropriée à l'aide des antimicrobiens recommandés.

Répondre au seuil d'intervention

Si le nombre de cas et de décès double par rapport au nombre habituellement observé pour la même période, les années précédentes :

- Evaluer l'application des directives de la PCIME par les agents de santé pour examiner, classer et traiter les enfants atteints de pneumonie simple et de pneumonie grave.
- Identifier les populations à risque, grâce à l'analyse de la répartition des cas en fonction des caractéristiques temporelles, spatiales et individuelles.
- Eduquer la communauté concernant le moment à partir duquel il faut consulter les services médicaux pour une pneumonie.

Analyser et interpréter les données

Temps : Rechercher, mois par mois, les augmentations inattendues ou inhabituelles. Faire un graphique des cas et des décès par mois. Tracer la courbe épidémique en situation d'épidémie. Incrire les données sur le graphique, mois par mois, et les comparer avec celles des précédentes périodes.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.

Caractéristiques individuelles : Dénombrer, chaque mois, les cas de pneumonie simple et de pneumonie grave. Dénombrer les décès dus aux pneumonies. Analyser la répartition en fonction de l'âge.

Confirmation en laboratoire

La surveillance ne nécessite pas confirmation systématique en laboratoire.

Référence

- *Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance.* Organisation mondiale de la santé. WHO/CDR/95.14.1 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_FCH_CAH_00.12_fre.pdf

Poliomyélite (Paralysie flasque aiguë)

Présentation

Poliomyélite (Paralysie flasque aiguë)

- Les poliovirus (genre Enterovirus) de sérotypes 1, 2 et 3 sont transmis d'un individu à l'autre par voie oro-fécale.
- La période d'incubation dure de 7 à 14 jours pour les cas paralytiques et varie de 3 à 35 jours environ. Les personnes immunodéprimées peuvent excréter le virus pendant plusieurs années.
- Généralement asymptomatique, l'infection peut cependant provoquer un syndrome fébrile avec ou sans méningite. Moins de 5% des infections se soldent par une paralysie, souvent d'une seule jambe.
- L'infection touche presque exclusivement les enfants. L'infection peut se produire avec n'importe lequel des 3 sérotypes de poliovirus. L'immunité est spécifique du type sérologique et dure toute la vie.
- Bien qu'elle ne soit pas mortelle, la poliomyélite paralytique a des conséquences sociales et économiques dévastatrices pour les individus affectés.
- Le Programme d'éradication de la polio a pratiquement interrompu la transmission du poliovirus sauvage dans le monde, grâce à l'utilisation du vaccin antipoliomyélitique oral (VPO). Au plan mondial, le poliovirus type 2 semble avoir été éliminé. Les sérotypes 1 et 3 circulent encore dans plusieurs pays africains et la surveillance n'est pas encore suffisante pour assurer l'éradication dans de nombreux pays.
- Les régions à faible couverture vaccinale pourraient permettre la transmission actuelle du poliovirus sauvage.
- D'autres maladies neurologiques peuvent être à l'origine d'une paralysie flasque aiguë (PFA), par exemple le syndrome de Guillain-Barré et la myélite transverse.

But de la surveillance

- Notifier immédiatement chaque cas de poliomyélite. Faire une notification récapitulative hebdomadaire des cas pour la surveillance de routine et pendant les épidémies.
- Détecter les cas de PFA et obtenir confirmation par le laboratoire de l'étiologie de tous les cas suspects de PFA. Obtenir au moins 2 échantillons de selles dans les 14 jours qui suivent le début de la paralysie pour l'isolement du virus.
- La surveillance des PFA sert à détecter tous les cas véritables de poliomyélite paralytique. L'objectif de performance de la surveillance, permettant de certifier l'éradication de la polio, a été fixé à 1 cas de PFA par an pour 100 000 personnes de moins de 15 ans.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Tout enfant de moins de 15 ans présentant une PFA ou toute personne souffrant de paralysie, quel que soit son âge, chez laquelle le médecin soupçonne une poliomyélite.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par l'isolement du virus dans les selles

Répondre au seuil d'alerte

Poliomyélite (Paralysie flasque aiguë)

| | |
|---|---|
| S'il y a un seul cas suspect : | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier immédiatement le cas suspect suivant les directives du programme national d'éradication de la polio. ▪ Faire des investigations sur chaque cas. Tenir compte des antécédents de vaccination du patient. ▪ Recueillir deux échantillons de selle. Recueillir un premier échantillon lors des investigations sur le cas. Recueillir un deuxième échantillon du même patient, 24 à 48 heures plus tard. Voir les directives de laboratoire pour les détails concernant la préparation, la conservation et le transport des prélèvements. ▪ Obtenir les données virologiques du laboratoire de référence pour confirmer une poliomyélite causée par un poliovirus sauvage ou dérivé de souches vaccinales. | |
| Répondre au seuil d'intervention | |
| Si un cas est confirmé: | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Si un poliovirus sauvage a été isolé des prélèvements de selles, consulter les directives du programme national d'éradication de la polio pour prendre connaissance des mesures recommandées. Le niveau national décidera des actions à entreprendre qui pourront inclure : <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'identification des raisons pour lesquelles chaque cas non vacciné n'a pas bénéficié de la vaccination, et remédier ensuite aux défaillances ainsi repérées. ▪ L'organisation immédiate de campagnes de "ratissage" dans le voisinage du cas. ▪ Des enquêtes pour identifier les régions à faible couverture VPO dans le cadre des activités de routine du PEV, et améliorer la couverture vaccinale systématique avec le VPO et d'autres antigènes du PEV. ▪ L'organisation de campagnes de vaccination supplémentaires à l'occasion des journées nationales de vaccination (JNV) ou des journées locales de vaccination (JLV). Concentrer les activités de vaccination supplémentaires dans les régions à faible couverture vaccinale. Envisager le recours aux équipes de vaccination « porte à porte » dans certaines localités. | |
| Analyser et interpréter les données | |
| Temps : | Etablir un graphique des cas par mois (lequel devrait montrer l'absence ou la rareté des cas par zone géographique, sur l'année) ou par semaine, en situation d'épidémie. Calculer le pourcentage de cas suspects notifiés dans les 48 heures et le pourcentage de cas suspects confirmés en laboratoire. |
| Lieu : | Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas. Enquêter de façon approfondie sur les circonstances de transmission du poliovirus dans chaque cas. Examiner la possibilité d'autres zones potentielles de transmission. |
| Caractéristiques individuelles : Faire le décompte mensuel des cas réguliers et des cas liés aux épidémies. Analyser leur répartition selon l'âge. Evaluer les facteurs de risque de faible couverture vaccinale. | |
| Confirmation en laboratoire | |
| Tests diagnostiques | Isolement du poliovirus à partir des selles. |

Poliomyélite (Paralysie flasque aiguë)

| | |
|--|--|
| Prélèvements | <p>Selles.</p> <p><i>Remarque : si aucun échantillon de selles n'a été recueilli, réexaminer le patient au bout de 60 jours pour confirmer le diagnostic clinique de polio (PFA).</i></p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Recueillir un échantillon de selles de chaque cas suspect de PFA.</p> <p>Recueillir le premier échantillon de selles au cours de l'investigation du cas.</p> <p>Recueillir un deuxième échantillon de selles du même patient, 24 à 48 heures plus tard.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Placer le prélèvement de selles dans un récipient propre, étanche et correctement étiqueté. ▪ Le placer immédiatement au réfrigérateur ou dans une glacière ne servant pas au stockage de vaccins ou de médicaments. ▪ Acheminer le prélèvement de façon à ce qu'il parvienne au laboratoire polio désigné dans un délai de 72 heures. <p>S'il n'est pas possible d'acheminer le prélèvement dans un délai de 72 heures, le congeler à -20°C ou à des températures plus basses et l'expédier dans de la carboglace ou avec des pains de glace congelés aux mêmes températures.</p> |
| Résultats | <p>Les résultats sont généralement disponibles au bout de 21 jours, après réception de l'échantillon au laboratoire.</p> <p>En cas de détection d'un poliovirus sauvage ou dérivé d'une souche vaccinale, le programme national décidera des mesures de riposte appropriées.</p> |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication.</i> Organisation mondiale de la Santé. ▪ Plan d'action mondial de l'OMS pour le confinement des poliovirus sauvages en laboratoire. WHO/V&B/99.32, Genève, 1999 http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF00/www500.pdf ▪ Manual for the virological investigation of polio, WHO/ EPI/GEN/97.01, Genève, 2004 ▪ Supplement to the Manual for the virological investigation of Polio- WHO/EPI 2007 | |

Rage

Présentation

- La rage est une zoonose (maladie transmise à l'homme par les animaux) virale. Le virus de la rage infecte les animaux domestiques et sauvages et se transmet à l'homme par contact avec la salive d'animaux infectés (lors de morsures ou d'égratignures).
- Le virus de la rage infecte le système nerveux central, provoquant une inflammation de l'encéphale, mortelle. Chez l'homme, la maladie se manifeste au départ par de la fièvre, des céphalées, un état de malaise ou de faiblesse généralisé. Avec l'évolution de la maladie, d'autres symptômes apparaissent : insomnie, anxiété, confusion, paralysie légère ou partielle, excitation, hallucinations, salivation excessive, difficulté à déglutir et hydrophobie.
- Chez les personnes non vaccinées, la rage est presque toujours mortelle en l'absence de prophylaxie post-exposition administrée avant l'apparition des symptômes. La mort intervient généralement dans les jours qui suivent l'apparition des symptômes neurologiques.
- Les chiens sont responsables de la plupart des cas mortels de rage humaine (environ 97%) dans le monde. Ils sont le principal vecteur du virus, en Afrique.
- Selon les estimations de l'OMS, environ 55 000 personnes meurent chaque année de la rage dans le monde, dont 24 000 en Afrique.
- Les personnes les plus exposées à la rage sont celles qui vivent en milieu rural. La rage canine touche surtout les enfants de moins de 15 ans. Ces derniers représentent environ 30% à 60% des victimes de morsures de chien (principal mode de transmission du virus). Ils jouent souvent avec des animaux et ne signalent pas forcément des morsures ou des égratignures.
- La lutte contre la rage canine et l'accès à une prophylaxie post-exposition peuvent considérablement alléger le fardeau de la rage dans les populations humaines.
- Il est essentiel de disposer de tests diagnostiques rapides et précis de la rage chez l'homme et les animaux, pour pouvoir administrer à temps une prophylaxie post-exposition. En l'espace de quelques heures, un test diagnostique de laboratoire peut déterminer si un animal a la rage ou non, et renseigner le personnel médical.

But de la surveillance

- Détecter rapidement les cas et les épidémies de rage et réagir sans délai et de façon appropriée.
- Identifier les zones à risque.
- Estimer la charge que représente la rage.
- Notifier immédiatement les cas et faire des notifications récapitulatives mensuelles systématiques.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Toute personne ayant été en contact avec un animal suspecté enragé et présentant au moins l'un des signes suivants : céphalées, douleurs cervicales, nausées, fièvre, hydrophobie, anxiété, agitation, sensations de picotement anormales ou douleurs à un site de morsure.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par le laboratoire

Action de santé publique

S'il y a un seul cas :

- Prophylaxie post-exposition pour éviter la maladie.
- Isolement du patient si la rage se manifeste, afin d'éviter la contamination d'autres personnes.

Rage

- Vaccination des contacts du patient si la maladie se manifeste.
- Vaccination des populations canines et félines locales pour prévenir les épidémies.

Mesures préventives générales:

- Sensibilisation de la communauté à la rage.
- Campagnes de vaccination des animaux domestiques et sauvages dans les zones à risque.
- Maintien d'une surveillance active de la rage chez les animaux.

Analyser et interpréter les données

Temps : Etablir un graphique du nombre de cas par mois.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas et des lieux d'exposition à des animaux.

Caractéristiques individuelles : Analyser la répartition des cas en fonction de l'âge, de l'exposition à des animaux et des circonstances de l'infection. Evaluer les facteurs de risque pour améliorer la lutte antirabique.

Confirmation en laboratoire

| | |
|--|---|
| Tests diagnostiques | <p>Détection des antigènes du virus de la rage par immunofluorescence (IF) directe dans les prélèvements cliniques, de préférence du tissu cérébral (prélevé post-mortem)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détection des antigènes viraux par IF sur des biopsies cutanées ou des biopsies de la cornée (prélevées intra vitam). ▪ IF positive après inoculation de tissu cérébral, de salive ou de LCR dans des cultures cellulaires, des souris ou des souriceaux. ▪ Titre d'anticorps antirabiques neutralisants détectable dans le LCR d'une personne non vaccinée. ▪ Identification des antigènes viraux par PCR sur des tissus fixés prélevés post-mortem ou dans un prélèvement clinique (tissu cérébral, peau, cornée ou salive). ▪ Isolement du virus de la rage à partir de prélèvements cliniques et confirmation de la présence d'antigènes viraux par IF directe. |
| Prélèvements | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tissu cérébral (prélevé post-mortem) ▪ Biopsie cutanée (généralement prélevée sur la nuque) ▪ Cornée ▪ Salive ▪ LCR ▪ Tête de l'animal présumé enragé (chien) |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Dès qu'une personne est mordue par un animal domestique qui semble malade ou par un animal sauvage.</p> <p>Immédiatement après la morsure, il n'existe aucun test permettant de savoir si le virus de la rage a été transmis à la personne. L'animal doit donc être examiné pour déterminer si la personne mordue doit recevoir ou non un traitement. Si possible, tout animal sauvage qui a mordu quelqu'un doit être abattu afin de pouvoir examiner son cerveau.</p> |

Rage

| | |
|---|---|
| | <p>Si une personne ayant été mordue par un animal devient de plus en plus confuse et agitée ou si elle manifeste des signes de paralysie, le diagnostic est probablement celui de la rage. A ce stade, des tests permettent de détecter le virus de la rage.</p> <p>Prélèvements post-mortem : dans les 4 à 6 heures qui suivent le décès du patient.</p> <p>Dès que l'animal présumé enragé meurt ou est abattu.</p> |
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>Appliquer les consignes de sécurité lors de la manipulation du virus de la rage, afin d'éviter tout risque d'infection.</p> <p>Décapiter l'animal présumé enragé, envelopper la tête complètement de façon à ce que le sang ne suinte pas. Quand c'est possible, se faire assister d'un vétérinaire pour effectuer cette tâche.</p> <p>Les échantillons doivent être envoyés à un laboratoire de référence pour le virus de la rage.</p> |
| <p>Résultats</p> | <p>Le traitement post-exposition doit être administré sans attendre les résultats du diagnostic de laboratoire, d'autant que ce dernier peut être retardé pour toute une série de raisons. Le laboratoire de référence donne des résultats sous 1 à 2 jours.</p> |
| <p>Références</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf ▪ Laboratory techniques in rabies, 4ième édition, OMS, édité par F.-X. Meslin and all ▪ Organisation mondiale de la santé, Rage, Aide-mémoire No 99 http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs099/fr/index.html ▪ Council of State and Territorial Epidemiologists (CSTE). National Surveillance for Human Rabies. CSTE position statement 09-ID-70. Atlanta: CSTE; Juin 2009. http://www.cste.org. ▪ Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Human Rabies Prevention — United States, 2008: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices. MMWR 2008; 57(RR03):1–26, 28. http://www.cdc.gov/mmwr/ ▪ Bleck TP, Rupprecht CE. Chapter 160 – Rhabdoviruses. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. Principles and Practice of Infectious Diseases, 6ième édition. Philadelphie: Churchill Livingstone; 2005. | |

Rougeole

Présentation

- La rougeole est une maladie éruptive fébrile, due à un virus de la famille des *Paramyxoviridae* (*Morbillivirus*) qui se transmet par voie aérienne, d'une personne à l'autre, par les gouttelettes respiratoires en suspension dans l'air. Dans de nombreux pays africains, la rougeole est la quatrième cause majeure de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans.
- La période d'incubation dure de 7 à 18 jours, entre l'exposition et l'apparition de la fièvre.
- Chez les enfants souffrant de malnutrition et d'une déficience en vitamine A, l'infection par le virus de la rougeole peut provoquer une maladie grave due au virus lui-même et aux surinfections bactériennes, en particulier la pneumonie ; les cas graves sont une minorité.
- La rougeole est l'une des maladies humaines les plus contagieuses. D'importantes épidémies se déclarent chaque année dans les régions où la couverture vaccinale est faible et où il y a une forte concentration de personnes n'ayant jamais été infectées ou vaccinées. L'incidence réelle de la rougeole est de loin supérieure aux cas notifiés.
- Les facteurs de risque incluent notamment la faible couverture vaccinale (<85 à 90%) qui permet la concentration d'un grand nombre de personnes fortement susceptibles de contracter la rougeole. Les épidémies de rougeole peuvent être explosives dans les régions à forte densité démographique.
- D'autres maladies virales, comme la rubéole, peuvent contribuer ou provoquer des épidémies similaires à celles de la rougeole.

But de la surveillance

- Détecter rapidement les flambées de maladie éruptive fébrile :

Dans les pays qui se sont fixés pour objectif d'éliminer la rougeole : Notification immédiate, au cas par cas, des cas suspects de maladie éruptive fébrile et des décès imputables à une maladie éruptive fébrile ; confirmation par le laboratoire (généralement, sérologie IgM) de tous les cas suspects.

Dans les pays dotés de programmes de lutte accélérée contre la rougeole : Notification récapitulative des cas et des décès pour la surveillance de routine et les flambées épidémiques ; confirmation par le laboratoire (généralement, sérologie IgM) des 5 premiers cas suspects de rougeole examinés chaque semaine dans une structure de soins.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Toute personne présentant de la fièvre, une éruption généralisée maculopapulaire (non vésiculaire) et de la toux ou un rhume ou une conjonctivite (yeux rouges), ou toute personne chez laquelle un médecin soupçonne une rougeole.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.

Répondre au seuil d'alerte

Rougeole

| | |
|--|--|
| <p>S'il y a présomption d'épidémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier le cas suspect au niveau supérieur. ▪ Effectuer des prélèvements sanguins pour confirmer l'épidémie. ▪ Traiter les cas avec des sels de réhydratation orale, de la vitamine A et des antibiotiques pour prévenir les sur-infections bactériennes. Si possible, prendre des précautions aériennes. ▪ Enquêter sur le cas ou l'épidémie pour en identifier les causes. | |
| <p>Répondre au seuil d'intervention</p> | |
| <p>S'il y a confirmation d'épidémie :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Améliorer la couverture vaccinale systématique dans le cadre du PEV, et organiser des activités de vaccination supplémentaires dans les zones à faible couverture vaccinale. ▪ Mobiliser au plus tôt la communauté pour permettre la détection et le traitement rapides des cas. | |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> <p>Temps : Etablir le graphique des cas et des décès hebdomadaires. Tracer la courbe épidémique des cas liés aux épidémies.</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Faire le total des cas et analyser leur répartition en fonction de la tranche d'âge et du statut vaccinal.</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| Tests diagnostiques | Recherche d'IgM dirigés contre le virus de la rougeole. |
| Prélèvements | Sérum Sang total |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Prélever entre le 3^{ème} et le 28^{ème} jour après le début de l'éruption.</p> <p>Faire des prélèvements sanguins chez les 5 premiers cas suspects de rougeole, quand le nombre de cas dépasse le seuil épidémique de la rougeole (généralement, plus de 5 cas par mois, dans un district).</p> <p>Dans les pays qui se sont fixés pour objectif l'élimination de la rougeole :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Faire un prélèvement pour chaque cas suspect de rougeole. ▪ Prélever un échantillon de sérum pour la recherche d'anticorps, à la première occasion ou dès la première consultation dans la formation sanitaire. |

Rougeole

| | |
|--|---|
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chez les enfants, prélever 1 à 5 ml de sang veineux, selon la taille de l'enfant. Effectuer le prélèvement dans un tube à essai, un tube capillaire ou un microréceptif. ▪ Eviter de secouer les prélèvements sanguins avant que le sérum ait été séparé. ▪ Séparer le serum des globules rouges. Laisser le caillot sanguin se rétracter à température ambiante pendant 30 à 60 minutes. Centrifuger à 2000 rpm pendant 10-20 minutes et verser le sérum dans un tube en verre propre pour éviter toute prolifération bactérienne. Il n'est pas nécessaire que le tube soit stérile, il suffit qu'il soit propre. ▪ En l'absence de centrifugeuse, mettre l'échantillon au réfrigérateur pour la nuit (4 à 6 heures) jusqu'à ce que le caillot se rétracte. Le lendemain matin, verser le sérum dans un tube propre. ▪ En l'absence de centrifugeuse et de réfrigérateur, incliner l'échantillon pendant 60 minutes (sans qu'il soit secoué). Verser le sérum dans un tube propre. ▪ Conserver les sérums à 4°C pour éviter toute prolifération bactérienne (conservation jusqu'à 7 jours). S'il n'y a pas de possibilité de réfrigération, le sérum pourra être conservé pendant 3 jours minimum, dans un tube propre. ▪ Transporter les échantillons de sérum dans un emballage approprié (porte-vaccins du PEV), réfrigéré entre 4°C et 8°C, afin d'éviter tout risque de casse ou de fuite pendant le transport. ▪ Les échantillons doivent être livrés au laboratoire dans les 3 jours qui suivent leur prélèvement. |
| <p>Résultats</p> | <p>Les résultats sont généralement disponibles au bout d'une semaine.</p> <p>Si 2 cas suspects de rougeole sur 5 sont confirmés par le laboratoire, la flambée épidémique est confirmée.</p> |
| <p>Références</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Using surveillance data and outbreak investigations to strengthen measles immunization programs</i>, Genève, Organisation mondiale de la santé. WHO/EPI/GEN/96.02 ▪ Guide OMS pour la préparation et la riposte aux épidémies de rougeole WHO/CDS/CSR/ISR/99.1 | |

Nouveaux cas de SIDA

Présentation

- Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est une infection qui touche les lymphocytes humains (globules blancs) et d'autres organes. Il est provoqué par un rétrovirus, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Le VIH se transmet d'une personne à une autre, à l'occasion de rapports sexuels non protégés, de piqûres d'aiguilles contaminées, de transfusions sanguines, par voies transplacentaire ou transvaginales, lors de l'allaitement, ou à l'occasion de contact direct avec des liquides biologiques de personnes infectées.
- Le SIDA apparaît dans les derniers stades de l'infection par le VIH, suite à un affaiblissement du système immunitaire, avec des taux réduits de lymphocytes T et une baisse de leur activité. L'atteinte des organes vitaux par le VIH et de nombreuses infections opportunistes aboutissent au décès, si la multiplication virale n'est pas interrompue par des médicaments capables de tuer le virus (thérapie antirétrovirale). Lorsque l'infection évolue vers la maladie, les symptômes sont généralement dus à l'incapacité du système immunitaire à résister aux autres infections dites opportunistes. Il peut s'agir de tuberculose, de pneumonie bactérienne, de septicémie, de candidoses oropharyngées, de diarrhée chronique, d'infections cutanées chroniques, d'herpès récidivant, etc.
- Vingt-quatre millions d'Africains, soit près d'un adulte sur dix entre 15 et 49 ans, vivent avec le VIH/SIDA. L'impact de l'épidémie est déjà mesurable à travers la forte augmentation des taux de morbidité et de mortalité chez les adultes et chez les enfants. Le VIH/SIDA est aujourd'hui la principale cause de mortalité adulte, en Afrique.
- La période d'incubation est d'environ 1 à 3 mois, entre le moment de l'infection et le moment où des anticorps anti-VIH peuvent être détectés par des techniques de laboratoire. Il s'écoule généralement de 7 à 9 ans entre l'infection et l'apparition du SIDA.
- Les populations les plus à risque de contracter le VIH sont les professionnels du sexe souffrant ou non d'autres infections sexuellement transmissibles (IST). Certaines IST pourraient favoriser le risque de transmission du VIH. Les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, les personnes recevant des produits sanguins non testés et les nouveaux-nés de mères porteuses du VIH, représentent également des populations à risque.
- La tuberculose, la leishmaniose viscérale, la trypanosomiase et d'autres infections bactériennes, parasitaires et virales, subaiguës ou chroniques, peuvent provoquer des syndromes similaires.

But de la surveillance

- Mesurer l'impact des interventions contre le VIH/SIDA, en étudiant les tendances de l'incidence et de la prévalence des infections VIH, du SIDA et des IST par le biais de sites sentinelles, d'enquêtes et d'études spéciales (conformément aux directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH/SIDA).
- Estimer la charge du VIH/SIDA dans le district, d'après les informations recueillies auprès des populations sentinelles pour le VIH et comptabiliser chaque nouveau cas de SIDA.
- Surveiller l'épidémiologie locale des IST, en tant que co-facteurs possibles de la transmission du VIH.
- Surveiller l'épidémiologie locale des infections opportunistes, notamment celle de la tuberculose.
- Améliorer le pourcentage de cas suspects de VIH/SIDA confirmés par un test sérologique.
- Améliorer le dépistage du VIH/SIDA.

Définition de cas standardisée

OMS-AFRO conseille aux pays d'utiliser les définitions de cas VIH/SIDA de Bangui ou d'Abidjan. Un test positif ELISA confirmant l'infection VIH, doublé d'un test rapide de confirmation du résultat positif, suffit à définir un cas épidémiologique d'infection par le VIH.

Nouveaux cas de SIDA

| | |
|--|---|
| Actions de santé publique | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Surveiller les IST et les infections opportunistes, notamment la tuberculose, comme co-facteurs possibles de l'infection VIH. ▪ Améliorer le pourcentage de cas suspects de VIH/SIDA confirmés par test sérologique. ▪ Contrôler l'utilisation de préservatifs par les professionnels du sexe. ▪ Dispenser des services de conseils et de dépistage volontaire au niveau local et au niveau du district. ▪ L'utilisation d'antirétroviraux pour le traitement des cas individuels n'est pas encore très répandue dans la plupart des pays africains. Le diagnostic et le traitement rapides des infections opportunistes associées au SIDA peuvent prolonger l'espérance de vie, mais cet aspect n'a pas fait l'objet d'une évaluation générale dans les pays en développement. ▪ Promouvoir l'utilisation des préservatifs, surtout parmi les individus à risque. ▪ Traiter les IST, en particulier la syphilis, le chancre mou et autres ulcérations génitales. ▪ Mobiliser les donneurs de sang bénévoles et rationaliser l'utilisation des dons de sang. ▪ Promouvoir les bonnes pratiques de lutte contre les infections dans les structures de soins du district. ▪ Eduquer les malades et leurs partenaires sexuels, afin qu'ils s'abstiennent de donner du sang, des tissus, du sperme ou du lait maternel. | |
| Analyser et interpréter les données | |
| <p>Temps : Dénombrer les nouveaux cas de SIDA et les notifier mensuellement. Faire l'analyse du nombre de cas confirmés par test sérologique. A la fin de l'année, faire le bilan du nombre total de cas et y incorporer les tendances de la séro-surveillance du VIH, les données de la surveillance des IST et les résultats d'études spéciales (études socio-comportementales, sensibilité aux agents antimicrobiens, etc.)</p> | |
| Confirmation en laboratoire | |
| Tests diagnostiques | <p>Adultes et enfants de 18 mois ou plus : Le diagnostic de l'infection VIH s'appuie sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La recherche positive d'anticorps anti-VIH (test rapide ou ELISA). Le résultat sera confirmé par un second test de recherche d'anticorps anti-VIH (rapide ou ELISA) s'appuyant sur différents antigènes ou différentes techniques opératoires ; <p>ET/OU</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le résultat positif du test virologique de détection du VIH ou de ses constituants [ARN-VIH, ADN-VIH ou antigène p24 du VIH (test ultrasensible)], confirmé par un second test virologique sur un prélèvement séparé. <p>Enfants de moins de 18 mois Le diagnostic de l'infection VIH repose sur le résultat positif du test virologique de détection du VIH ou de ses constituants [ARN-VIH, ADN-VIH ou antigène p24 du VIH (test ultrasensible)], confirmé par un second test virologique sur un échantillon séparé, prélevé plus de 4 semaines après la naissance. La recherche d'anticorps anti-VIH n'est pas recommandée pour le diagnostic définitif ou de confirmation d'une infection VIH chez les enfants de moins de 18 mois.</p> |
| Prélèvements | Sérum |
| Quand réaliser les prélèvements | Réaliser les prélèvements conformément à la stratégie du programme national VIH/SIDA pour l'échantillonnage clinique et épidémiologique. |

Nouveaux cas de SIDA

| | |
|---|---|
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>Utiliser des mesures de précautions universelles pour minimiser tout risque d'exposition aux objets contondants ou aux liquides biologiques.</p> <p><i>ELISA :</i></p> <p>Prélever 10 ml de sang veineux.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Laisser le caillot sanguin se rétracter à température ambiante pendant 30 à 60 minutes ou centrifuger pour séparer le sérum des globules rouges. ▪ Verser aseptiquement le sérum dans des tubes stériles, à capuchon coiffant vissant. ▪ Conserver le sérum à 4°C. <p>Envoyer les échantillons de sérum dans un emballage adéquat pour éviter tout risque de casse ou de fuite</p> |
| Résultats | <p>Les tests VIH sont rigoureusement réglementés et la diffusion de l'information est soumise à des contrôles stricts. Les résultats sont généralement disponibles une semaine après l'arrivée des échantillons au laboratoire.</p> |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance.</i> Geneva. UNAIDS and World Health Organization. WHO/CDS/CSR/EDC/99.3. UNAIDS/99.33E ▪ WHO Case definitions of HIV for surveillance and revised clinical staging and immunological classification of HIV-Related disease in adults and children. ▪ Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf ▪ Directives pour la surveillance de deuxième génération du VIH/SIDA, OMS et ONUSIDA, 2000 WHO/CDC/CSR/EDC/2000.5 http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_CDS_CSR_EDC_2000.5_fre.pdf ▪ Consultation on technical and operational recommendations for clinical laboratory testing harmonization and standardization, Jan 2008, WHO, CDC | |

Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)

| |
|--|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Le Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS) a été reconnu pour la première fois en tant que menace mondiale, en 2003, lorsqu'une propagation internationale de l'infection a provoqué 8 098 cas de SRAS, dont 774 mortels, dans 26 pays.▪ La transmission nosocomiale du SARS-CoV fut une caractéristique frappante de l'épidémie de SRAS.▪ La majorité des cas étaient adultes. Selon des estimations, le taux de létalité du SRAS s'échelonne de 0% à plus de 50%, en fonction de la tranche d'âge affectée et du site de notification, avec un taux brut mondial aux alentours de 9,6%.▪ La période d'incubation dure de 2 à 10 jours, avec une durée moyenne de 5 jours. Les patients commencent par manifester les symptômes d'un prodrome d'allure grippale, avec notamment, de la fièvre, un état de malaise, des myalgies, des céphalées et des raideurs. Une toux (d'abord sèche), une dyspnée et des diarrhées peuvent parfois se manifester dès la première semaine, mais ces symptômes sont plus fréquents pendant la deuxième semaine de la maladie. Les cas graves souffrent rapidement de détresse respiratoire progressive. Plus de 70% des patients souffrent de diarrhées.▪ La transmission a lieu essentiellement au cours de la deuxième semaine de la maladie.▪ Le coronavirus responsable du SRAS (SARS-CoV) serait un virus animal qui aurait récemment franchi la barrière de l'espèce pour infecter l'homme.▪ En période inter-épidémique, tous les pays doivent rester vigilants dans l'éventualité d'une récurrence du SRAS et maintenir leur capacité à détecter et à riposter à une éventuelle réémergence du SRAS.▪ Notification immédiate à l'OMS exigée par le RSI (Annexe 2, RSI). |
| But de la surveillance |
| Détection précoce et investigation des individus présentant les symptômes cliniques d'une infection par le SARS-CoV. |
| Définition de cas standardisée |

Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)

Cas suspect de SRAS :

Toute personne présentant:

1. Un antécédent de poussée fébrile, ou une fièvre documentée ≥ 38 °CET
2. Au moins un symptôme d'affection des voies respiratoires inférieures (toux, difficulté à respirer, souffle court) **ET**
3. Présence à la radiographie thoracique d'infiltrations pulmonaires compatibles avec une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA), ou résultats d'autopsie compatibles avec une pneumonie ou un SDRA sans cause identifiable **ET**
4. Aucun autre diagnostic ne permet d'expliquer totalement la maladie.

Cas confirmé de SRAS :

Personne ayant des résultats positifs pour l'infection à coronavirus (SARS-CoV) avec les tests recommandés par l'OMS.

Répondre au cas suspect

- Notifier immédiatement aux autorités compétentes l'information relative au cas.
- Appliquer immédiatement les mesures de lutte contre l'infection pour les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique/pandémique (Précautions Standard plus Contact plus Gouttelettes) et renforcer les Précautions standard dans tout l'environnement médical.
- Traiter et prendre en charge le patient, conformément aux directives nationales.
- Effectuer des prélèvements chez le patient-cas et ses contacts asymptomatiques et faire faire des analyses de laboratoire.
- Examiner les antécédents médicaux et d'exposition du patient, pendant la semaine précédant l'apparition de la maladie.
- Identifier et suivre les contacts proches du patient-cas.
- Rechercher activement les cas supplémentaires.
- Accélérer le processus de diagnostic. (*L'OMS apportera son assistance à l'investigation des alertes de SRAS, le cas échéant, en facilitant notamment l'accès aux services de laboratoire.*)

Répondre au seuil d'alerte

La réponse à une alerte au SRAS est identique à la réponse au cas suspect (voir ci-dessus).

ALERTE AU SRAS :

- 1) **Un individu** présentant des signes cliniques de SRAS **ET** un risque épidémiologique d'infection par le SARS-CoV dans les 10 jours précédant l'apparition des symptômes **OU**
- 2) **Deux agents de santé ou plus** présentant des signes cliniques de SRAS dans la même unité de soins et dont l'apparition des symptômes s'est produit sur un même laps de temps d'une dizaine de jours **OU**
- 3) **Trois personnes ou plus** (agents de santé et/ou patients et/ou visiteurs) présentant des signes cliniques de SRAS, avec apparition des symptômes sur un même laps de temps d'une dizaine de jours, et ayant un lien épidémiologique avec la formation sanitaire.

Analyser et interpréter les données

Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)

| | |
|---|---|
| <p>Temps : Faire un graphique des cas et des décès quotidiens/hebdomadaires/mensuels. Tracer une courbe épidémique pendant les épidémies.</p> <p>Lieu : Cartographier précisément l'emplacement des lieux d'habitation et de travail des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement, au cas par cas, l'information relative aux cas et aux décès. Durant l'épidémie, compter et notifier le nombre de cas et de décès Analyser leur répartition en fonction de l'âge et du sexe. Evaluer immédiatement les facteurs de risque.</p> | |
| <p>Confirmation par le laboratoire</p> | |
| <p>Tests diagnostiques</p> | <p>Confirmation de la présence du SRAS-CoV par PCR :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Au moins 2 prélèvements cliniques différents (par exemple, prélèvement rhinopharyngé et selles) OU ▪ Même type de prélèvement récolté sur 2 jours ou plus, au cours de la maladie (par exemple, 2 aspirats rhinopharyngés successifs ou plus) OU ▪ Nouvel extrait du prélèvement clinique original testé positif par 2 dosages différents ou en répétant la PCR à chaque fois. <p>ELISA ou Immunofluorescence pour la recherche d'anticorps :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recherche d'anticorps négative sur le sérum de phase aiguë, suivi d'une recherche positive sur le sérum de phase convalescente OU ▪ Multiplication par au moins 4 du titre d'anticorps entre le sérum de phase aiguë et le sérum de phase convalescente testés simultanément. <p>Isolement du virus :</p> <p>Isolement du SARS-Cov sur cultures cellulaires à partir de n'importe quel prélèvement ; plus confirmation par un test PCR réalisé selon une méthode validée.</p> |
| <p>Prélèvements</p> | <p>Lavage/aspiration rhinopharyngé : prélèvement de choix pour les virus respiratoires.</p> <p>Ecouvillonnages rhinopharyngés ou oropharyngés</p> <p>Selles</p> <p>Sérum</p> |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | <p>Les prélèvements de l'appareil respiratoire peuvent être effectués à tout moment, mais la phase aiguë de la maladie constitue le meilleur moment.</p> <p>Pour les échantillons sanguins appariés, le moment du prélèvement est très important.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prélever un échantillon de phase aiguë à l'occasion du premier contact avec le patient, puis au 7^{ième}, 14^{ième}, 28^{ième} et 90^{ième} jour après l'apparition des symptômes, quand c'est possible. ▪ Faire un prélèvement après guérison, si le prélèvement de phase convalescente n'est pas possible. |

Syndrome Respiratoire Aigu Sévère (SRAS)

| | |
|--|---|
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Il convient de manipuler les prélèvements cliniques de SRAS en respectant les pratiques de sécurité biologique appropriées, pour éviter toute contamination dans le laboratoire et la propagation de la maladie aux contacts proches. ▪ Les prélèvements cliniques sur le patient devront être effectués par un personnel qualifié. <p>Lavage/aspirat rhinopharyngé : patient en position assise, tête légèrement inclinée en arrière. Instiller 1,5 ml de solution stérile saline non bactériostatique (pH 7,0) dans l'une des narines. Rincer un tuyau ou un cathéter en plastique (tube extracteur de mucus, par exemple) avec 2-3 ml de solution saline. Insérer le tuyau dans la narine parallèlement au palais. Aspirer les sécrétions rhinopharyngées. Répéter l'opération sur l'autre narine. Recueillir les prélèvements dans un tube stérile ou dans le tube extracteur de mucus. Retirer les tuyaux et s'en débarrasser dans leur emballage plastique.</p> <p>Écouvillonnages rhinopharyngés ou oropharyngés : utiliser uniquement des écouvillons stérile en Dacron ou rayonne avec tige en plastique. Placer immédiatement chaque écouvillon dans un tube contenant un milieu de transport viral.</p> <p>Prélèvement de sérum : Prélever 5 à 10 ml de sang total dans un tube séparateur de sérum. Laisser coaguler le sang.</p> <p>Prélèvements respiratoires /selles /sang/sérum : réfrigérer immédiatement (4°C). Si le transport/envoi se fait à l'international ou plus de 5 jours après le prélèvement du dernier échantillon, congeler les échantillons à -20 °C (sérum), -20/-70 °C (prélèvements respiratoires) et les expédier si possible dans de la carboglace.</p> <p>Tissus des principaux organes (fixés dans le formol). Conserver et expédier à température ambiante les tissus fixés.</p> |
| <p>Résultats</p> | <p>Les services diagnostiques du SRAS ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement prévoir des arrangements. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS. En cas de forte suspicion de SRAS, l'OMS aidera les pays à contacter un laboratoire de référence, si nécessaire.</p> |
| <p>Références</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ WHO Guidelines for the Global Surveillance of SARS, Updated Recommendations, Octobre 2004 ▪ Prévenir et combattre les maladies respiratoires aiguës à tendance épidémique ou pandémique dans le cadre des soins. Remonmandations provisoires de l'OMS, juin 2007 http://www.who.int/csr/resources/publications/CDS_EPR_2007_6frw.pdf ▪ Recours aux méthodes de laboratoire pour le diagnostic de SRAS, OMS http://www.who.int/csr/sars/labmethodsfr/en/ ▪ Directives OMS de sécurité biologique pour la prise en charge des échantillons de SRAS http://www.who.int/csr/sars/specimens/en/ ▪ A practical Guide for SARS laboratories: from samples collection to shipment. WHO, 29 Dec 2003. | |

Tétanos néonatal

| |
|--|
| Présentation |
| <ul style="list-style-type: none">▪ La maladie est provoquée par une toxine neurotrope, élaborée par <i>Clostridium tetani</i>, bactérie anaérobie sporulée vivant dans le sol. La maladie est contractée lorsque des spores pénètrent dans l'organisme à travers une blessure (injections, section du cordon ombilical) ou des lésions cutanées.▪ Bien que les adultes puissent être touchés, le tétanos affecte surtout les nouveau-nés. Dans les pays où la couverture vaccinale maternelle contre le tétanos s'est améliorée, les taux de tétanos néonatal ont diminué de façon spectaculaire. Par conséquent, de nombreux pays africains se sont fixé pour cible l'élimination du tétanos.▪ La période d'incubation dure de 3 à 21 jours, avec une moyenne de 6 jours environ.▪ Facteurs de risque : au moment de la naissance, section du cordon ombilical pratiquée dans de mauvaises conditions d'hygiène ; absence d'anticorps protecteur chez les mères n'ayant pas été correctement vaccinées. |
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none">▪ Détecter immédiatement les cas de tétanos néonatal pour obtenir leur confirmation et éviter des cas supplémentaires, en vaccinant au moins les femmes enceintes résidant dans le voisinage du cas confirmé.▪ Identifier les zones géographiques à risque et y organiser des campagnes de vaccination contre le tétanos à l'intention des femmes en âge de procréer. |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect :</p> <p>Tout nouveau-né capable de pleurer et de prendre le sein normalement pendant les 2 premiers jours de sa vie, et qui, entre le 3^{ème} et 28^{ème} jour, ne peut plus têter normalement, devient raide et/ou a des convulsions.</p> <p>Cas confirmé :</p> <p>Aucune confirmation en laboratoire n'est conseillée.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |
| <p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Notifier immédiatement au niveau supérieur l'information relative au cas.▪ Faire des investigations afin d'identifier le risque de transmission.▪ Traiter et prendre en charge les cas, conformément aux recommandations nationales, en dispensant généralement des soins de support, si possible, dans une unité de soins intensifs. Les mesures d'isolement ne sont pas nécessaires. |
| Répondre au seuil d'intervention |

Tétanos néonatal

S'il y a un cas confirmé après investigation :

- Vacciner la mère du cas et les autres femmes enceintes vivant dans la même localité, avec au moins 2 doses d'anatoxine tétanique.
- Organiser dans la localité des activités de vaccination supplémentaires à l'intention de toutes les femmes en âge de procréer.
- Améliorer la couverture vaccinale systématique dans le cadre du PEV et des activités du programme de vaccination maternelle.
- Eduquer les accoucheuses et les femmes en âge de procréer sur l'importance de bonnes conditions d'hygiène, lors de la section et des soins du cordon ombilical. Multiplier le nombre d'accoucheuses compétentes.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire un graphique des cas et des décès mensuels. Permet de se situer par rapport à l'objectif fixé pour l'élimination de la maladie dans chaque district.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation où des cas se sont déclarés et la localisation des accoucheuses.

Caractéristiques individuelles : Dénombrer les cas et les décès mensuels. Analyser chaque cas de tétanos néonatal en fonction des pratiques de soins du cordon ombilical.

Confirmation en laboratoire

La confirmation en laboratoire n'est pas nécessaire.

Référence

Manuel d'application pratique pour l'élimination du tétanos néonatal. Genève, Organisation mondiale de la Santé.
WHO/V&B/99.14 http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_V&B_99.14_fre.pdf

Trachome

| |
|---|
| <p>Présentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Le trachome est la principale cause de cécité évitable dans le monde. Il est dû à l'infection par la bactérie <i>Chlamydia trachomatis</i>. Il est possible aussi bien de traiter le trachome que de le prévenir. ▪ L'infection débute souvent durant la petite enfance et peut devenir chronique. Si elle n'est pas traitée, l'infection peut causer une bascule du bord de la paupière vers l'intérieur de l'œil ; de ce fait, les cils frottent sur l'œil, ce qui entraîne une douleur intense et la formation de cicatrices sur la cornée, aboutissant finalement à une cécité irréversible, généralement entre 30 et 40 ans. ▪ Le trachome se transmet par contact personnel direct avec les sécrétions oculaires de la personne infectée, quand on partage des serviettes ou des vêtements, et par les mouches qui se sont posées sur les yeux ou le nez de personnes infectées. ▪ L'OMS estime à 6 millions environ le nombre annuel de cas de cécité dus au trachome et à 11 millions le nombre annuel de cas de trachomes dans le monde. La prévalence de maladie active chez les enfants varie de 10% à 14% dans certains pays africains. ▪ L'infection concerne en premier lieu les jeunes enfants, la cécité survenant plus tard dans la vie. Le risque de souffrir de trichiasis, l'inflexion des cils vers l'œil qui peut entraîner la cécité, est trois fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes. Le risque de trachome est associé au manque d'hygiène, à l'absence de latrines, au manque de sources d'eau propre et à la présence de mouches. ▪ La prévention primaire de cette infection passe par l'amélioration des conditions sanitaires, la réduction des sites de ponte des mouches et le nettoyage du visage des enfants (avec de l'eau propre). La formation de cicatrices sur la cornée et l'évolution vers la cécité peuvent être inversées par un geste chirurgical simple, réalisable sur place, et qui consiste à renverser les cils. |
| <p>But de la surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Prévention de la cécité par la détection précoce. ▪ Identification des zones à haut risque et des tendances épidémiologiques. ▪ Estimation du poids de la maladie. ▪ Surveillance des programmes de lutte contre la maladie. |
| <p>Définition de cas standardisée</p> <p>Cas suspect : Tout patient ayant les yeux rouges et se plaignant de douleurs et de démangeaisons oculaires.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect chez qui l'examen des yeux confirme un des stades de l'infection par <i>Chlamydia trachomatis</i> d'après le Système OMS de Codage simplifié du Trachome</p> |
| <p>Intervention de santé publique recommandée</p> <p>Pour lutter contre le trachome, l'Organisation mondiale de la santé a élaboré une stratégie comportant un ensemble d'interventions, connue sous l'acronyme CHANCE : Chirurgie, Antibiotiques, Nettoyage du visage, Changement Environnemental</p> <p>La lutte efficace contre le trachome comporte quatre composantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Chirurgie des cils pour ceux dont le risque de cécité immédiate est élevé. ▪ Antibiotiques pour traiter le trachome et réduire le réservoir d'infection dans la communauté. ▪ Promotion du nettoyage du visage et d'une meilleure hygiène pour réduire la transmission. ▪ Amélioration de l'environnement, notamment l'approvisionnement en eau et l'assainissement des habitations. |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> |

Trachome

| | |
|--|---|
| <p>Temps : Suivre l'évolution de l'épidémiologie dans le temps.</p> <p>Lieu : Cartographier les lieux d'habitation des cas et analyser leur distribution.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Analyser la distribution des cas en fonction de l'âge et autres facteurs démographiques.</p> | |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> | |
| <p>La confirmation systématique en laboratoire n'est pas nécessaire pour la surveillance</p> | |
| <p>Tests diagnostiques</p> | <p>Détection de l'antigène spécifique. Recherche de séquences génomiques et techniques de culture tissulaire. Occasionnellement, examen microscopique direct, dans les cellules épithéliales des frottis colorés au Giemsa ou à l'iode</p> |
| <p>Prélèvements</p> | <p>Echantillons conjonctivaux</p> |
| <p>Quand réaliser les prélèvements</p> | |
| <p>Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements</p> | <p>Après avoir anesthésié la conjonctive avec des gouttes oculaires anesthésiques, éliminer les sécrétions à l'aide d'un papier filtre et, avec une spatule à bout fin et émoussé, gratter l'ensemble de la conjonctive. Etaler l'échantillon sur une lame, laisser sécher à l'air et dès que la préparation est sèche, fixer au méthanol pendant 2-3 minutes si on doit colorer la préparation au Giemsa ;</p> |
| <p>Résultats</p> | <p>En dehors des laboratoires spécialisés, la plupart des infections oculaires sont diagnostiquées cliniquement ou immunologiquement.</p> |
| <p>Références</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ WHO Trachoma Page OMS – Page dédiée au trachome http://www.who.int/topics/trachoma/fr/index.html ▪ Organisation mondiale de la Santé. Lutte contre le trachome : Guide pour les gestionnaires de programmes. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2006. http://www.who.int/blindness/publications/9241546905/fr/index.html ▪ Organisation mondiale de la Santé. L'appui communautaire en faveur de la lutte contre le trachome. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993. http://www.who.int/blindness/publications/WHO_PBL_93_36/fr/index.html ▪ Organisation mondiale de la Santé. Prise en charge du trachome à l'échelon des soins de santé primaires. Genève, Organisation mondiale de la Santé, 1993. http://www.who.int/blindness/publications/WHO_PBL_93_33/fr/index.html ▪ Organisation mondiale de la santé. Protocole d'enquête épidémiologique du trachome. Genève, organisation mondiale de la Santé, 1993. ▪ CDC Trachome http://www.cdc.gov/healthywater/hygiene/disease/trachoma.html ▪ The Carter Center http://www.cartercenter.org/health/trachoma/index.html | |

Traumatismes (dus aux accidents de la circulation)

Présentation

- Un traumatisme est un dommage physique causé à une personne lorsque son corps a été soumis de façon soudaine ou brève à des niveaux d'énergie dépassant le seuil de tolérance physiologique. Il peut également s'agir d'une déficience fonctionnelle conséquence d'une privation d'un ou de plusieurs éléments vitaux (eau, air, chaleur). L'énergie à l'origine du traumatisme peut être mécanique, électrique, thermique, radiations ionisantes ou chimique. Les traumatismes sont répartis en deux groupes : les traumatismes intentionnels et non intentionnels.
- Les traumatismes représentent 10% des décès dans le monde. Environ 5,8 millions de personnes meurent chaque année des suites d'un traumatisme. De tous les systèmes auxquels les gens ont affaire quotidiennement, celui des transports routiers est le plus complexe et le plus dangereux.
- Les accidents de la circulation provoquent des traumatismes non intentionnels.
- Un accident de la circulation (collision avec un véhicule à moteur, accident de voiture) survient quand un véhicule entre en collision avec un autre véhicule, un piéton, un animal, des débris sur la route ou tout autre obstacle géographique ou architectural. Les accidents de la circulation peuvent provoquer des traumatismes, des dommages matériels et des décès.
- On estime à près de 1,2 million le nombre de personnes dans le monde qui meurent chaque année dans les accidents de la circulation, et les blessés pourraient être au nombre de 50 millions.
- Les accidents de la circulation constituent un problème de santé publique mondial majeur, mais négligé, dont la prévention durable et efficace passe par des efforts concertés.
- Les accidents de la circulation restent l'une des principales causes de décès chez les individus de 5 à 44 ans et la première cause de décès chez les 15-29 ans. La majorité de ces décès touchent actuellement des « usagers de la route vulnérables » - piétons, cyclistes et motocyclistes.
- En l'absence d'efforts redoublés et de nouvelles initiatives, le nombre total des décès et des traumatismes imputables aux accidents de la circulation devrait augmenter de quelques 67% d'ici 2020 dans le monde, et de 83% dans les pays à faible revenu et à revenu moyen.
- La région africaine a le taux de mortalité le plus élevé, attribué aux accidents de la circulation, avec 32/100 000.
- Il est possible de prévenir les traumatismes liés aux accidents de la circulation et d'obtenir des réductions significatives des nombres de blessés et de décès par la mise en place de mesures visant à lutter contre les facteurs de risque (vitesse excessive et inappropriée, conduite en état d'ébriété, défaut du port de la ceinture de sécurité et d'utilisation des dispositifs de retenue pour enfants, défaut de port du casque pour les cyclistes)

But de la surveillance

- Estimer et surveiller l'incidence des accidents de la circulation et leurs conséquences.
- Identifier les facteurs de risque et les endroits à risque pour orienter les politiques et les programmes de prévention.
- Evaluer les programmes destinés à prévenir les accidents de la circulation.
- Etablir des seuils d'alerte en matière de mortalité, afin de permettre au personnel des structures de soins de revoir et d'adapter les services et les soins dispensés aux blessés.
- Etablir des seuils d'alerte en matière d'incidence et suivre les tendances, afin de permettre au personnel de santé du district d'informer les parties intéressées.

Définition de cas standardisée

Traumatismes (dus aux accidents de la circulation)

| |
|---|
| <p>Traumatisme dû à un accident de la circulation : toute personne souffrant d'un traumatisme suite à un accident de la circulation, vue en consultation pour la première fois.</p> <p>Décès dû à un accident de la circulation : toute personne tuée sur le coup ou décédée dans les 30 jours, suite à un accident de la circulation.</p> |
| <p>Répondre au seuil d'alerte</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• Promouvoir la prévention primaire en appuyant les mesures visant à lutter contre les facteurs de risque.• Examiner et contrôler les services et les soins dispensés aux blessés.• Revoir les dispositions pour la prise en charge des victimes en grand nombre. |
| <p>Répondre au seuil d'intervention</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• Intensifier la mise en application des mesures visant à lutter contre les facteurs de risque.• Activer le système de prise en charge des victimes en grand nombre. |
| <p>Analyser et interpréter les données</p> |
| <p>Temps : Représenter sur un graphique les chiffres mensuels des blessés et des décès, établir des courbes sur l'année pour décrire les tendances.</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des cas et identifier les endroits à risque élevé.</p> <p>Caractéristiques individuelle : Analyser la répartition des cas en fonction du sexe, de l'âge et d'autres facteurs démographiques.</p> |
| <p>Confirmation en laboratoire</p> |
| <p>Examen radiologique du blessé – quand il le faut.</p> |
| <p>Références</p> |
| <ul style="list-style-type: none">• OMS-2004, Rapport sur la Santé dans le Monde http://www.who.int/whr/2004/en/report04_fr.pdf• OMS- 2010 Rapport de situation sur la sécurité routière dans le monde http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/report/fr/index.html• OMS, 2004-Peden, M. ; et al (eds) Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation http://www.who.int/violence_injury_prevention/publications/road_traffic/world_report/summary_fr.pdf• OMS, 2001- Holder Y., Peden M., Krug E. et al (eds) lignes directrices pour la surveillance des traumatismes, Genève http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/924254583X.pdf• Harvey A, (Ed). <i>Data systems</i>, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010 |

Trypanosomiase

Présentation

- La trypanosomiase est une infection du sang, des vaisseaux lymphatiques et du système nerveux central. La trypanosomiase africaine (connue également sous le nom de maladie du sommeil) est due à des parasites protozoaires *Trypanosoma brucei rhodesiense* et *T. b. gambiense*, transmis par la piqûre d'une glossine (mouche tsé-tsé) infectée.
- La trypanosomiase est endémique dans plus de 30 pays d'Afrique occidentale, centrale et orientale. Elle sévit sous forme hautement épidémique en République démocratique du Congo (RDC), en Angola et dans les zones de conflits ; dans certains villages, 80% de la population peut être infectée. Le bétail constitue le principal réservoir de *Trypanosoma brucei rhodesiense*, et les humains le principal réservoir de *T. b. gambiense*.
- La période d'incubation est généralement de quelques jours à quelques semaines pour *T. b. rhodesiense*, et de plusieurs mois à plusieurs années pour *T. b. gambiense*. En l'absence de traitement, ces deux formes sont généralement fatales.
- Les stratégies de lutte contre la trypanosomiase comprennent la surveillance de la population et du bétail pour traiter les sujets infectés et réduire le réservoir animal, et la lutte antivectorielle dirigée contre l'habitat de la mouche tsé-tsé (par exemple l'arrachage des buissons et des herbes hautes près des villages et l'utilisation d'insecticides résiduels).
- La tuberculose, le paludisme, la méningite bactérienne, le VIH/SIDA ainsi que d'autres infections du système nerveux central ou systémiques peuvent donner les mêmes symptômes cliniques.

But de la surveillance

- Augmenter le pourcentage de cas confirmés par des méthodes de laboratoire.
- Faire une recherche active des cas dans les zones d'endémie, au moyen d'enquêtes de population et de dépistage sérologique.
- Surveiller les zones indemnes de trypanosomiase en effectuant un dépistage chez les humains et le bétail.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Stade précoce : Apparition d'un chancre douloureux débutant par une papule qui évolue ensuite en nodule au site de piqûre par la mouche tsé-tsé. La personne peut souffrir de fièvre, de céphalées intenses, d'insomnie, d'une lymphadénopathie indolore, d'anémie, d'un œdème local et d'une éruption.

Stade tardif : cachexie, somnolence et signes d'atteinte du système nerveux central.

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par test d'agglutination sur carte (CATT pour card agglutination trypanosomal test) ou isolement de trypanosomes dans le sang, les ganglions lymphatiques ou le liquide céphalorachidien.

Répondre au seuil d'alerte

Si l'on observe une augmentation du nombre de cas ou de décès sur une période donnée :

- Notifier le problème selon les directives nationales.
- Traiter tous les cas suspects et confirmés en appliquant la thérapeutique appropriée avec un suivi très étroit.
- Effectuer des prélèvements pour confirmation en laboratoire.
- Rechercher la cause de cette augmentation du nombre de cas pour identifier les lacunes dans les activités de prévention.

Trypanosomiase

| | |
|---|--|
| Répondre au seuil d'intervention | |
| <p>Si le nombre de cas ou de décès atteint le double du nombre habituel pour une même période de temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluer les activités de prévention dans la zone géographique autour des cas et prendre les mesures indiquées pour les améliorer. ▪ Rechercher activement les cas si en zone d'endémie. ▪ Mener des activités de lutte antivectorielle selon les directives nationales. | |
| Analyser et interpréter les données | |
| <p>Temps : Faire des graphiques trimestriels du nombre de cas</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas</p> <p>Caractéristiques individuelles: Compter le nombre mensuel de cas et analyser la répartition en fonction de l'âge.</p> | |
| Confirmation en laboratoire | |
| Tests diagnostiques | <p><i>Cas suspect :</i></p> <p>Sérologie : test d'agglutination sur carte</p> <p><i>Cas confirmé :</i></p> <p>Parasitologie : détection (au microscope) de trypanosomes dans le sang, les ganglions lymphatiques ou le liquide céphalorachidien.</p> |
| Prélèvements | <p>Sang total</p> <p>Ponctions des ganglions lymphatiques</p> <p>Liquide céphalorachidien</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Sur les cas suspects : patients présentant de la fièvre dans les zones d'endémie</p> <p>Sur tous les patients présentant de la fièvre et qui peuvent avoir été en contact avec des mouches tsé-tsé</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>Pour les lames:</p> <p>Placer les lames dans une boîte de rangement pour lames, fermée correctement. Conserver à température ambiante dans un endroit sans poussière. Si l'on ne dispose pas de boîte de rangement pour lames, les lames peuvent être enveloppées dans un papier doux (papier filtre, serviette, papier toilette, etc).</p> <p>Placer le sang dans des flacons avec anticoagulant et contacter le laboratoire de référence.</p> |
| Résultats | Les résultats devraient être disponibles le jour même. |
| Références | |

Trypanosomiase

- *Control and Surveillance of African Trypanosomiasis*. Report of a WHO Expert Committee, Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 881).
- Normes recommandées par l'OMS pour la surveillance WHO/CDS/CSR/ISR/99.2
http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_ISR_99.2_pp.1-100_fre.pdf

Tuberculose

Présentation

Tuberculose

- Infection des poumons et d'autres organes généralement par *Mycobacterium tuberculosis*, à transmission interhumaine, par les gouttelettes émises lors de la toux, des éternuements ou des crachats. Cliniquement, la forme pulmonaire de la maladie est plus courante que les formes extra-pulmonaires. Les principaux symptômes de la tuberculose (TB) pulmonaire sont la toux chronique, la perte de poids, la fièvre, la perte d'appétit et les transpirations nocturnes.
- La tuberculose est une des principales causes de maladie d'origine infectieuse et de décès, avec plus de 8 millions de nouveaux cas et 3 millions de décès chaque année dans le monde. En Afrique, le nombre annuel de nouveaux cas s'élève à plus de 600 000. On estime que 30 à 50% des nouveaux cas de TB détectés sont associés au VIH et que 40% des décès par SIDA sont dus à la tuberculose. Le risque de décès dû à la TB est plus élevé chez les sujets atteints de VIH/SIDA, de malnutrition et autres maladies entraînant un déficit immunitaire, chez les sujets très jeunes ainsi que chez les sujets très âgés.
- La pandémie mondiale de VIH est la principale cause de l'augmentation du nombre des cas de TB, en particulier dans les pays africains.
- La période d'incubation est de 1 à 3 mois environ.
- L'OMS recommande la stratégie DOTS, qui consiste en une thérapie de courte durée sous supervision directe, ce qui permet d'optimiser la compliance et l'efficacité du traitement et de réduire l'apparition de souches résistantes. La stratégie DOTS a été adoptée par au moins 40 des 46 Etats Membres de la Région africaine. Le contrôle de la TB a été couronné de succès plus ou moins importants, selon que l'on dispose des ressources suffisantes pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patients.
- Les pneumonies bactériennes, le paludisme, la trypanosomiase, le VIH/SIDA et diverses autres infections bactériennes, parasitaires et virales peuvent donner des syndromes cliniques similaires, avec fièvre, toux, fatigue et perte de poids, ou peuvent accélérer l'évolution de la TB chez un individu déjà infecté. L'ingestion de lait de vache non pasteurisé peut entraîner l'infection de sites extra-pulmonaires (*M. bovis*)

But de la surveillance

- Détecter précocément les personnes souffrant de maladie pulmonaire d'origine infectieuse, de façon à augmenter leurs chances d'amélioration clinique et à réduire la transmission de la tuberculose.
- Augmenter le pourcentage de cas de tuberculose confirmés par microscopie.

Définition de cas standardisée

Tuberculose

Cas suspect :

Toute personne toussant depuis au moins 3 semaines.

Cas confirmé :

TB pulmonaire à frottis positif : a) malade présumé avec au moins 2 frottis d'expectoration positifs pour les bacilles acido-alcoolrésistants (BAAR), ou b) un frottis d'expectoration positif pour la présence de BAAR à l'examen microscopique et des anomalies radiologiques évocatrices d'une TB pulmonaire active conformément au diagnostic du médecin traitant, ou c) un frottis d'expectoration positif pour la présence de BAAR à l'examen microscopique et un prélèvement d'expectoration positif pour la culture de BAAR.

TB pulmonaire à frottis négatif : malade remplissant les critères suivants : a) deux échantillons d'expectoration, prélevés à au moins 2 semaines d'intervalle, négatifs pour la présence de BAAR à l'examen microscopique, anomalies radiologiques évocatrices d'une TB pulmonaire et absence de réponse clinique malgré une semaine de traitement avec des antibiotiques à large spectre, décision prise par un médecin de donner un traitement antituberculeux complet, ou b) patient remplissant les critères suivants : gravement malade, au moins deux échantillons d'expectoration négatifs pour la présence de BAAR à l'examen microscopique, anomalies radiologiques évocatrices d'une TB pulmonaire étendue (interstitielle et miliaire), décision prise par un médecin de donner un traitement antituberculeux complet, ou c) patient dont les frottis d'expectoration initiaux étaient négatifs, mais pour lequel on a tout de même fait une culture qui s'est avérée positive.

Répondre au seuil d'alerte

Si le nombre de cas ou de décès augmente sur une certaine période :

- Notifier le problème au niveau supérieur, ou selon les directives nationales.
- Traiter les cas individuels avec observation directe (DOTS) faisant appel à un observateur qui aide au traitement.
- Quand c'est possible, isoler les personnes malades en appliquant les bonnes pratiques de lutte contre les infections respiratoires, surtout si l'on soupçonne une tuberculose multirésistante.
- Rechercher la cause de l'augmentation du nombre de cas, et notamment évaluer la performance du programme DOTS dans la zone concernée.

Répondre au seuil d'intervention

Si le nombre de cas ou de décès double par rapport au nombre de cas vus habituellement sur la même période :

- Évaluer la performance des agents de santé dans la détection et le traitement de la tuberculose pulmonaire à crachats positifs et améliorer les pratiques selon les besoins.
- Évaluer le programme DOTS et prendre des mesures pour apporter les améliorations nécessaires.
- Effectuer des tests d'efficacité des médicaments utilisés pour établir les profils de résistance.

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique du nombre de cas et de décès mensuels.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation et de travail des cas.

Caractéristiques individuelles : Compter le nombre de cas et de décès mensuels. Analyser tous les trimestres la répartition en fonction de l'âge et du sexe.

Confirmation en laboratoire

Tuberculose

| | |
|--|--|
| Tests diagnostiques | <p>Microscopie : Présence de bacilles acido-résistants dans les frottis colorés au Ziehl Neelsen</p> <p>Culture et identification</p> <p>Test de sensibilité aux médicaments : On parle de résistance aux anti-tuberculeux quand une souche d'un isolat de <i>Mycobacterium tuberculosis</i> est résistante à un ou plusieurs agents antimicrobiens, selon les tests de sensibilité effectués conformément aux méthodes recommandées au niveau international.</p> <p>Multirésistance (MDR) = Résistance à l'isonazide et à la rifampicine ;</p> <p>Ultrarésistance (XDR) = Résistance à l'isonazide et à la rifampicine (MDR), plus à la fluoroquinolone et à un agent injectable de seconde ligne ;</p> |
| Prélèvements | <p>Crachats, produits d'expectoration venant du plus profond des poumons</p> <p>Aspiration bronchique</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Recueillir le crachat (et non pas la salive) pour l'examen direct des lames par microscopie ; examiner au moins deux échantillons colorés prélevés à des jours différents.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>L'échantillon devra être examiné dans l'établissement de soin où s'est effectué le prélèvement.</p> <p>Les cultures de bacille tuberculeux doivent être placées dans des récipients étanches, enveloppés de coton. Transport au laboratoire de référence dans un récipient imperméable.</p> |
| Résultats | <p>Lecture quotidienne des lames en microscopie. La quantification des mycobactéries observées est notifiée de différentes façons. Se référer aux critères utilisés par le laboratoire effectuant l'examen.</p> <p>Culture : pendant 6-8 semaines</p> <p>Résistance aux anti-tuberculeux : Le laboratoire national de référence doit être associé à un laboratoire supranational de référence avec lequel il effectuera des échanges de souches pour assurer le contrôle de qualité</p> |
| Références | |

Tuberculose

- *Traitement de la tuberculose : Principes à l'intention des Programmes Nationaux*. WHO/TB/97.229. OMS, Genève, 1997. <http://apps.who.int/bookorders/anglais/detart1.jsp?sesslan=1&codlan=2&codcol=93&codcch=109#>
- *Policy Statement of Prevention Therapy Against TB in People Living with HIV*, WHO/TB/98.255

- Laboratory Services in Tuberculosis Control, Parts I, II and III. WHO publications WHO/TB/98.258

- Tuberculose : Lignes directrices relatives à la surveillance de la pharmacorésistance. Quatrième édition OMS, Genève, 2010 http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242598674_fre.pdf

Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*)

Présentation

- Infection cutanée provoquée par *Mycobacterium ulcerans* (BAR).
- La maladie se manifeste principalement par des lésions cutanées (nodules, plaques et ulcères) qui peuvent se compliquer par une atteinte des os et des articulations. Les autres organes, comme les yeux, sont rarement touchés.
- Dissémination dans les régions intertropicales, dans les sols humides ou les zones marécageuses, les forêts et les exploitations minières en surface.
- Les patients sont classés en trois catégories :
 - **Catégorie I** : patient présentant une seule lésion cutanée de moins de 5 cm de diamètre (lésion précoce)
 - **Catégorie II** : patient présentant une seule lésion cutanée de 5 à 15 cm de diamètre
 - **Catégorie III** : patient présentant une seule lésion cutanée de plus de 15 cm de diamètre ou de multiples lésions ou une lésion située en un site critique (visage, tête et cou, torse, périnée, parties génitales, lésion touchant les articulations)
- La prise en charge des cas d'ulcère de Buruli s'est fortement améliorée depuis l'utilisation d'antibiotiques (rifampicine et streptomycine) recommandée par l'OMS, en 2004. Il est parfois nécessaire d'avoir recours à la chirurgie pour les cas tardifs (catégorie III). Le nombre total de cas était supérieur à 60 000, en 2009.
- On ne connaît toujours pas le mode de transmission de l'infection. *M. ulcerans* pourrait pénétrer dans la peau par le biais d'une piqûre d'insecte (mouches d'eau), de micro lésions ou de petites plaies.
- La confirmation du diagnostic se fait par PCR, recherche des BAR par coloration de Zielh-Nielsen, culture ou histologie. Des échantillons de lésion sont prélevés à l'aide d'un coton-tige, par aspiration à l'aiguille fine ou biopsie en cas de chirurgie.

But de la surveillance

- Déterminer la répartition géographique de la maladie pour localiser les régions et districts d'endémie et se concentrer sur la détection précoce des cas, leur bonne prise en charge avec les antibiotiques recommandés par l'OMS et la prévention des handicaps.

Définition de cas standardisée

Cas suspect :

Toute personne présentant un nodule cutané, une plaque ou un ulcère indolores, qui réside ou qui s'est rendue dans une région d'endémie pour l'ulcère de Buruli

Cas confirmé :

Cas suspect confirmé par au moins un des tests de laboratoire (présence de bacilles acido-alcoolrésistants confirmée par coloration de Zielh-Neelsen, PCR, culture ou histologie)

Répondre au seuil d'alerte

Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*)

S'il y a un seul cas suspect :

- Notifier le cas suspect à l'autorité compétente du système de santé.

Au niveau de la formation sanitaire :

- Effectuer un prélèvement pour confirmation par le laboratoire (à l'aide d'un coton-tige ou par aspiration à l'aiguille fine).
- Commencer à panser la plaie et donner un traitement antibiotique :
 - Rifampicine : dose orale de 10 mg/kg/jour pendant 8 semaines (56 jours).
 - Streptomycine : injection quotidienne (15mg/kg) pendant 8 semaines (56 jours)
 Envoyer les patients de catégorie III sur un hôpital/centre de référence.
- Remplir le formulaire de notification de cas (UB 01 ou UB 02) en précisant les coordonnées GPS du village d'où vient le patient et transmettre ces informations aux niveaux sanitaires national, régional et du district.
- Rechercher d'autres cas dans le village d'origine du cas confirmé d'ulcère de Buruli.

Répondre au seuil d'intervention

Si un cas suspect est confirmé (Non applicable pour l'ulcère de Buruli).

Analyser et interpréter les données

Temps : Faire le graphique du nombre de cas par année de diagnostic, faire le graphique du nombre cumulé de cas.

Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation des cas et colorier les districts d'endémie pour la maladie.

Caractéristiques individuelles : Compter les nouveaux cas détectés chaque mois par catégorie de patients (Cat. I, II ou III). Analyser les données en fonction de l'âge, des handicaps et des résultats du traitement (cas totalement guéris sans limitation de mouvement ou d'amputation, cas guéris avec invalidité, rechute après l'antibiothérapie recommandée).

Confirmation en laboratoire

| | |
|----------------------------|---|
| Tests diagnostiques | Recherche de <i>Mycobacterium ulcerans</i> : frottis ou biopsies envoyés au laboratoire pour confirmation par : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Coloration de Ziehl-Neelsen pour les bacilles acido-résistants ▪ Culture ▪ PCR ▪ Histopathologie |
| Prélèvements | Types de prélèvement : lésions non ulcérées, lésions ulcérées, os Frottis Biopsies |

Ulcère de Buruli (infection à *Mycobacterium ulcerans*)

| | |
|--|---|
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Des prélèvements doivent être effectués chez tout cas suspect présentant les symptômes cliniques de la maladie (nodule, plaque, ulcère, ostéomyélite...)</p> <p>Les prélèvements doivent être effectués avant toute administration d'antibiotique. Un autre prélèvement sera réalisé à la fin du traitement (au cas où celui-ci ne serait pas efficace ou que la chirurgie soit conseillée).</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>Il est important d'éviter toute contamination croisée entre les prélèvements.</p> <p>Matériel : coton-tige et récipients secs.</p> <p>Conserver à 4°C</p> |
| Résultats | <p>L'ulcère de Buruli est généralement diagnostiqué par l'examen clinique et par la recherche de bacilles acido-résistants (BAR) sur des frottis préparés à partir d'ulcères infectés et de biopsies. Il peut également être diagnostiqué par PCR.</p> <p><i>M. ulcerans</i> peut être cultivé dans un laboratoire de référence sur le milieu de culture employé pour <i>M. tuberculosis</i>.</p> <p>Le bacille pousse très lentement, il faut généralement plusieurs semaines avant de voir apparaître des colonies.</p> <p>Les services diagnostiques pour l'ulcère de Buruli ne sont pas toujours disponibles. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS.</p> |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Résolution WHA 57.1 sur la surveillance et la lutte contre l'infection <i>Mycobacterium ulcerans</i> (Ulcère de Buruli). 57^{ième} Assemblée mondiale de l'OMS, Genève, 17-22 mai 2004 ; Résolutions et décisions, annexes. Genève, OMS ; 2004 (WHA57/2004/REC/1: 1-2 ▪ Recommandations provisoires pour certains antibiotiques dans la prise en charge de l'infection à <i>Mycobacterium ulcerans</i> (Ulcère de Buruli) WHO/CDS/CPE/GBUI/2004.10 https://apps.who.int/gtb-buruli/publications/PDF/Provisional_guidance_FR.pdf ▪ Ulcère de Buruli : première réunion d'examen du programme pour l'Afrique de l'ouest – Rapport récapitulatif. OMS, Relevé épidémiologique hebdomadaire, 6; 2009 : 43-48 http://www.who.int/wer/2009/wer8406.pdf ▪ Control of Communicable Diseases Manual, 18^{ième} édition ▪ District Laboratory Practice in Tropical countries, Cambridge ▪ Ulcère de Buruli, prise en charge de l'infection à <i>Mycobacterium ulcerans</i> | |

Variole

Présentation

- La variole est une maladie contagieuse aiguë d'origine virale. L'agent étiologique, le virus de la variole, fait partie du genre Orthopoxvirus. A ce genre appartiennent également les virus de la variole bovine (cowpox en anglais), de la variole du chameau (camelpox) et l'orthopoxvirus simien ou virus de la variole du singe (monkeypox). L'orthopoxvirus simien est à l'origine d'infections humaines récentes particulièrement graves.
 - Le taux de létalité de la variole était de 30%. En 1967, au moment où l'OMS a lancé sa campagne d'éradication, la variole menaçait 60% de la population mondiale et tuait un patient sur quatre.
 - L'éradication mondiale de la variole a été certifiée en décembre 1979 par une commission composée de scientifiques éminents, puis déclarée par l'Assemblée mondiale de la santé en 1980.
 - La variole existait sous deux formes principales : majeure et mineure. L'évolution de la variole mineure était plus bénigne, avec un taux de létalité inférieur à 1%. Le taux de létalité de la variole majeure se situait autour de 30%. Il existait par ailleurs deux formes rares de variole : la forme hémorragique et la forme maligne. Dans la première, toujours mortelle, l'éruption s'accompagnait d'hémorragies au niveau des muqueuses et de la peau. La variole maligne se caractérisait par des lésions qui n'atteignaient pas le stade des pustules, mais restaient molles et plates. Elle était pratiquement toujours mortelle.
 - Le délai d'incubation de la variole est généralement de 12 à 14 jours (extrêmes 7 - 17 jours), période durant laquelle n'y a pas d'excrétion virale. Au cours de cette période, la personne infectée semble et se sent en bonne santé et n'est pas contagieuse.
 - L'incubation est suivie par l'apparition brutale de symptômes de type grippal. Deux à trois jours plus tard, la température chute et le patient se sent un peu mieux, alors que l'éruption caractéristique apparaît, d'abord sur le visage, les mains et les avant-bras, puis quelques jours plus tard sur le tronc. Les lésions se développent aussi au niveau des muqueuses du nez et de la bouche, et s'ulcèrent très rapidement après leur formation, libérant de grandes quantités de virus dans la bouche et la gorge. La distribution centrifuge des lésions, prédominant sur la face et les extrémités plutôt que sur le tronc, est un signe diagnostique caractéristique de la variole qui, pour un œil exercé, est évocatrice du diagnostic. Les lésions évoluent, passant du stade de macules à celui de papules, puis de vésicules et de pustules. Dans une zone donnée, toutes les lésions évoluent simultanément. De 8 à 14 jours après l'apparition des symptômes, les pustules forment des croûtes qui laissent, après guérison, des cicatrices déprimées et dépigmentées.
 - La varicelle se distingue de la variole par ses lésions beaucoup plus superficielles, leur présence prédominante sur le tronc plutôt que sur la face et les extrémités et leur évolution en plusieurs poussées dans la même zone.
 - La transmission de la variole est interhumaine et se fait une fois que la fièvre a débuté, lors des contacts directs par les aérosols et les fines gouttelettes émises par la personne infectée, notamment lorsqu'elle tousse. La maladie peut également se transmettre par le linge contaminé, vêtements et draps, mais le risque d'infection est alors bien plus faible.
-
- La fréquence de la contamination est maximale après contact direct avec un patient, une fois que la fièvre s'est installée et pendant la première semaine de l'éruption, le virus étant alors libéré par les voies respiratoires.
 - En l'absence d'immunité induite par la vaccination, les êtres humains semblent universellement sensibles à l'infection par le virus de la variole.
 - Administré jusqu'à 4 jours après l'exposition au virus et avant l'apparition de l'éruption, le vaccin confère une immunité protectrice et permet d'éviter l'infection ou de diminuer la gravité de la maladie.
-
- Le RSI (2005) exige formellement la déclaration immédiate d'un éventuel cas de variole à l'OMS

Variole

| |
|---|
| But de la surveillance |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Détecter les cas éventuels de variole et intervenir immédiatement |
| Définition de cas standardisée |
| <p>Cas suspect : Apparition brutale d'une forte fièvre $\geq 38,3^{\circ} \text{C}$ (101°F), suivie d'une éruption caractérisée par des vésicules ou des pustules dures, au même stade de développement (c'est-à-dire qui sont toutes des vésicules ou des pustules), sans autre cause apparente.</p> <p>Cas probable : Cas remplissant la définition de cas clinique, non confirmé par le laboratoire, mais ayant un lien épidémiologique avec un cas probable ou confirmé.</p> <p>Cas confirmé : Cas cliniquement compatible, confirmé par le laboratoire.</p> |
| Répondre au seuil d'alerte |
| <p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Notifier immédiatement aux autorités compétentes les données relatives au cas. ▪ Mettre en place les mesures de prévention de la transmission par voie aérienne ▪ Prendre en charge le patient et lui administrer un traitement symptomatique ▪ Effectuer des prélèvements de manière sécurisée pour confirmation du cas par le laboratoire. ▪ Rechercher les contacts et les prendre en charge ▪ Faire une recherche active des cas supplémentaires. ▪ Envoyer une notification à l'OMS. |
| Répondre au seuil d'intervention |
| <p>Si un seul cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maintenir des mesures strictes de lutte contre l'infection pendant toute la durée de l'épidémie. ▪ Mobiliser la communauté pour la détection et la prise en charge rapide des cas. ▪ Donner des informations à la communauté sur le cas confirmé, sur le mode de transmission de la maladie et la façon de lutter contre l'infection lors des soins à domicile et des funérailles. ▪ Assurer le suivi des sujets contacts et rechercher activement les cas supplémentaires ▪ Demander de l'aide aux niveaux national et international ▪ Installer une unité d'isolement pour prendre en charge les cas supplémentaires |
| Analyser et interpréter les données |
| <p>Temps : Faire le graphique des cas et des décès par jour/semaine/mois. Tracer une courbe épidémique.</p> <p>Lieu : Cartographier l'emplacement des lieux d'habitation (et de travail) des cas.</p> <p>Caractéristiques individuelles : Transmettre immédiatement les informations relatives aux cas et aux décès. Durant l'épidémie, compter et notifier le nombre de cas et de décès. Analyser la répartition en fonction de l'âge et du sexe. Evaluer immédiatement les facteurs de risque.</p> |
| Confirmation en laboratoire |

Variole

| | |
|--|---|
| Tests diagnostiques | <p>Isolement du virus de la variole à partir d'un prélèvement clinique</p> <p>Ou</p> <p>Identification de l'ADN du virus de la variole par PCR à partir d'un prélèvement clinique</p> <p>Ou</p> <p>Identification de l'ADN du virus de la variole par PCR dans un échantillon clinique</p> <p>Remarque : Uniquement dans les laboratoires de niveau C ou D</p> |
| Prélèvements | <p>Biopsies*</p> <p>Croûtes*</p> <p>Liquide vésiculaire*</p> <p>Lésion cutanée (dessus de la lésion)*</p> <p>Pustules*</p> <p>Prélèvements de sang</p> <p><i>Remarque : Il peut être difficile de prélever du sang chez des personnes présentant une éruption grave et très dense, car la peau peut se détacher. Il peut être nécessaire d'utiliser une ligne centrale s'il s'avère trop difficile de prélever du sang périphérique.</i></p> <p>* Prélèvements préférables pour le diagnostic de maladie aiguë durant la phase d'éruption</p> |
| Quand réaliser les prélèvements | <p>Une suspicion de cas de variole représente une urgence médicale et sanitaire. Effectuer les prélèvements chez tout cas suspect, quand c'est possible,, pour obtenir les différents types d'échantillons recommandés.</p> |
| Comment préparer, conserver et transporter les prélèvements | <p>Les pratiques classiques de prélèvement conviennent également pour obtenir des échantillons de lésions causées par les orthopoxvirus. Il convient de porter un équipement de protection individuelle, notamment des gants et de désinfecter la peau au site de prélèvement. Si l'on utilise de l'alcool, il est important de bien laisser sécher avant d'effectuer le prélèvement.</p> <p>Biopsies :</p> <p>Placer aseptiquement deux à quatre portions du tissu prélevé dans un récipient stérile, étanche et supportant la congélation.</p> <p>Conservation entre -20°C et -70°C. Pour le transport, les échantillons peuvent être conservés à +4°C pendant ~6 heures.</p> <p><i>Remarque : Pour l'expédition, emballer les biopsies de la lésion non fixées au formol sur glace sèche (carboglance, neige carbonique) ; laisser les biopsies fixées dans le formol à température ambiante. Ne pas congeler les biopsies fixées dans le formol.</i></p> |

Variole

| | |
|--|---|
| | <p>Croûtes : Placer aseptiquement le matériel obtenu par grattage dans un récipient stérile, étanche et supportant la congélation. Conservation entre -20°C et -70°C. Pour le transport, les échantillons peuvent être conservés à +4°C pendant ~6 heures.</p> <p>Liquide vésiculaire : Prélever le liquide vésiculaire de chacune des lésions à l'aide de coton-tiges stériles différents. Vérifier que le prélèvement comporte des cellules provenant de la base de chacune des vésicules. Conservation entre -20°C et -70°C. Pour le transport, les échantillons peuvent être conservés à +4°C pendant ~6 heures. Prélever 10 cc de sang dans un tube en plastique à bouchon marbré, ou dans un tube en plastique avec gel séparateur de sérum à bouchon jaune.</p> <p><i>Remarque: Il faut obtenir une autorisation pour pouvoir expédier à un laboratoire de référence des prélèvements cliniques provenant d'un malade susceptible d'avoir la variole</i></p> |
| Résultats | Les services diagnostiques pour la variole ne sont pas toujours disponibles. Il faut généralement prévoir des arrangements. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS. |
| Références | |
| <ul style="list-style-type: none">WHO Fact Sheet, Smallpox. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/smallpox [disponible uniquement en anglais] | |

ANNEXES A LA SECTION 9

| | | |
|------------------|---|--|
| ANNEXE 9A | : | Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) – Formulaire d’investigation |
| ANNEXE 9B | : | Choléra - Formulaire individuel d’investigation |
| ANNEXE 9C | : | Dracunculose – Formulaire individuel d’investigation |
| ANNEXE 9D | : | Décès maternel – Formulaire de notification |
| ANNEXE 9E | : | Tuberculose MDR et XDR – Formulaire individuel de notification |
| ANNEXE 9F | : | Fièvre hémorragique virale – Formulaire individuel d’investigation |

ANNEXE 9A Manifestations postvaccinales indésirables (MAPI) – Formulaire d’investigation

Formulaire d’investigation des MAPI

REGION :

DISTRICT SANITAIRE :

Centre de Santé :

Circonstance de Vaccination : PEV routine Campagne de vaccination

Autres. Préciser

IDENTIFICATION DU PATIENT

| | | | | | |
|----------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|--|---|
| Nom du patient | Date de naissance ____/____/____ | Lieu de naissance | Lieu de résidence | Sexe <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M | Date de vaccination ____/____/20____ |
|----------------|-------------------------------------|-------------------|-------------------|--|---|

ANTECEDENT : MEDICAL :

VACCINAL :

Description de la /ou des manifestations indésirables :

Date e d’apparition :

Date de déclaration :

| Vaccin(s) reçu(s) suspectés | Date de vaccination | Voie de vaccination (ID -Sc-IM-OR) | Point d’injection (deltoïde, avant-bras, fesse) | Numéro (s) de lot du vaccin | Numéro de lot du solvant | Fabricant | Date de péremption |
|-----------------------------|---------------------|------------------------------------|---|-----------------------------|--------------------------|-----------|--------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Traitement :

Evolution : Guéri Décès En cours de Traitement Inconnu

Séquelles Si uelles, préciser :

* préciser l’âge en mois si le malade a moins de 12 mois, en année plus de 12 mois

| | |
|--|-------------------------|
| date de début : | |
| Enquêteur : | Numéro d'enquête |
| <p>Examen clinique réalisée : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> | |
| <p>Réaction probablement due à la vaccination <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p style="text-align: center;">Si Oui préciser la raison</p> <p>Rupture chaîne de froid défectueuse (stockage ou transport ou manipulation) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Technique incorrecte d'injection <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Erreur de reconstitution <input type="checkbox"/> Oui Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Erreur du fabricant de vaccin <input type="checkbox"/> Oui Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Pratiques non stériles <input type="checkbox"/> Oui Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>MAPI liée au vaccin mais non dû à une erreur du fabricant Ou <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>MAPI due à une coïncidence <input type="checkbox"/> Oui Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Autres Causes de MAPI <input type="checkbox"/> Oui Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/></p> <p>Préciser :</p> | |
| <p>MAPI de cause inconnue : <input type="checkbox"/> Oui Non <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Mesures correctrices précisées : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu</p> <p>Préciser :</p> | |

Enquêteur

Signature

ANNEXE 9B Choléra - Formulaire individuel d'investigation

| Cholera – Formulaire individuel d'investigation | | |
|---|--|----------|
| Informations relatives au patient et au laboratoire médical | | |
| | Variables/Questions | Réponses |
| 1 | Jour de détection (jj/mm/aaaa) | |
| 2 | Lieu de détection (Etablissement de soins ou communauté) | |
| 3 | Identification du patient (année-semaine-pays-province-district-site de notification-n°) | |
| 4 | Nom de famille du patient | |
| 5 | Prénom(s) du patient | |
| 6 | Age (années) | |
| 7 | Sexe (F/M) | |
| 8 | Nombre de personnes dans la même habitation | |
| 9 | Adresse du patient | |
| 10 | Village/Ville | |
| 11 | Quartier | |
| 12 | District | |
| 13 | Région | |
| 14 | Pays | |
| 15 | Date de début (premiers symptômes) (jj/mm/aaaa) | |
| 16 | Signes cliniques et symptômes | |
| 17 | Le patient a-t-il été exposé à des risques connus pour cette maladie ? (Oui/Non) | |
| 18 | Si oui, préciser les facteurs de risque : eau de boisson utilisée par le patient (faire la liste par type, par exemple eau du robinet, trou de forage, puits non protégé, puits protégé, rivière, lac, mare) | |
| 19 | Nombre de doses de vaccin contre le choléra administrées | |
| 20 | Date d'administration de la dernière dose | |
| 21 | Informations concernant le laboratoire : au moins pour le premier et le dernier cas | |
| 22 | <i>Vibrio cholerae</i> identifié dans les selles ? | |

| | | |
|---|--|-----------------|
| 23 | Médicaments auxquels la souche de vibron est sensible | |
| 24 | Médicaments auxquels la souche de vibron est résistante | |
| 25 | Issue de la maladie (décès, survie, inconnue) | |
| 26 | Classification finale (cas rejeté, présumé, probable, confirmé par laboratoire, confirmé par lien épidémiologique, en attente) | |
| 27 | Autres notes et observations | |
| 28 | Date de dernière mise à jour du formulaire (jj/mm/aaaa) | |
| Recherche des facteurs de risque (information à recueillir auprès du groupe eau et équipements sanitaires de l'équipe d'investigation) | | |
| | Variables/Questions | Réponses |
| | Cartographie des risques potentiels | |
| 1 | Vecteurs potentiels du vibron : eau de boisson | |
| 2 | Source d'eau de boisson 1 | |
| 3 | Source d'eau de boisson 2 | |
| 4 | Source d'eau de boisson 3 | |
| 5 | Source d'eau de boisson 4 | |
| 6 | Vecteurs potentiels du vibron : eau ne servant pas à la boisson | |
| 7 | Source d'eau ne servant pas à la boisson 1 | |
| 8 | Source d'eau ne servant pas à la boisson 2 | |
| 9 | Source d'eau ne servant pas à la boisson 3 | |
| 10 | Source d'eau ne servant pas à la boisson 4 | |
| 11 | Vecteurs potentiels du vibron : Aliments | |
| 12 | Aliment 1 | |
| 13 | Aliment 2 | |
| 14 | Aliment 3 | |
| 15 | Aliment 4 | |
| | Aliment 5 | |
| 17 | Aliment 6 | |
| 18 | Aliment 7 | |
| 19 | Aliment 8 | |
| 20 | Résultats de la bactériologie | |
| 21 | Eau de boisson infectée par le vibron | |
| 22 | Eau ne servant pas à la boisson infectée par le vibron | |

| | | |
|----|--|--|
| 23 | Aliments infectés par le vibrion | |
| 24 | Recherche de l'exposition aux risques identifiés | |
| 25 | Eau de boisson utilisée par le patient : (faire la liste par type, par exemple eau du robinet, trou de forage, puits non protégé, puits protégé, rivière, lac, mare) | |
| 26 | Dans les 3 jours précédant le début de la maladie, le patient a-t-il bu de l'eau provenant de : | |
| 27 | Source d'eau 1 (Oui/Non) | |
| 28 | Source d'eau 2 (Oui/Non) | |
| 29 | Source d'eau 3 (Oui/Non) | |
| 30 | Source d'eau 4 (Oui/Non) | |
| 31 | Dans les 3 jours précédant le début de la maladie, le patient a-t-il mangé : | |
| 32 | Aliment 1 (Oui/Non) | |
| 33 | Aliment 2 (Oui/Non) | |
| 34 | Aliment 3 (Oui/Non) | |
| 35 | Aliment 4 (Oui/Non) | |
| 36 | Aliment 5 (Oui/Non) | |
| 37 | Dans les 3 jours précédant le début de la maladie, le patient a-t-il participé à | |
| 38 | Des funérailles (Oui/Non) | |
| 39 | Autre évènement social (Oui/Non) | |

ANNEXE 9C Dracunculose (maladie du ver de Guinée) - Formulaire individuel d'investigation

| PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INVESTIGATION | |
|---|---------------------------------------|
| N° Epid : _____ | |
| PAYS-REGION-DISTRICT-ANNEE-CAS | <i>A remplir en trois exemplaires</i> |
| I. Informations sur la notification et l'investigation | |
| <p>Village notificateur : _____ Zone : _____ District : _____ Région : _____</p> <p>Dare de notification: (jj/mm/aaaa) ____/____/____ Notifié par : _____ Fonction : _____</p> <p>Date d'investigation du cas : ____/____/____ Investigué par : _____ Fonction : _____</p> | |
| II. Informations sur le patient et son lieu de résidence | |
| <p>Nom : _____ Nom du père/du logeur/du propriétaire : _____</p> <p>Age : _____ Sexe : _____ Profession : _____ Ethnie : _____</p> <p>Adresse permanente : Village : _____ Zone : _____</p> <p>Sous-District : _____ District : _____ Région : _____</p> <p>Zone urbaine/Rurale : _____ Points de repère : _____</p> <p>Le lieu de résidence est-il le même que le village notificateur ? OUI/NON Réside depuis combien de temps ? (en mois) : _____</p> <p>(Remplir l'ENCADRE "III. Lieu de résidence durant les 10-14 derniers mois" si le nombre de mois de résidence dans cet encadré est inférieur à 10)</p> | |
| III. Lieu de résidence durant les 10-14 derniers mois si différent de celui mentionné ci-dessus. | |
| <p>Village : _____ Zone : _____ Sous-District : _____</p> <p>District : _____ Région : _____ Pays : _____</p> | |
| IV. Voyages effectués par le patient durant les 10-14 derniers mois | |
| | |

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE
FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INVESTIGATION**

N° Epid : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

PAYS-REGION-DISTRICT-ANNEE-CAS

A remplir en trois exemplaires

Date Départ : Date Arrivée : Village : Sous-District : District : Région :

| | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Sources d'eau auxquelles le patient aurait pu se contaminer – donner des détails précis sur sa localisation et les indications GPS :

| Nom | Latitude | Longitude | Type | Source |
|-----|----------|-----------|------|--------|
|-----|----------|-----------|------|--------|

Mettre une croix si traitée avec de l'Abate et date

| | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------|-------|--------------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |
| _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | <input type="checkbox"/> | _____ |

V. Signes et symptômes

Quel a été le premier signe/le premier symptôme avant l'émergence du ver ?

Cloque/Démangeaison/Tuméfaction/Autres, Préciser _____

Emergence du ver de Guinée : OUI/NON Nbre de vers : _____ Est-ce la première fois cette année qu'un ver de Guinée a émergé ? OUI/NON

Date à laquelle le premier ver de Guinée a émergé : __/__/_____ Le cas a-t-il été détecté avant l'apparition du ver de Guinée ? OUI/NON

VII. Mesures de confinement du cas et registre de la dracunculose

| |
|--|
| |
|--|

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE
FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INVESTIGATION**

N° Epid : _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _ - _ _

PAYS-REGION-DISTRICT-ANNEE-CAS

A remplir en trois exemplaires

Le patient a-t-il reçu une éducation sanitaire ? OUI/NON Le patient est-il entré dans une source d'eau ? OUI/NON

Lieu de prise en charge : CCC/Domicile/Centre de soins/Hôpital

Nom de la structure de soins/Centres de soins/Autres centres si le patient a été hospitalisé : _____

Date d'admission : __/__/____

Date de sortie : __/__/____

| SN.NO. | Localisation du ver du ver | Date d'émergence par le superviseur | Date de détection | Date de confirmation complète du ver | Date de l'expulsion normal | Pansement | Extrait |
|--------|-------------------------------|--|-------------------|---|-------------------------------|---|--------------------------|
| _____ | _____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |
| _____ | _____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| _____ | _____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | __/__/____ | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

VIII. Manipulation des échantillons

Un échantillon (ver) a-t-il été conservé et placé dans l'alcool ? OUI/NON Si NON, POURQUOI ?

**PROGRAMME D'ERADICATION DE LA DRACUNCULOSE
FORMULAIRE INDIVIDUEL D'INVESTIGATION**

N° Epid : _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _ _ - _ _ _

PAYS-REGION-DISTRICT-ANNEE-CAS

A remplir en trois exemplaires

Date d'envoi à la région : _____ Reçu par : _____ Date de réception par : _____

Date d'envoi au niveau national : _____ Reçu par : _____ Date de réception par : _____

Réservé à l'usage du Secrétariat national :

A-t-il été envoyé pour confirmation ? Oui/Non Date d'envoi : _____ Envoyé à : _____

Date de réception des résultats : _____

Resultats :

IX. Autres informations

Utilisation d'un filtre en tissu : OUI/NON Fréquence de remplacement des filtres 1-rarement; 2-parfois; 3-toujours; 4-jamais

Remarques: _____

Personne qui a rempli ce formulaire :

NOM

FONCTION

N° TEL PORTABLE

SIGNATURE

Responsable de la lutte contre la maladie ou de la surveillance:

ANNEXE 9D Décès maternel – Formulaire de notification

| Décès maternel - Formulaire de notification | | |
|--|---|----------|
| <i>Le formulaire doit être rempli pour tous les décès, y compris les décès liés aux avortements et aux grossesses extra-utérines, chez les femmes enceintes et jusqu'à 42 jours après la fin de la grossesse, quelles que soient la durée et la localisation de la grossesse</i> | | |
| Questions / Variables | | Réponses |
| 1 | Pays | |
| 2 | District | |
| 3 | Site notificateur | |
| 4 | Quel a été le nombre total de décès maternels pour cette année et pour ce site ? | |
| 5 | Date de ce décès maternel (jour/mois/année) | |
| 6 | Localité du décès maternel (village ou ville) | |
| 7 | Identifiant unique du registre (année- code du pays-district-site-numéro d'ordre du décès) | |
| 8 | Lieu du décès maternel (communauté, établissement de soins, hôpital de district, hôpital de recours ou hôpital privé, sur la route de la formation sanitaire ou de l'hôpital) | |
| 9 | Age (en années) de la personne décédée | |
| 10 | Gestations : Combien de grossesses avait eues la femme enceinte décédée | |
| 11 | Parité : Combien de fois la personne décédée a-t-elle accouché d'enfants nés à 22 semaines/500g ou plus ? | |
| 12 | Moment du décès (Préciser : Durant la grossesse ; A l'accouchement ; Durant l'accouchement ; Durant le post-partum immédiat, ou longtemps après l'accouchement »). | |
| 13 | En cas d'interruption de grossesse : spontanée ou induite ? | |
| Antécédents du décès maternel et facteurs de risque | | |
| 14 | La femme décédée a-t-elle reçu des soins anténataux ? (Oui/Non) | |
| | Avait-elle le paludisme ? (Oui/Non) | |
| 15 | Avait-elle de l'hypertension ? (Oui/Non) | |
| 16 | Avait-elle de l'anémie ? (Oui/Non) | |
| 17 | Le bébé se présentait-il mal ? (Oui/Non) | |
| 18 | Avait-elle déjà eu une césarienne ? (Oui/Non) | |
| 19 | Quel était son statut VIH ? (VIH+ ; VIH- ; statut VIH inconnu) | |
| Informations sur l'accouchement, le post-partum et la période néonatale | | |
| 20 | Combien de temps (heures) a duré le travail ? | |
| 21 | Quel a été le type d'accouchement ? [1=accouchement vaginal sans assistance ; 2=accouchement vaginal avec assistance (ventouse, forceps), 3=césarienne] | |
| 22 | Comment était l'enfant à la naissance ? (vivant ; mort-né) | |

Décès maternel - Formulaire de notification

Le formulaire doit être rempli pour tous les décès, y compris les décès liés aux avortements et aux grossesses extra-utérines, chez les femmes enceintes et jusqu'à 42 jours après la fin de la grossesse, quelles que soient la durée et la localisation de la grossesse

| | Questions / Variables | Réponses |
|----|--|----------|
| 23 | Si l'enfant est né vivant, est-il encore en vie 28 jours après sa naissance ? (1=encore en vie ; 2=décès néonatal ; 3 décès après l'âge de 28 jours) | |
| 24 | La personne décédée avait-elle été orientée vers un établissement de soins ou un hôpital ? (Oui/Non/Inconnu) | |
| 25 | Si oui, combien de temps cela a-t-il pris ? (heures) | |
| 26 | La personne décédée a-t-elle reçu des soins médicaux ou une intervention obstétrique/chirurgicale pour la cause du décès (Oui/Non/Inconnu) | |
| 27 | Si oui, préciser où et le traitement reçu* | |
| 28 | Cause principale du décès maternel | |
| 29 | Cause secondaire du décès maternel | |
| 30 | Analyse et interprétation des informations recueillies jusqu'ici (opinion de l'investigateur sur ce décès) | |
| 31 | Remarques | |
| 32 | Date de notification du décès maternel (jour/mois/année) | |
| 33 | Investigateur (titre, nom et fonction) | |
| | * <u>Traitement reçu</u> | |
| | Perfusions ; Plasma, Transfusion sanguine ; Antibiotiques ; Ocytocine ; Anti-épileptiques ; Oxygène ; Anti-paludéens ; Autre traitement médical ; Chirurgie ; Retrait manuel du placenta ; Aspiration intra-utérine manuelle ; Curetage ; laparotomie ; hystérectomie ; Accouchement à l'aide d'instruments (forceps, ventouse) ; césarienne ; anesthésie (générale, spinale (rachianesthésie), épidurale, locale) | |
| | <u>Définitions</u> | |
| | Gestations : nombre de grossesses de la femme- Parité : nombre de fois où la femme a accouché d'un enfant de 22 semaines/500g ou plus, vivant ou mort | |

ANNEXE 9E Tuberculose MDR et XDR – Formulaire individuel de notification

| Formulaire individuel de notification de cas de tuberculose multirésistante et ultrarésistante | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|-----------------|---------------------------------------|---|---|--|---|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|---|----|---------------------|
| Pays : | | | | | | Année : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Trimestre : | | | | | | Mois : | | | | Résultats des tests de sensibilité aux médicaments (S=Sensible ; R=Résistant ; I=Intermédiaire ; U=Inconnu) | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| N° identifiant unique (Année – Code pays- N° de dossier dans le registre TB) | Sexe (F/ M) | Age (Années) | Date du Diagnostic (jj/mm/aaaa) | Type de Notification (TB MDR* ou XDR**) | Site TB (Pulmonaire ou extra Pulmonaire) | Type de cas TB (Nouvel /Rechute /Après défaut /Après échec du 1 ^{er} traitement /Après échec de re- traitement /Transféré à /Autre) | Statut du patient (Sous traitement /Pas sous traitement /Inconnu) | Statut VIH (positif /négatif /Inconnu) | H | R | E | Z | S | T | A | K | C | Cf | Of | Lf | Mf | Gf | Gf | Pt | Et | C | PA | Autre (Préciser) |
| | | | | | | | | | x | x | x | x | x | h | m | m | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | x | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

ANNEXE 9F Fièvre hémorragique virale – Formulaire individuel d’investigation

Identifiant du cas

Date de réception : ___/___/___

Date de détection du cas ___/___/___

Ce cas a été notifié par (*cocher la bonne réponse et préciser*)

Equipe mobile _____ Centre de soins _____
 Hôpital _____ Autres : _____

Formulaire rempli par (prénom et nom) _____

Information fournie par (prénom et nom) _____

Lien familial avec le patient _____

Identité du patient

Prénom : _____ Nom de famille : _____ Surnom : _ -

Pour les jeunes enfants, fils/fille de (nom du père) _____

Date de naissance : ___/___/___ Age (années) _____ Sexe M F

Adresse permanente : Chef de famille (prénom et nom) _____

Village/Quartier _____ Pays _____ GPS lat _____ long

Nationalité: _____ Groupe ethnique _____

Profession du patient (*cocher la bonne réponse*)

Agent de santé, détails :

Nom de la formation sanitaire _____ Service _____ Qualification _____

Mineur Femme au foyer Chasseur/commerce de gibier Enfant

Ecolier/Edudiant Fermier Autre _____

Statut du patient

Statut du patient au moment de la détection Vivant Décédé Si décédé, préciser la date du décès :
___/___/___

Lieu du décès : Communauté, nom du village _____ Pays _____

Hôpital, nom et service _____ Pays _____

Lieu des funérailles, nom du village : _____ Pays _____

Historique de la maladie

Date du début des symptômes : ___/___/___

Nom du village où le patient est tombé malade _____

Le patient a-t-il voyagé durant sa maladie ? Oui Non NSP

Si oui, indiquer les lieux et pays :

Village _____ Centres de soins _____ Pays _____

_____ Centres de soins _____ Pays _____

Le patient avait-il de la fièvre ? Oui Non NSP. Si oui, date du début de la fièvre : ___/___/___

Le patient présente-t-il ou a-t-il présenté les symptômes suivants (cocher les cases correspondantes)

| | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Maux de tête : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Eruption cutanée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Vomissements/Nausées | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Saignements aux points d'injection | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Anorexie/Perte d'appétit | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Saignement des gencives | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Diarrhée | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Saignements oculaires (yeux rouges) | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Fatigue intense | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Selles noires ou sanglantes | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Douleurs abdominales | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Vomissements sanglants | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Douleurs musculaires ou articulaires | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Saignements de nez | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Difficulté à avaler | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Saignements vaginaux | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |
| Difficulté à respirer | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP | Hoquet | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> NSP |

Risques d'exposition

- Le patient a-t-il été hospitalisé ou a-t-il rendu visite à quelqu'un à l'hôpital au cours des trois semaines précédant le début de sa maladie ? Oui Non NSP ; Si Oui, Où ? _____ entre (dates) ___/___/___ et ___/___/___
- Le patient a-t-il consulté ou rendu visite à un guérisseur traditionnel durant les trois semaines précédant le début de sa maladie ou durant sa maladie ? Oui Non NSP ; Si Oui, donner le nom du guérisseur traditionnel _____ Village _____ Pays _____ ; Quand et où a eu lieu le contact ? Lieu _____ Date : ___/___/___
- Le patient a-t-il reçu des remèdes traditionnels ? Oui Non NSP ; Si oui, préciser quelle sorte :

-
- Le patient a-t-il participé à des funérailles au cours des trois semaines précédant le début de sa maladie ? Oui Non NSP
 - Le patient a-t-il voyagé au cours des trois semaines précédant le début de sa maladie ? Oui Non NSP

Si Oui, où ? _____ entre (dates) ___/___/___ et ___/___/___

- Le patient a-t-il eu des contacts avec un cas suspect connu/identifié au cours des trois semaines précédant le début de sa maladie ? Oui Non NSP ; Si oui, Nom de famille _____ Prénom _____

| |
|--------------------|
| Identifiant du Cas |
|--------------------|
- Lors du contact, le cas suspect était-il Vivant Mort Date du décès : ___/___/___
Date du dernier contact avec le cas suspect : ___/___/___

- Le patient a-t-il eu des contacts avec un animal sauvage (primate non humain ou autre) retrouvé mort ou malade dans le bush, ou avec un animal au comportement anormal, au cours des trois semaines précédant le début de sa maladie ?
 Oui Non NSP ; Si Oui, quel type d'animal ? _____ Lieu _____ date ___/___/___

Des prélèvements ont-ils été effectués /A-t-on prélevé des échantillons ? Oui Non NSP

Si Oui, à quelle date ? ___/___/___

Identifiant du cas

Date de réception :

Prélèvement de sang Urine Salive Biopsie de peau

Le patient a-t-il été envoyé à l'hôpital ? Oui Non

Le patient a-t-il été admis dans un service d'isolement ? Oui Non

Si Oui, nom de l'hôpital : _____ No. de l'hôpital : _____ Date d'hospitalisation : ___/___/___

Mise à jour des informations hospitalières

ID du Cas : _____

Date de réception : ___/___/___ Pays : _____ Membre de la famille qui a aidé le patient :

_____ Nom et prénoms : _____ Date de sortie : ___/___/___ OU Date du décès : ___/___/___

Laboratoire

A-t-on effectué un prélèvement ? avant le décès après le décès

Date du prélèvement : ___/___/___ Date des résultats : ___/___/___ ID du

Lab : _____

Prélèvement : Sang Sang avec anticoagulant Biopsie de peau Fonction

cardiaque Autre: _____

Résultats PCR pos neg ND Date : ___/___/___

Détection de l'Antigène pos neg ND date ___/___/___

Anticorps IgM pos neg ND date ___/___/___

Anticorps IgG pos neg ND date ___/___/___

ImmunoHistochimie pos neg ND Date ___/___/___

Issue(vérifiée 4 semaines après le début des symptômes)

Vivant **Décédé** Si décédé, date du décès ___/___/___

Classification du cas

Cas d'Alerte Présumé Probable Confirmé Exclu