

REPUBLIQUE DU SENEGAL



Un Peuple - Un But - Une Foi

Ministère de la Santé  
et de l'Action Sociale



Direction Générale de la Santé

Direction de la Lutte contre la Maladie

## **Programme National de Lutte contre le Paludisme**

---



# **DIRECTIVES NATIONALES DE SURVEILLANCE DU PALUDISME**

Décembre 2012



***Rue Aimé Césaire Fann Résidence - Dakar, Sénégal***  
***BP 25 270 • Tél. : 33 869 07 99 • Fax : +221 33 864 41 20***  
***E-mail : [contact@pnlp.sn](mailto:contact@pnlp.sn) • [www.pnlp.sn](http://www.pnlp.sn)***

# SOMMAIRE

## Liste des abréviations

## Avant-propos

## Introduction

### **Chapitre I : Rappel sur la surveillance épidémiologique des maladies au Sénégal**

- I. Définition
- II. Objectifs de la surveillance
- III. Types de surveillance
- IV. La surveillance intégrée des maladies et de la riposte au Sénégal
- V. La surveillance épidémiologique du paludisme

### **Chapitre II : Epidémiologie du paludisme au Sénégal**

- I. Dynamique de la transmission et stratification
- II. Strates actuelles et populations à risque

### **Chapitre III : Orientation stratégiques**

- I. Définition des concepts
- II. Zones de transmission élevée et modérée (strates II, III et IV)
- III. Zones de transmission faible (strate I)
- IV. Cas particulier des zones de pré-élimination
- V. Mécanisme de partage de l'information

### **Chapitre IV : Surveillance sentinelle**

- I. Données cliniques
- II. Données parasitologiques
- III. Données entomologiques
- IV. Données à collecter selon la zone ou la strate
- V. Périodicité de la collecte
- VI. Circuit et transmission de l'information
- VII. Analyse des données et suivi des indicateurs

### **Chapitre V : La Riposte**

- I. Définition
- II. Objectifs
- III. Préparation à répondre à une épidémie de paludisme et aux situations d'urgence
- IV. Réponse aux épidémies
- V. Élaboration du rapport
- VI. Évaluation et documentation de la réponse à l'épidémie

# LISTE DES ABREVIATIONS

Ace :	Acétylcholine
ACT :	Combinaison Thérapeutique à base de dérivés d'Artémésinine
AID:	Aspersion Intra Domiciliaire
ASC :	Agent de Santé Communautaire
DSDOM:	Dispensateur de Soins à Domicile
ECD :	Equipe - Cadre de District
ECR :	Equipe - Cadre de Région
GE :	Goutte Epaisse
IEC /CCC:	Information, Education, Communication/communication pour un Changement de Comportement
KDR :	Knock down resistance
LAL :	Lutte Anti Larvaire
MILDA:	Moustiquaire Imprégnée à Longue Durée d'Action
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PCR :	Polymerase Chain Reaction
PNLP :	Programme National de Lutte contre le Paludisme
RESUP :	Riposte aux épidémies et aux situations d'urgence liées au paludisme
SIMR :	Surveillance Intégrée des maladies et de la Riposte
TDR:	Test de Diagnostic Rapide

## AVANT PROPOS

Au Sénégal, la lutte contre le paludisme occupe une place importante dans la politique de santé. Ainsi, il a été mis en place depuis 1995 un Programme National de Lutte contre le Paludisme. Dans ce cadre, quatre plans stratégiques quinquennaux (1996- 2000, 2001-2005, 2006-2010 et 2011-2015) ont été élaborés.

Pendant la période 2006 - 2011, la lutte contre le paludisme a bénéficié de moyens financiers et techniques sans précédent avec un engagement politique très fort. Durant cette même période, des moyens de lutte à efficacité prouvée (introduction des MILDA, AID, ACT et TDR) ont renforcé les interventions pour la prévention et le traitement du paludisme.

La mise en œuvre de toutes ces interventions s'est accompagnée d'une amélioration du dispositif de suivi - évaluation et de surveillance qui cependant doit être dynamique et s'adapter aux défis de l'heure.

# INTRODUCTION

La lutte contre le paludisme au Sénégal durant ces dernières années a eu un impact positif sur la réduction du fardeau de la maladie, Ces résultats encourageants découlent d'un ensemble d'efforts allant de la mobilisation accrue des ressources financières, des ressources humaines de qualité et d'un cadre de planification et de mise en œuvre adéquat,

Ces différents constats ont été relevés par la revue du PNLP effectuée avec la participation des partenaires qui a servi à l'élaboration du plan stratégique 2011 – 2015. Ce plan a tenu compte des recommandations de la revue et des performances réalisées en terme de baisse de la morbidité et de la mortalité et a décliné les ambitions de la lutte contre le paludisme à l'horizon 2015.

Ainsi, les objectifs fixés sont d'atteindre le seuil de pré – élimination et de réduire la mortalité liée au paludisme de 75%.

Pour ce faire, une analyse critique de l'épidémiologie du paludisme a permis de procéder à une stratification opérationnelle et de réaffirmer le choix stratégique d'adapter les interventions de lutte aux strates ainsi définies. La nécessité d'intégrer la Surveillance Intégrée des maladies et de la Riposte (SIMR) et d'élaborer les Directives Nationales sur la Surveillance Epidémiologique a été ainsi consignée dans le plan stratégique afin de rendre plus efficace la surveillance et de relever ainsi un des défis de la pré – élimination.

Ces directives décrivent les normes et procédures pouvant garantir une qualité des activités de surveillance à tous les niveaux du système de santé y compris le niveau communautaire.

## **CHAPITRE I**

# **RAPPEL SUR LA SURVEILLANCE EPIDEMIOLOGIQUE DES MALADIES AU SENEGAL**

## **I. DÉFINITION**

La surveillance épidémiologique consiste en la collecte systématique continue des données, leur analyse et la diffusion de l'information pour une prise de décision.

## **II. OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE**

Quatre objectifs ont été assignés à la surveillance au Sénégal :

- suivre les tendances de la maladie ;
- identifier les populations à risque ;
- suivre l'impact du programme ou des interventions ;
- alerter précocement sur les problèmes de santé.

## **III. TYPES DE SURVEILLANCE**

Ils sont de deux types :

- Surveillance passive

Les informations sont acheminées sans sollicitation ou intervention de la part des services responsables de la surveillance. Le système attend les notifications.

- Surveillance active

C'est la collecte de données de façon périodique par un contact régulier avec les services concernés pour s'enquérir de la présence ou de l'absence de nouveaux cas d'une maladie particulière. Le système cherche l'information.

## **IV. LA SURVEILLANCE INTÉGRÉE DES MALADIES ET DE LA RIPOSTE AU SÉNÉGAL**

Au Sénégal, la surveillance épidémiologique des maladies est menée sur toute l'étendue du territoire. Son organisation et son mode de fonctionnement sont décrits dans un document de référence qui est le guide de la Surveillance Intégrée des Maladies et de la Riposte (SIMR). Ce guide a été élaboré et validé en 2008 et une mise à jour est prévue durant l'année 2013. Le nombre de maladies concernées est de 39, dont le paludisme.

L'objectif de la SIMR est d'intégrer les différents systèmes de surveillance mis en place par les programmes et de rendre plus efficace l'implication de tous les acteurs es qualité concernés par la surveillance.

## **V. LA SURVEILLANCE ÉPIDÉMIOLOGIQUE DU PALUDISME**

Conformément aux objectifs de pré-élimination du paludisme à l'horizon 2015, les choix stratégiques du PNLN portent sur un renforcement de la surveillance et une optimisation de la gestion des épidémies et des situations d'urgence. Dans ce domaine les cibles fixées sont :

- au moins, 80% des épidémies sont détectées précocement ;
- toutes les épidémies détectées sont contrôlées dans les deux semaines suivant leur apparition ;
- au moins 80% des situations d'urgence identifiées bénéficient d'un dispositif de réaction adéquat.



## **CHAPITRE II**

# **EPIDEMIOLOGIE DU PALUDISME AU SENEGAL**

L'épidémiologie du paludisme au Sénégal se caractérise par une répartition inégale du niveau de transmission et un niveau de vulnérabilité des populations variable selon les caractéristiques socio démographiques, les conditions climatiques et les facteurs écologiques.

Les parasites du paludisme sont rencontrés dans toutes les régions avec une prédominance du *Plasmodium falciparum*. Cependant, la prévalence de ce parasite est variable selon les zones géographiques.

La transmission des parasites est assurée par six espèces anophéliennes dont trois vecteurs majeurs (*Anopheles gambiae*, *An. arabiensis* et *An. funestus*) et trois vecteurs secondaires ou d'importance locale (*An. melas*, *An. nili* et *An. pharoensis*).

## **I. DYNAMIQUE DE LA TRANSMISSION ET STRATIFICATION**

La dynamique de la transmission varie suivant les zones climatiques majeures correspondant à deux principaux faciès éco-épidémiologiques du paludisme : le faciès tropical et le faciès sahélien.

- le faciès tropical :

Il correspond à la zone soudanienne caractérisée par une transmission saisonnière de 4 à 6 mois, couvrant la saison des pluies et une partie de la saison sèche.

- le faciès sahélien :

Il est caractérisé par une transmission saisonnière courte (< 4 mois).

## **II. STRATES ACTUELLES ET POPULATIONS À RISQUE**

Toute la population sénégalaise est exposée au paludisme comme l'indique la répartition du parasite et de son vecteur. Cependant il existe des disparités importantes entre les régions et entre les milieux urbain et rural qui se reflètent par la différence notée dans l'incidence de la maladie.

Depuis 2009, une stratification opérationnelle basée sur l'incidence et le niveau de transmission a été réalisée par le PNLP.

**TABLEAU 1 : RÉPARTITION DE LA POPULATION À RISQUE  
PAR STRATE AU SÉNÉGAL EN 2009**

Strates	Critères : cas de paludisme pour 1000 habitants	Caractéristiques des strates		
		Nombre de districts	Population de la strate	Situation géographique et endémicité
<b>Strate I</b>	<b>&lt; = 5</b>	<b>13</b>	<b>2 747 075</b>	Zone sahélienne de la basse et de la moyenne vallée du fleuve Sénégal et le Ferlo. <b>Endémicité faible.</b>
<b>Strate II</b>	<b>5 - 15</b>	<b>28</b>	<b>3 588 719</b>	Zone soudano-sahélienne, régions du centre du pays. <b>Endémicité moyenne.</b>
<b>Strate III</b>	<b>&gt; 15</b>	<b>25</b>	<b>3 158 182</b>	Zone soudanienne, régions sud du pays. <b>Endémicité élevée.</b>
<b>Strate IV</b>	<b>Hétérogène</b>	<b>08</b>	<b>2 685 392</b>	Faciès urbain et suburbain de la région de Dakar

## **CHAPITRE III**

# **ORIENTATIONS STRATEGIQUES DE LA SURVEILLANCE DU PALUDISME**

La conception des systèmes de surveillance du paludisme dépend de deux facteurs: (i) le niveau de transmission du paludisme et (ii) les ressources disponibles pour effectuer la surveillance.

Dans la phase initiale de contrôle, il y a souvent beaucoup de cas de paludisme qu'il n'est pas possible d'examiner et de réagir individuellement devant chaque cas confirmé. Ainsi, l'analyse est basée sur des chiffres globaux et des mesures sont prises au niveau de la population. Quand la transmission se réduit progressivement, il devient de plus en plus possible et nécessaire de suivre et de répondre à chaque cas individuel.

La situation du Sénégal montre des zones géographiques en pré-élimination et des zones de contrôle de la maladie. Ainsi il sera mis en place un système de surveillance adapté en fonction du niveau d'endémicité du paludisme dans les différentes zones du pays. Ce système comportera aussi des sites de surveillance entomologique et parasitologique.

## **I. DÉFINITION DES CONCEPTS**

### **• Définition des cas dans les zones de contrôle**

#### *o Cas suspect de paludisme :*

C'est une personne malade présentant une fièvre ou antécédent de fièvre sans autre signe d'appel pouvant être à l'origine de la fièvre.

#### *o Cas confirmé de paludisme :*

C'est le cas suspect de paludisme qui a le TDR et/ou la GE positif (s).

#### *o Cas grave de paludisme :*

C'est tout cas confirmé par GE et /ou TDR hospitalisé pour paludisme.

#### *o Cas présumé de paludisme :*

C'est tout cas suspect de paludisme sans test diagnostique pour confirmer le paludisme mais néanmoins traité de façon présomptive comme un paludisme.

### **• Définition de cas dans les zones de pré – élimination /élimination**

#### *o Cas autochtones*

Une personne qui a séjourné de manière permanente dans l'aire géographique du district dans les quinze jours précédant le début de la maladie est considérée comme un cas autochtone

#### *o Cas importés*

Une personne qui a séjourné en dehors de l'aire géographique du district dans les quinze jours précédant le début de la maladie est considérée comme un cas importé.

### *o Cas induit*

C'est un cas dont l'origine peut être rattachée à une transfusion sanguine ou une autre forme d'inoculation parentérale mais pas par la transmission normale par un moustique.

#### • **Line-listing :**

C'est la liste des personnes testées, avec leur âge et les résultats du TDR lors des investigations.

#### • **Détection des cas**

##### *o Détection passive :*

Il s'agit des cas de paludisme parmi les malades qui se présentent spontanément dans les structures sanitaires (y compris lors des stratégies avancées) ou auprès des agents communautaires chargés de faire la prise en charge (ASC, DSDOM).

##### *o Détection active proactive :*

L'agent de santé se déplacera pour tester l'ensemble de la population symptomatique dans une zone donnée.

##### *o Détection active réactive :*

L'agent se déplace dans les concessions autour d'un cas index pour tester la population symptomatique ou non.

#### • **Hot spot (foyer chaud) :**

C'est une zone circonscrite avec une incidence élevée située dans une zone de faible prévalence.

#### • **Rétablissement de la transmission:**

La présence renouvelée d'une incidence constante et mesurable des cas et d'une transmission par les moustiques dans une région au cours de deux ou plusieurs années successives.

#### • **Elimination :**

C'est une réduction à zéro de l'incidence de l'infection par les parasites du paludisme humain dans une zone géographique définie suite à des efforts soutenus. Des mesures continues doivent être fournies pour empêcher le rétablissement de la transmission.

#### • **Eradication:**

C'est une réduction permanente à zéro de l'incidence mondiale de l'infection causée par des parasites du paludisme humain à la suite des efforts soutenus. Les mesures d'intervention ne sont plus nécessaires une fois l'éradication réalisée.

- **Certification:**

C'est une accréditation accordée par l'OMS après qu'il est prouvé au-delà de tout doute raisonnable que la chaîne de transmission locale du paludisme humain par les moustiques anophèles est entièrement interrompue dans tout le pays pendant trois années successives.

## **II. ZONES DE TRANSMISSION ÉLEVÉE ET MODÉRÉE (STRATES II, III ET IV)**

Dans ces zones d'endémicité élevée, la surveillance a pour but de fournir des informations essentielles aux managers de programme pour orienter les actions vers une réduction de la morbidité et de la mortalité liées au paludisme. Ce dispositif correspond à la surveillance de routine. Dans le souci d'un rapportage hebdomadaire efficace les autres données nécessaires pour une meilleure analyse de données de surveillance seront capturées par le système de routine ou les investigations réalisées suite à l'identification d'un phénomène anormal décelé par le suivi des cas.

### **II.1. Détection des cas**

C'est une détection passive.

### **II.2. Enregistrement et supports de collecte**

- **Au niveau communautaire**

- Enregistrer toutes les informations au niveau du cahier de consultations mis en place.
- Collecter les données de la surveillance dans les fiches de notification hebdomadaires et transmettre au poste de santé.

- **Au niveau postes de santé**

- Enregistrer toutes les informations au niveau du registre de consultations mis en place.
- Collecter les données de la surveillance dans les fiches de notification hebdomadaires et transmettre au district sanitaire.

- **Au niveau centres de santé et hôpitaux**

Consultation Externe :

- *Enregistrer toutes les informations au niveau du registre de consultations.*
- *Collecter les données de la surveillance dans les fiches de notification hebdomadaires et transmettre au district sanitaire.*

Patients hospitalisés :

- *Enregistrer toutes les informations au niveau du registre et des dossiers de malade mis en place.*

### II.3. Données à collecter

Les données à collecter sont :

- **En consultation externe**

- Cas suspects de paludisme par cible
- Cas testés par microscopie ou TDR par cible
- Cas confirmés par cible

### II.4. Périodicité

Une fois par semaine, la formation sanitaire synthétise les données relatives aux cas systématiquement notifiés.

### II.5. Circuit et transmission de l'information

Le circuit de transmission des informations épouse celui du système national de surveillance déjà mis en place. Les données collectées au niveau des formations sanitaires sont transmises au district d'appartenance où elles sont compilées et transmises à la région d'appartenance qui compile les données de tous ses districts et envoie une copie au niveau central.

### II.6. Analyse des données et suivi des indicateurs

Les revues trimestrielles serviront d'instance de partage et d'analyse. Les données sont compilées et analysées à tous les niveaux pour suivre de façon régulière les tendances épidémiologiques. Ainsi les actions suivantes sont entreprises :

- **Au niveau poste de santé :**

- *Tabuler les données et/ou tracer les graphiques pour faire une analyse comparative par période sur les cas suspects, les cas confirmés et les cas référés*
- *Donner la complétude par rapport aux cases et DSDOM devant rapporter*

- **Au niveau district**

- *Préparer des analyses relatives à la chronologie, au lieu et aux caractéristiques individuelles (âge et sexe notamment) pour des malades hospitalisés ou en consultation externe.*
- *Rapporter le nombre de cas confirmés selon les cibles, le nombre de cas graves pris en charge, le nombre de cas graves référés par les postes, le nombre de décès dûs au paludisme par cible.*
- *Tabuler les données et/ou tracer les graphiques pour faire une analyse comparative par période.*
- *Tracer les graphiques sur le nombre de cas testés/cas suspects, la morbidité et mortalité proportionnelles, l'incidence.*
- *Analyser la promptitude et la complétude.*

- **Au niveau régional et central**

Faire les mêmes types d'analyses que le niveau district.



### III. ZONES DE TRANSMISSION FAIBLE (STRATE I)

L'objectif de la surveillance est de rompre la transmission locale en identifiant les cas et en les investiguant. La surveillance permet de prévenir et de traiter les infections palustres et de donner la preuve de l'élimination.

Dans ces zones, on procède à la combinaison de détections passive à partir des points de prestation (cases de santé, DSDOM, postes de santé, centres de santé, hôpitaux) et active dans les communautés et les ménages.

La détection active est orientée par la détection passive qui donne suffisamment d'informations à partir de la documentation effectuée sur le cas.

Au cours de la détection active un screening de la fièvre sera effectué au sein de la communauté, les cas fébriles feront l'objet de test et les cas positifs systématiquement traités avec les ACT.

En outre, tous les cas graves et décès doivent faire l'objet d'un enregistrement sur un « line-listing » pour recueillir et documenter toutes les informations utiles autour du cas (cf fiche line - listing)

#### III.1. Types de données à collecter

Les données à collecter en consultation externe et en hospitalisation sont identiques à la zone de transmission modérée et élevée.

En plus de ces informations, il sera collecté :

- **Les données environnementales portant sur:**

- les cours d'eau et niveaux limnimétriques si possible
- la pluviométrie,
- les gîtes larvaires potentiels et les gîtes productifs/positifs

- **Les données d'investigation des points chauds**

- les tranches d'âge
- le sexe
- le résultat du TDR
- l'existence de fièvre ou antécédent de fièvre

#### III.2. Les supports de collecte

##### **Pour la détection passive :**

Les mêmes supports que pour les zones à transmission élevée et modérée seront utilisés. En outre l'outil de collecte pour l'investigation de tous les cas graves et décès sera renseigné (voir annexe).

### **Pour la détection active :**

Il sera utilisé la line - listing des cas positifs et négatifs (voir annexe).

### **III.3. Périodicité**

Toutes les semaines, la formation sanitaire synthétise les données relatives aux cas systématiquement notifiés et communique les totaux au district.

Au niveau du district, les données sont rassemblées toutes les semaines et transmises à la région. Pour ce qui est des données de l'investigation autour des cas graves et décès, elles sont systématiquement transmises à l'échelon supérieur dès remplissage de la fiche

La liste linéaire d'investigation des points chauds ayant fait l'objet d'une détection active sera transmise immédiatement au district.

### **III.4. Circuit de l'information**

Le circuit de transmission des informations épouse celui du système national de surveillance déjà mis en place. Les données collectées au niveau des formations sanitaires sont transmises au district d'appartenance où elles sont compilées, analysées et transmises à la région d'appartenance qui compile les données de tous ses districts et envoie une copie au niveau central.

### **III.5. Analyse des données (quel seuil utilisé pour déclencher une investigation)**

Sur la base des données de surveillance des cinq dernières années :

- *établir les moyennes hebdomadaires antérieures*
- *considérer le double de ces moyennes comme seuil d'alerte pour une investigation rapide au niveau du poste de santé ; l'équipe du district utilisera la moyenne hebdomadaire plus deux écarts type.*

L'investigation portera sur le statut des cas (autochtones/importés), si la transmission est locale et sur les niveaux du risque d'amplification ou d'extension (entomologie et parasitologie).

Les résultats de l'investigation menée dans la semaine suivant la détection du seuil permettront au district de décider de la mise en œuvre d'une riposte et la sollicitation des niveaux supérieurs pour appui ou de poursuivre la surveillance pour confirmer les tendances à caractère épidémique ou les infirmer.

L'analyse mensuelle des investigations des cas graves et des décès est effectuée au niveau du district.

## **IV. CAS PARTICULIER DES ZONES DE PRÉ-ÉLIMINATION**

### **IV.1. Détection des cas**

Dans ces zones la surveillance combinera deux types de détection : la détection passive et la détection active dans sa forme réactive.

### **IV.2. Types de données à collecter**

En consultation externe et en hospitalisation les données collectées sont les mêmes qu'au niveau de la zone de transmission modérée et élevée.

En plus de ces informations, il sera collecté :

- Les données environnementales portant sur:
  - les cours d'eau et niveaux limnimétriques si possible
  - la pluviométrie,
  - les gîtes larvaires potentiels et les gîtes productifs/positifs
  - Etc.
- Les données sur les interventions : couverture MILDA, autres mesures.

### **IV.3. Les supports de collecte**

- Outils de gestion classique (voir annexe)
- Fiche de notification du cas (voir annexe)
- Fiche de documentation du cas (voir annexe)
- Fiche d'investigation du contact (voir annexe)

### **IV.4. Périodicité**

Une fois par semaine, la formation sanitaire synthétise les données relatives aux cas systématiquement notifiés et communique les totaux au district. Au niveau du district, les données sont rassemblées toutes les semaines et transmises à la région.

1. notifier et documenter systématiquement et immédiatement chaque cas positif.
2. investiguer dans les 72 heures autour de chaque cas positif.

L'investigation autour des cas sera poursuivie durant le reste de la semaine si la transmission est locale, sur les niveaux du risque d'amplification ou d'extension (entomologie). Les résultats de cette investigation permettront au district de décider de la mise en œuvre d'une riposte et la sollicitation des niveaux supérieurs pour appui ou de poursuivre la surveillance pour confirmer les tendances à caractère épidémique ou les infirmer.

#### **IV.5. Circuit de l'information**

Le circuit de transmission des informations épouse celui du système national de surveillance déjà mis en place. Les données collectées au niveau des formations sanitaires sont transmises au district où elles sont compilées et transmises à la région (avec copie au PNLP) qui compile les données de tous ses districts et envoie une copie au niveau central. Pour chaque cas positif détecté dans les structures, il faudra informer immédiatement le district par les voies de communication rapide disponibles.

#### **IV.6. Analyse des données**

L'analyse des cas détectés sera systématiquement complétée par celle des facteurs de risque. Chaque cas fait l'objet d'une investigation pour l'analyse (répartition des cas positifs autour de l'index, etc). La liste et la cartographie des cas sont également effectuées. Les résultats seront illustrés sous forme de carte et de graphique. Le PNLP mettra en place un logiciel d'analyse des données.

### **V. MÉCANISME DE PARTAGE DE L'INFORMATION**

#### **V.1. Les canaux de diffusion:**

La rétro-information sera assurée par le biais du Bulletin épidémiologique mensuel. Les autres canaux de diffusion sont : les rapports d'activités périodiques, les revues périodiques, les réunions de coordination périodiques, le rapport statistique annuel du PNLP, l'Internet, etc.

#### **V.2. Au niveau central :**

Les données recueillies et analysées sont partagées avec tous les acteurs, partenaires et décideurs.

#### **V.3. Au niveau intermédiaire :**

Les informations sont partagées lors des réunions avec les acteurs et les partenaires.

#### **V.4. Au niveau opérationnel :**

Les données de routine sont partagées lors des réunions mensuelles de coordination et lors des réunions communautaires.

# **CHAPITRE IV**

## **LA SURVEILLANCE SENTINELLE**

La surveillance sentinelle se fera en s'appuyant sur des sites sentinelles qui sont des échantillons de zones permettant de généraliser les informations fournies ou recueillies et les conclusions au reste du pays.

La surveillance sentinelle sur site a pour objectif de fournir des données cliniques, entomologiques, parasitologiques, et environnementales nécessaires à l'appréciation de l'évolution du paludisme en fonction des localités du pays.

Le choix des sites prend en compte entre autres l'existence d'activité de surveillance d'un ou de plusieurs paramètres paludométriques corrélés à la stratification et aux interventions majeures. La détection des cas sera passive et active.

### **I. DONNÉES CLINIQUES :**

(cf. chapitre III)

### **II. DONNÉES PARASITOLOGIQUES :**

Pour la surveillance parasitologique il sera réalisé des enquêtes périodiques de prévalence parasitaire (IP : indices plasmodiques et IG : indices gamétocytiques chez 100 à 150 enfants de 2 à 15 ans de chaque site) avec deux passages par an (fin saison sèche et fin saison des pluies). La surveillance de la sensibilité des parasites sera réalisée une fois tous les deux ans dans les zones éligibles. Là où les tests de sensibilité ne sont pas réalisables (cas rares de paludisme), la recherche des marqueurs moléculaires de la résistance aux antipaludiques sera de règle.

Une introduction progressive de la microscopie pour une surveillance parasitologique continue (identification des espèces plasmodiales, densité parasitaire, stade évolutif, etc) sera effectuée sur site.

### **III. DONNÉES ENTOMOLOGIQUES :**

Les enquêtes entomologiques se feront à la même période que la parasitologie. Elles se feront par la récolte de la faune résiduelle matinale et des captures nocturnes de la faune agressive sur homme. La sensibilité des vecteurs aux insecticides sera évaluée et les mécanismes communs de résistance comme le kdr et Ace-1 seront recherchés.

Dans les zones de pré-élimination, il faudra en plus, qu'une surveillance communautaire continue soit effectuée par une récolte de la faune résiduelle et une prospection des gîtes larvaires potentiels dans deux villages sélectionnés du site.

## **IV. DONNÉES À COLLECTER SELON LA ZONE OU LA STRATE**

### **IV.1. Données cliniques :**

(cf chapitre III) :

### **IV. 2. Données parasitologiques :**

- Pour toutes les zones (transmission élevée, moyenne, faible et pré-élimination), on collectera :
  - des données de prévalence parasitaire (*Indice Plasmodique et Indice Gamétocytaire par espèce/tranche d'âge*).
  - la sensibilité des parasites aux antipaludiques/marqueurs moléculaires
- Pour les zones de pré-élimination, on collectera en plus la PCR et la sérologie.

### **IV.3. Données entomologiques :**

- composition spécifique,
- densité des populations des vecteurs,
- comportements trophique et de repos,
- sensibilité aux insecticides
- cartographie des gîtes

## **V. PÉRIODICITÉ DE LA COLLECTE**

### **V.1. Données cliniques :**

(cf chapitre III).

### **V.2. Données parasitologiques :**

Deux passages par an (fin saison sèche et fin saison des pluies) pour les enquêtes de prévalence et une fois tous les deux ans pour la surveillance de la sensibilité des parasites aux antipaludiques et des marqueurs moléculaires de la résistance.

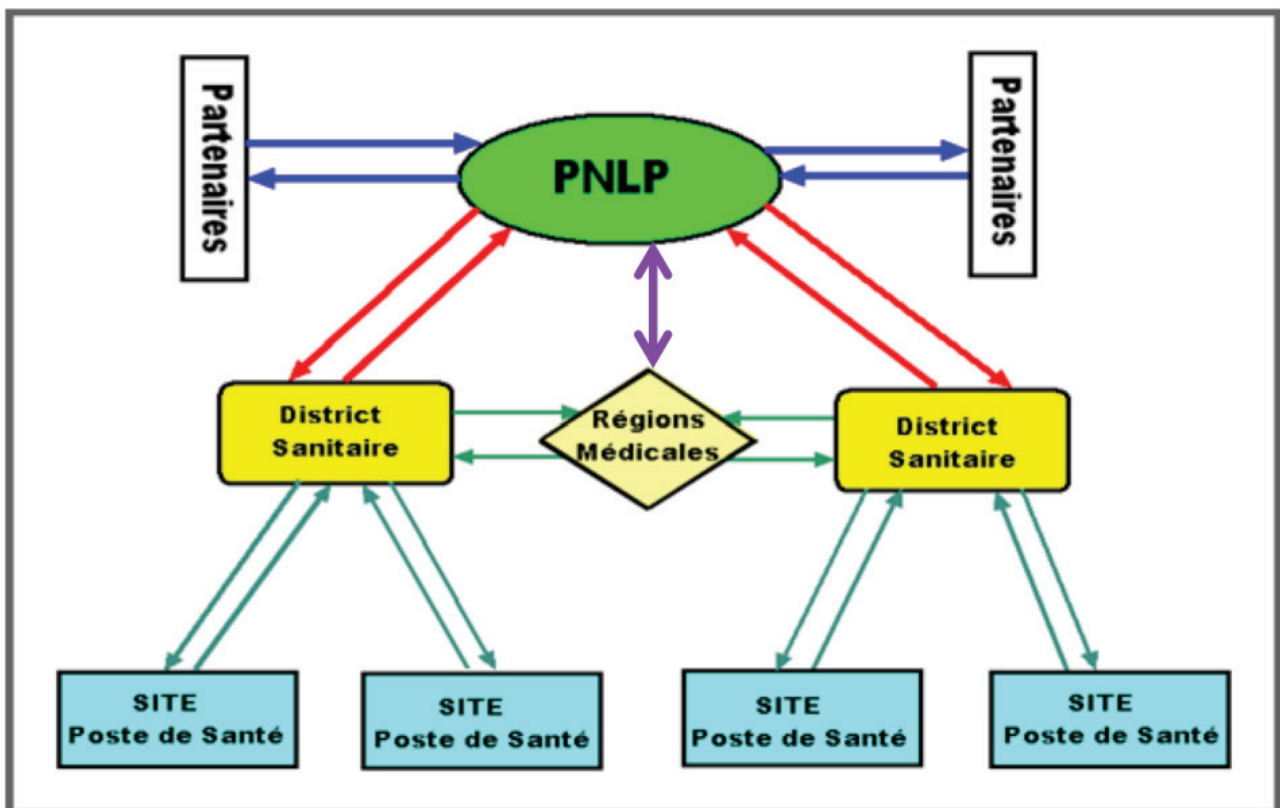
### **V.3. Données entomologiques :**

- deux passages à la même période que la parasitologie et une fois tous les deux ans pour la surveillance de la sensibilité des vecteurs aux insecticides et la recherche des mécanismes de résistance.
- dans les zones de pré-élimination, il faudra en plus des deux passages qu'une surveillance

entomologique communautaire continue soit effectuée par une récolte bimensuelle de la faune résiduelle et une prospection bimensuelle des gîtes larvaires potentiels. Dans ces zones, il faut prévoir quatre passages (entomologie et parasitologie) par an au niveau des sites sentinelles.

## VI. CIRCUIT ET TRANSMISSION DE L'INFORMATION

En début de chaque semaine les responsables des sites transmettent les données de la semaine précédente aux niveaux supérieurs de la pyramide sanitaire.



Circuit de transmission des données et rétroinformation

Un rapport d'analyse des résultats des données parasitologiques et entomologiques est transmis au PNLP dans un délai maximal d'un mois après chaque passage.



## **VII. ANALYSE DES DONNÉES ET SUIVI DES INDICATEURS**

Il faudra compiler et analyser les données à tous les niveaux pour suivre de façon régulière les tendances épidémiologiques. Ainsi les actions suivantes sont entreprises :

### **VII.1. Au niveau poste de santé :**

- rapporter le nombre de cas confirmés selon les cibles chaque semaine.
- tabuler les données et/ou tracer les graphiques pour faire une analyse comparative par période

### **VII.2. Au niveau district :**

- rapporter le nombre de cas confirmés selon les cibles
- tabuler les données et/ou tracer les graphiques pour faire une analyse comparative par période
- tracer les graphiques sur le nombre cas testés/cas suspects, la morbidité et la mortalité proportionnelles, l'incidence.
- analyser la promptitude et la complétude.

### **VII.3. Aux niveaux régional et central :**

Faire les mêmes types d'analyse que le niveau district

Pour les enquêtes périodiques (entomologie et parasitologie), l'analyse est effectuée dans les rapports soumis.

Mécanisme de partage de l'information (cf transmission élevée et modérée).

# **CHAPITRE V**

## **LA RIPOSTE**

## **I. DÉFINITION**

La riposte consiste à mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières pour mettre en œuvre les activités de réponse adéquates aux épidémies ou aux situations d'urgence.

## **II. OBJECTIF**

La gestion et la riposte contre les épidémies et les situations d'urgence liées au paludisme ont pour objectif de maîtriser l'épidémie ou la situation d'urgence en traitant et en endiguant de façon précoce la maladie afin de prévenir les décès ou les handicaps évitables.

Dans le plan stratégique 2011-2015, le PNLP s'est fixé comme objectif le contrôle des épidémies dans les deux semaines suivant leur détection.

## **III. PRÉPARATION À RÉPONDRE À UNE ÉPIDÉMIE DE PALUDISME ET AUX SITUATIONS D'URGENCE**

### **III.1. Mise en place d'un comité de gestion des épidémies**

Dans le cadre de la SIMR, les comités multisectoriels de gestion des épidémies existent à tous les niveaux de la pyramide sanitaire. La Riposte aux Épidémies et aux Situations d'Urgence liées au Paludisme (RESUP) est partie intégrante des missions dévolues à ces instances de coordination et de gestion.

Les rôles et responsabilités du comité de gestion des épidémies sont :

- examiner et approuver les dispositions préparatoires en matière de lutte et de riposte contre les épidémies ;
- mobiliser les ressources visant la prévention et la lutte contre les épidémies ;
- coordonner et suivre les activités de riposte contre toute flambée épidémique y compris la dissémination des informations au grand public et aux organes de presse ;
- contrôler l'utilisation des ressources (médicaments et intrants de lutte contre le paludisme, ressources logistiques et financières) ;
- coordonner les activités d'évaluation post épidémique.

Le comité de gestion des épidémies se réunira périodiquement pour évaluer la situation épidémique qu'il y ait ou non une flambée épidémique. En période non épidémique, ce comité doit se réunir :

- pour évaluer les tendances des épidémies et suivre la mise en œuvre du plan de lutte contre les épidémies de façon trimestrielle pour les districts, semestrielle pour les régions et annuelle pour le niveau national ;

- collecter et analyser les données géo-climatiques (pluviométrie, limnimétrie, surface d'irrigation, existence de mares, etc.) ;
- organiser une réunion spéciale au début de chaque saison de haute transmission afin d'examiner la pertinence des mesures préparatoires ;
- partager les conclusions et recommandations arrêtées au cours de ces réunions avec les autorités supérieures.

En période d'épidémie de paludisme ou de situations d'urgence liées au Paludisme, le comité doit :

- se réunir aussitôt que l'épidémie est confirmée ;
- tenir des réunions quotidiennes dès le début d'une flambée épidémique et ensuite hebdomadaire en fonction de l'évolution de l'épidémie ;
- évaluer et solliciter de l'appui si la situation requiert des moyens en plus de ceux mis à la disposition du district ;
- examiner et améliorer la réponse à l'épidémie pour assurer le succès des actions de lutte ;
- rédiger un procès-verbal à la suite de chaque réunion et le transmettre aux autorités supérieures.

## **III.2. Description du rôle des acteurs**

Les rôles des acteurs sont décrits selon le niveau de la pyramide sanitaire.

### **III.2.1. Au niveau du district sanitaire**

Au niveau des départements, l'équipe- cadre de district est le bras technique du comité de gestion des épidémies.

A cet effet, l'ECD et le personnel de santé du district devront, à titre de routine :

- initier les rencontres périodiques avec le comité de gestion des épidémies ;
- analyser les données de surveillance pour rechercher des tendances présentant un problème ;
- s'assurer que les agents de santé de toutes les formations sanitaires du district connaissent et utilisent les protocoles recommandés de prise en charge des cas de paludisme ;
- contrôler et mettre à jour les fournitures et ressources nécessaires pour la riposte au paludisme en cas d'épidémie en vérifiant notamment les aspects suivants :
  - *présence d'un personnel qualifié ;*
  - *équipement et fournitures pour le diagnostic et le traitement du paludisme ;*
  - *fourniture pour la prévention de la transmission du paludisme (MILDA, AID, LAL) ;*
  - *ressources en matière de transport et communication ;*
  - *création d'une ligne budgétaire pour assurer la riposte contre les épidémies.*

- vérifier tous les trois mois les stocks des équipements et des fournitures d'urgence pour s'assurer qu'ils sont disponibles et utilisables ;
- assurer la disponibilité du personnel spécialisé en IEC/CCC dans les zones à risque peu avant la période de haute transmission du paludisme.

En cas d'épidémie ou de situations d'urgence liées au paludisme, les tâches précitées seront menées de façon plus soutenue.

### **III.2.2. Au niveau de la région médicale**

En plus des rôles dévolus à l'ECD, l'équipe- cadre de région doit :

- apporter toute forme d'assistance nécessaire au district
- alerter les districts voisins à celui où l'épidémie est déclarée
- coordonner les activités de riposte si plusieurs districts font face à la même flambée,

### **III.2.3 Au niveau central**

Le comité national de lutte contre les épidémies, à travers le PNLP, assurera :

- la disponibilité des intrants de lutte contre le paludisme ;
- la mise à disposition des ressources financières et matérielles (intrants et logistiques) pour la riposte ;
- l'appui technique aux régions médicales et aux districts sanitaires ;
- l'information des régions voisines à celle où l'épidémie est en cours
- la coordination des activités de riposte si plusieurs régions sont concernées

## **III.3. Mise en place d'une équipe opérationnelle de réponse rapide aux épidémies et aux situations d'urgence liées au paludisme**

Une équipe pluridisciplinaire constituée d'agents de santé, d'agents communautaires, d'agents d'hygiène et d'entomologistes sera mise en place et mettra en œuvre des activités adaptées à chaque strate.

## **III.4. Planification de la riposte aux épidémies et aux situations d'urgence liées au paludisme.**

Le but d'une telle planification est de renforcer les capacités du district en matière de préparation de la lutte contre les épidémies et les situations d'urgence liées au paludisme.

Le plan envisagé doit :

- être fondé sur l'évaluation de la situation épidémiologique, les besoins et les ressources disponibles pour préparer la riposte contre toute épidémie ;

- prendre en compte les situations susceptibles de se transformer en épidémies dans le district et dans les territoires voisins ;
- fournir les informations concernant les populations exposées au risque d'épidémie de paludisme ;
- fournir des statistiques sur les quantités des ressources matérielles et financières nécessaires à la riposte.

### **III.5. Constitution d'un stock d'urgence de médicaments et d'intrants de lutte contre le paludisme**

Les niveaux central et régional doivent mettre en place un stock d'urgence en médicaments et intrants de lutte contre le paludisme. Le contenu du stock d'urgence variera en fonction des interventions de lutte contre le paludisme menées dans la zone.

## **IV. RÉPONSE AUX ÉPIDÉMIES**

### **IV.1. Préparation de la mise en œuvre de la riposte**

Dès la confirmation de l'épidémie, l'autorité administrative compétente convoquera une réunion du comité de gestion des épidémies du district en vue de préparer la riposte. Au cours de cette réunion préparatoire, le comité devra :

- examiner les ressources disponibles et déterminer celles requises à titre complémentaire ;
- demander des fonds complémentaires pour la riposte aux épidémies ;
- identifier les zones où les populations les plus exposées à l'épidémie en cours ;
- contacter les autorités régionales ou nationales si les fournitures ne sont pas disponibles sur place pour connaître là où les obtenir rapidement
- emprunter les fournitures aux autres services, programmes ou organisations non gouvernementales de la zone ;
- identifier des moyens alternatifs à moindre coût ;
- attribuer des responsabilités précises aux individus ou aux structures en vue de mener des activités de riposte ;
- assurer l'orientation et la formation ainsi que les fournitures au profit de l'équipe d'intervention du district et au personnel de la formation sanitaire afin de leur permettre de:
  - tenir un enregistrement détaillé des activités de riposte ;
  - examiner les données relatives aux cas et aux traitements appliqués pendant les activités de riposte ;
  - identifier les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des activités et y apporter des correctifs au besoin.

## **IV.2 Mise en œuvre des activités de réponses aux épidémies et aux situations d'urgence liées au paludisme**

Les activités de riposte recommandées pour endiguer les flambées épidémiques et les situations d'urgence comprennent :

### *IV.2.1. Mise à niveau des compétences du personnel de santé*

Dans une situation d'urgence, il n'y a généralement pas assez de temps pour organiser une formation conventionnelle. Il sera donc fourni une orientation des agents sur site ou individuelle selon les besoins et les types d'interventions ciblées.

### *IV.2.2. Renforcement de la surveillance pendant les activités de réponse*

Pendant la riposte à une épidémie ou une situation d'urgence liée au paludisme, il faudra inciter le personnel de santé de toutes les formations sanitaires et les acteurs communautaires à être plus vigilants dans la surveillance du paludisme.

### *IV.2.3. Renforcement de la prise en charge des cas de paludisme*

L'ECD devra s'assurer de la maîtrise et du respect des directives de prise en charge du paludisme. En outre, elle devra évaluer la capacité des structures sanitaires et des acteurs communautaires à prendre en charge correctement tous les cas.

### *IV.2.4. Réduction de l'exposition aux moustiques et autres vecteurs (AID, MILDA et lutte anti larvaire)*

Il faudra renforcer la lutte antivectorielle en aidant les populations à risque de la zone à réduire l'exposition aux moustiques. L'équipe veillera à la disponibilité des moustiquaires et leur utilisation correcte par les populations. Les aspersion intra-domiciliaires devront être appliquées dans les zones éligibles. La destruction communautaire des gîtes larvaires sera encouragée et soutenue par un comblement et/ou un traitement chimique ou biologique dans les zones éligibles.

### *IV.2.5. IEC/CCC*

Il faudra maintenir le public informé à travers tous les canaux de communication disponibles pour apaiser les craintes et encourager la coopération avec les personnes chargées de la riposte épidémique. L'équipe devra veiller également à élaborer des messages éducatifs visant à fournir à la

communauté des informations sur les symptômes de la maladie, les méthodes de prévention et le recours précoce aux soins en cas de fièvre. Les relais devront identifier et orienter les cas de fièvre et soutenir les activités de prévention à base communautaire.

#### *IV.2.6 Surveillance de l'évolution de l'épidémie*

Le suivi constitue une étape clé dans le cadre de la riposte contre les épidémies et les situations d'urgence liées au paludisme.

Le suivi mettra l'accent sur les éléments suivants :

- les tendances de l'épidémie afin d'évaluer l'efficacité des mesures de riposte ;
- l'étendue de l'épidémie ;
- les facteurs de risque ;
- le suivi de l'utilisation rationnelle des ressources, de leur adéquation et de leur disponibilité ;
- l'efficacité de la riposte :
  - le taux d'attaque
  - le taux de létalité
- la mise en œuvre des activités de riposte :
  - le niveau d'exécution du plan
  - les réunions du comité de gestion.

### **V. ÉLABORATION DU RAPPORT**

Un rapport détaillé sur l'épidémie peut aider à prendre des dispositions pour contrer une prochaine flambée. Une fois l'épidémie maîtrisée, il faudra élaborer un rapport qui comprendra:

- les informations détaillées sur les activités de riposte, notamment les dates, les lieux et les personnes impliquées dans chaque activité. Le rapport épidémiologique du district à l'intention de l'échelon supérieur, comprendra le texte du rapport, la courbe épidémique, la carte détaillée, le tableau des analyses individuelles et la liste descriptive des cas ;
- les changements éventuellement apportés aux activités de riposte initiales ;
- les recommandations pour améliorer les futures réponses aux épidémies et situations d'urgence liées au paludisme.



## VI. ÉVALUATION ET DOCUMENTATION DE LA RÉPONSE À L'ÉPIDÉMIE

L'évaluation de la réponse se fait pendant et après la riposte.

### VI.1. Évaluation de l'aptitude à répondre à une épidémie

Les éléments essentiels pour l'évaluation sont:

- l'existence d'un plan de préparation et de réponse à une épidémie ;
- la disponibilité des stocks d'urgence de médicaments et intrants au cours des douze derniers mois ;
- la disponibilité des fonds spécifiques pour les activités de riposte ;
- la présence d'un groupe d'intervention rapide de district dont les membres sont équipés et formés pour conduire une riposte ;
- l'existence d'un comité fonctionnel de gestion des épidémies ;
- la disponibilité d'un personnel de santé formé ou recyclé à la riposte à une épidémie

Ces éléments doivent être examinés lors des supervisions intégrées.

### VI.2. Evaluation des activités épidémiologiques

A la fin d'une flambée épidémique, l'équipe du niveau central en collaboration avec le comité épidémiologique de district devra évaluer les activités menées pour l'endiguer. Cette évaluation devra viser la pertinence des actions de contrôle réalisées ainsi que leur ponctualité et leur efficacité. Une telle évaluation devra permettre de répondre aux questions suivantes :

- **Pertinence :**  
« Les activités de riposte étaient-elles pertinentes et conformes aux directives du PNLN ? »
- **Réactivité :**  
« Quel a été le délai entre le début de l'épidémie et la mise en œuvre des actions de lutte ? »
- **Efficacité :**  
« Quelle a été la durée de la flambée épidémique ? »  
« Le taux d'attaque et la létalité étaient-ils acceptables ? »
- **Les ressources mobilisées :**

« Les ressources mobilisées ont-elles été suffisantes en terme de personnel, de médicaments, d'intrants, de réactifs, de fournitures, de matériels, de finances, etc. »

Les réponses à ces questions permettront de tirer des enseignements utiles pour permettre à l'avenir une meilleure riposte contre les épidémies ou les situations d'urgence liées au paludisme.

### 6.3. Documentation de l'épidémie

A la fin de la flambée épidémique, l'équipe épidémiologique de district devra :

- collecter tous les documents notamment les procès-verbaux de réunion, des activités, du processus, le rapport sur l'épidémie, le rapport d'évaluation etc.
- préparer un document de synthèse.

## **CANEVAS DE PLANIFICATION DE LA RIPOSTE :**

- I. Contexte et justification
  1. Épidémiologie du paludisme
  2. Situation de la lutte contre le paludisme (interventions mises en œuvre, résultats des interventions (couverture), contraintes)
- II. Présentation du cadre (District)
  1. Géographie
  2. Démographie
  3. Infrastructures sanitaires
  4. Ressources humaines
    - a. Personnel de santé qualifié
    - b. Acteurs communautaires
  5. Ressources matérielles
  6. Partenaires locaux
- III. Objectifs
  1. Objectif général
  2. Objectifs spécifiques
- IV. Activités et chronogramme (tableau)
- V. Suivi / Evaluation
- VI. Budget
- VII. Conclusion

## **CANEVAS DE RAPPORT SUR LA RIPOSTE :**

- A. Contexte épidémiologique
- B. Interventions mises en œuvre
- C. Ressources mobilisées
- D. Résultats
  - a. Processus (interventions)
  - b. Nombre de MILDA distribuées
  - c. Nombre de visites à domicile, causeries, etc.
  - d. Nombre de cas traités
  - e. Données de morbidité - mortalité (courbes épidémiques, cartographie des cas etc.)
- E. Analyse de la riposte
  - a. Difficultés et contraintes
  - b. Points forts
  - c. Points à améliorer
- F. Recommandations

## **CONCLUSION**

Par le biais de ces directives le PNL se dote d'un instrument qui permettra une démarche harmonisée dans l'ensemble du pays pour la surveillance du paludisme et mettra davantage à l'aise les acteurs impliqués par son arrimage à la SIMR.

Cet outil est dynamique et sera révisé après concertation entre le PNL et la division en charge de la surveillance au niveau du Ministère de la Santé chaque fois que la situation l'exigera.

# **ANNEXES**

**SURVEILLANCE DU PALUDISME**  
**FICHE DE NOTIFICATION HEBDOMADAIRE**

Région médicale de : .....

District sanitaire de : .....

Poste de santé de : .....

Nom de l'ICP : .....

**Semaine épidémiologique :**

Date début : ...../...../.....

Date fin : ...../...../.....

Enfants de - 5 Ans		Patients Agés de 5 ans et +		Femmes Enceintes		MALADES	Complétude*
Nombre de cas suspects. de paludisme	Nombre de tests (TDR) réalisés	Nombre de cas suspects. de paludisme	Nombre de Tests (TDR) réalisés	Nombre de cas suspects. de paludisme	Nombre de Tests (TDR) réalisés	Nombre de cas de paludisme confirmé	Nombre de formations ayant notifié / Nbre attendu

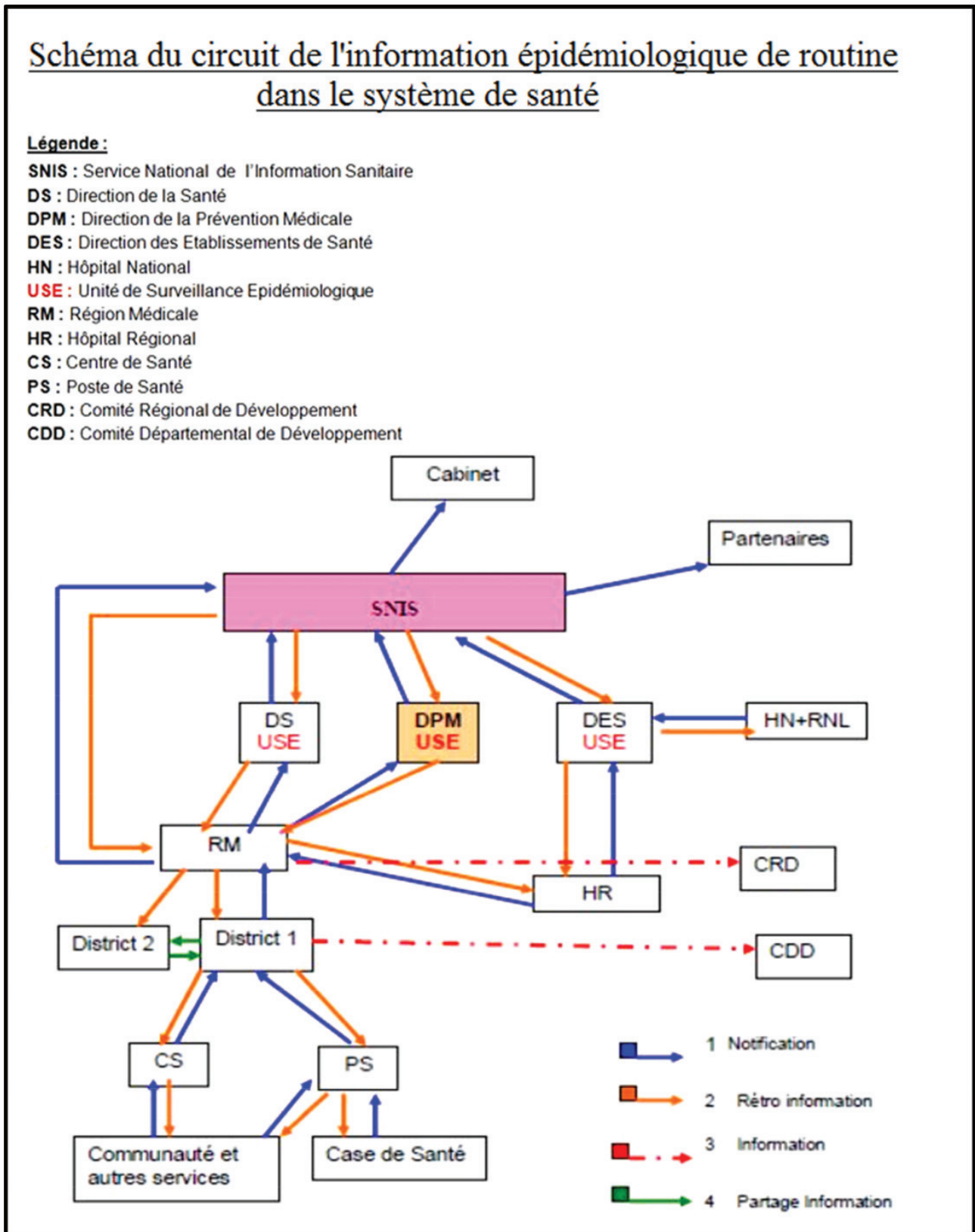
**NB \*** : Pour la complétude donner en plus du poste le nombre de case de santé et de DSDOM couverts ayant notifiés sur le nombre attendu.

*Exemple : un PS qui compte 3 cases et 2 DSDOM, si toute les formations notifiant la complétude sera = (1 + 3 + 2) / 6*

**ANNEXE -2- : FICHE DE DOCUMENTATION D'UN CAS DE PALUDISME**

Région Médicale -----District -----  
Poste de Santé de -----  
Nom et prénoms : -----  
Age : ----- Sexe : M / \_ / F / \_ /  
Adresse exacte :  
village/quartier ----- Département : -----  
Commune/Communauté rurale ----- Tél : -----  
Profession : -----  
Date de la consultation / \_ \_ / / \_ \_ / / \_ \_ /  
Diagnostic :  
TDR / \_ / GE / \_ /  
Date de début de la maladie : / \_ \_ / / \_ \_ / / \_ \_ /  
Notion de voyage au cours des quinze derniers jours : oui / \_ \_ / non / \_ \_ /  
Si oui:  
1. Localité ----- Durée -----  
2. Localité ----- Durée -----  
3. Localité ----- Durée -----  
Classification : Zone de responsabilité / \_ / ou Hors zone / \_ /  
Observations :-----  
-----  
-----  
-----

**ANNEXE -3- : SCHÉMA DU CIRCUIT DE L'INFORMATION ÉPIDÉMIOLOGIQUE.**



## Fiche de liste des cas graves et décès

Région médicale : \_\_\_\_\_ District sanitaire : \_\_\_\_\_

N°	Nom	Date admis	Village ou quartier de résidence	Sexe	Age	Type diagnostic (TDR, GE)	Prévention		Traitement					Fin hosp. (Guéri, décédé, transfert)			
							MILDA dans ménage	MILDA utilise 2 semaines avant	Date de début des symptômes	Date recherche de soins	Reçu traitement (O/N)	Date début traitement	Médicaments reçus (ACT, quinine, autre)				
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	



**Fiche de liste des cas simple**

**Région médicale :** \_\_\_\_\_ **District sanitaire :** \_\_\_\_\_

**Poste de Sante :** \_\_\_\_\_ **ICP :** \_\_\_\_\_

No	Nom	Village ou quartier de résidence	Sexe	Age	Type de diagnostic (TDR, GE)	Résultat du diagnostic	Prévention		Traitement				
							MILDA dans ménage	MILDA utilise pendant les 2 semaines avant	Date de début des symptômes	Date recherche de soins	Date début traitement	Médicaments reçu (T1, T2, T3, T4, autre)	
1													
2													
3													
4													
5													
6													

## ANNEXE -5- : FICHE D'INVESTIGATION DU CAS

### Fiche d'investigation du CAS

CODIFICATION DU CAS :...../...../...../...../...../.....

#### 1 Localisation et renseignement du malade

- 1.1. Région Médicale : .....
- 1.2. District Sanitaire de : .....
- 1.3. Poste de Santé de : .....
- 1.4. Nom et prénom : .....
- 1.5. Age : .....
- 1.6. Sexe : M /\_ /      F /\_ /
- 1.7 Adresse exacte :
- 1.7.1. village/quartier ..... Tél : .....
- 1.7.2. Commune/Communauté rurale: .....
- 1.7.3 Département .....
- 1.8. Profession : .....
- 1.9. Niveau d'instruction :
- Aucune .....
- Primaire..... .....
- Secondaire..... .....
- Universitaire..... .....
- Arabe .....
- Alphabétisé .....Autres .....

#### 2 Signes et durée des signes (si le signe est présent demander la durée) :

N	Signes	Oui	Non	durée	Observations
1	Fièvre				
2	Maux de tête				
3	Sueurs/Frissons				
4	Vomissements				
5	Autres				

#### 3 Renseignement sur le TDR/la Goutte épaisse

3.1. Date du prélèvement : /\_//\_//\_//\_      3.2.Date d'examen : /\_//\_//\_//\_

3.3. Résultat TDR : /\_+\_ /\_ -\_ /indéterminé \_/

3.. Résultat de la GE : /\_+\_ /\_ -\_ /indéterminé \_/

#### 4 Traitement administré :

4.1 ACT administré : T<sub>1</sub> : /\_\_\_/ ; T<sub>2</sub> : /\_\_\_/ ; T<sub>3</sub> : /\_\_\_/ ; T<sub>4</sub> : /\_\_\_/ ;  
Quinine ; /\_\_\_/ ; autres médicaments à préciser /\_\_\_/.

4.2. Date de début du traitement : /\_\_\_/ 4.3.date de la fin : /\_\_\_/

#### 5 Lieu où le malade a passé les nuits au cours de ses déplacements durant les 15 derniers jours avant la maladie ou le TDR+ (En dehors du District).

(Poser la question suivante au malade)

\* Avez-vous passé la nuit durant ces 15 derniers jours en dehors du district ?

Oui : /\_\_\_/ ; Non : /\_\_\_/ ; (Si oui remplir le tableau suivant ,sinon passer à 6)

5.1. Département	5.2. Commune /communauté rurale	5.3. Village	5.4. Quartier	5.5. Durée de séjour	5.6. Dates

#### 6 Lieux où le malade a passé des nuits depuis le début de la maladie ou le TDR+ (Dans le District) Poser la question suivante au malade :

\*Avez-vous passé la nuit dans une autre concession dans le district durant ces 15 derniers jours ?

Oui : /\_\_\_/ ; Non : /\_\_\_/ ; (Si oui remplir le tableau suivant, sinon passer à la partie 7)

6.1. Département	6.2. Commune/ communauté rurale	6.3. Village	6.4. Quartier	6.5. Durée de séjour	6.6. Dates

NB : la colonne 6.5 ne sera remplie que si le cas a connu une notion de voyage hors du district durant les 15 derniers jours.

#### 7 Origine de l'infection

**NB :** cette partie doit être remplie par l'ICP ou l'ECD

\*Autochtone /\_\_ / 7.2. Importé : /\_\_ /

#### 8. Moustiquaires : Demander le lit où le cas dort d'habitude et inspecter la moustiquaire.

8.1. Le cas dort-il d'habitude sous une moustiquaire ? Oui |\_\_\_| / Non |\_\_\_|

8.2. Si oui, depuis combien de temps ? :

Moins de 3 mois |\_\_\_| ; 3 à 6 mois |\_\_\_| ; Plus de 6 mois |\_\_\_| ; NSP |\_\_\_|.

8.3. Le cas a-t-il dormi sous moustiquaire la nuit dernière ? Oui |\_\_\_| /Non |\_\_\_|

**8.4.** Si oui demander à voir là où dort le cas d'habitude et inspecter la moustiquaire : préciser le type de moustiquaire si disponible ? MILDA  ; Moustiquaire ordinaire  .

**8.5.** D'où provient la moustiquaire? Achetée  ; Non achète  ; NSP .

**8.6.** Cette moustiquaire a-t-elle été traitée au moins 1 fois lors les 12 derniers mois?

Oui  ; Non  ; / Nsp .

Peut-elle être bordée sous le matelas? Oui  ; Non  .

Est-elle intacte (<5 petits trous) Oui  ; Non  .

**8.9.** La réparation des trous est-elle faite ? Oui  ; Non  ;

Comment entretenez-vous la moustiquaire ?

**8.9.1** Lavage de la moustiquaire conforme aux normes Oui  ; Non .

**8.9.2** Séchage conforme aux normes Oui  ; Non  .

### **9. Type de construction et environnement proche (30 mètres aux alentours)**

**NB:** Type de maison (considérer surtout là où dort le cas ou le témoin)

**9.1.** Mur / Dur  ; Semi dur  ; Paille  ; autres .

**9.2.** Toit ( Banco  ; Tôle  ; Paille  ; Tuile  ; Dur ,

Autre=  a préciser.

**9.3** Type de peinture : huilée  ; Ordinaire  ; autres  à spécifier .....

**9.4** Y a-t-il un point d'eau dans un rayon de 200 mètres autour de la concession ?

Oui  ; Non .

Si oui estimer la distance en mètre -----

**9.5** Y a-t-il des champs (cultures) dans un rayon de 200 mètres autour de la concession ?

Oui  ; Non  . Si oui estimer la distance en mètre -----

**9.6.** Y a-t-il un enclos d'animaux dans un rayon de 200 mètres autour de la concession ?

Oui  ; Non . Si oui estimer la distance en mètre -----

**9.7.** Quelle est la distance de la concession à un gîte larvaire potentielle (eau claire stagnante)?

.....mètre

**9.8.** Possibles voies d'accès des moustiques dans les chambres:

Sous-plafond  Fenêtres  Portes

**Observations :** .....

Nom de l'enquêteur : ..... Qualité : Date de l'enquête : /\_\_\_\_\_/

Contrôle effectué par : ..... Qualité : .....

Date : /\_\_\_\_\_/

## ANNEXE -6- : FICHE D'INVESTIGATION DU CONTACT

### Fiche d'investigation du CONTACT

CODIFICATION DU CONTACT : / / / / / / / /

#### 1 Localisation et renseignement du contact

1.1. Région Médicale :

1.2. District Sanitaire de :

1.3. Poste de Santé de :

1.4. Nom et prénom : -----

1.5. Age : ----- 1.6. Sexe : M / \_ / F / \_ /

1.7 Adresse exacte :

1.7.1. village/quartier ----- Tél : -----

1.7.2. Commune/Communauté rurale: -----

1.7.3 Département -----

1.8. Profession : -----

1.9. Niveau d'instruction : Aucune ..... Primaire..... Secondaire.....

Universitaire.....Arabe .....Alphabétisé .....Autres .....

#### 2 Signes et durée des signes (si le signe est présent demander la durée) :

N°	Signes	Oui	Non	durée	Observations
1	Fièvre				
2	Maux de tête				
3	Sueurs/Frissons				
4	Vomissements				
5	Autres				

#### 3 Renseignement sur le TDR/la Goutte épaisse

3.1. Date du prélèvement : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

3.2. Date d'examen : / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ /

3.3. Résultat TDR : / \_\_ / / \_\_ / indéterminé / \_\_ /

3.4 Résultat de la GE : / \_\_ / / \_\_ / indéterminé / \_\_ /

#### 4 Traitement administré si TDR + : Oui / \_ / Non / \_ /

4.1 ACT administré : T<sub>1</sub> : / \_\_ / ; T<sub>2</sub> : / \_\_ / ; T<sub>3</sub> : / \_\_ / ; T<sub>4</sub> : / \_\_ / ;

4.2 Quinine; / \_\_ / ; autres médicaments a préciser / \_\_ /.

4.2. Date de début du traitement : / \_\_ /

4.3. Date de la fin : / \_\_ /

**5 Lieu où le contact a passé les nuits au cours de ses déplacements durant les 15 derniers jours (En dehors du District). Poser la question suivante :**

**5.1** Avez-vous passé la nuit en dehors du district les 15 derniers jours?

Oui : / \_\_\_\_ / ; Non : / \_\_\_\_ / ; (Si oui remplir le tableau suivant, sinon passer à 6)

5.2. Département	5.3 Commune/ communauté rurale	5.4. Village	5.5. Quartier	5.6. Durée de séjour	5.7. Dates

**6 Lieux où le contact a passé des nuits durant les 15 derniers jours**

(Dans le District) Poser la question suivante au malade :

Avez-vous passé la nuit dans une autre concession dans le district durant ces 15 derniers jours ?

Oui : / \_\_\_\_ / ; Non : / \_\_\_\_ / ; (Si oui remplir le tableau suivant, sinon passer à la partie 7)

6.1. Département	6.2. Commune/ communauté rurale	6.3. Village	6.4. Quartier	6.5. Durée de séjour	6.6. Dates

**NB :** la colonne 6.5 ne sera remplie que si le cas a connu une notion de voyage hors du district durant les 15 derniers jours.

**7. Origine de l'infection (NB : cette partie doit être remplie par l'ICP ou l'ECD)**

7.1 Autochtone / \_\_ /

7.2. Importé : / \_\_ /

**8. Moustiquaires : Demander le lit où le contact dort d'habitude et inspecter la moustiquaire.**

8.1. Le contact dort-il d'habitude sous une moustiquaire ? Oui |\_\_| / Non |\_\_|

8.2. Si oui, depuis combien de temps ? :

moins de 3 mois |\_\_| ; 3 à 6 mois |\_\_| ; Plus de 6 mois |\_\_| ; NSP |\_\_| .

8.3. Le contact a-t-il dormi sous moustiquaire la nuit dernière ? Oui |\_\_| / Non |\_\_|

8.4 Si oui demander à voir là où dort le contact d'habitude et inspecter la moustiquaire :

préciser le type de moustiquaire si disponible ? MILDA |\_\_| ; Moustiquaire ordinaire |\_\_| .

8.5 .D'où provient la moustiquaire? Achetée |\_\_| ; Non achète |\_\_| ; NSP |\_\_|.

8.6 .Cette moustiquaire a t-elle été traitée au moins 1 fois lors les 12 derniers mois?

Oui  ; Non  ; / Nsp .

Peut-elle être bordée sous le matelas? Oui  ; Non .

Est-elle intacte (<5 petits trous) Oui  ; Non .

8.9. La réparation des trous est-elle faite ? Oui  ; Non  ;

Comment entretenez-vous la moustiquaire ?

8.9.1 Lavage de la moustiquaire conforme aux normes Oui  ; Non .

8.9.2 Séchage conforme aux normes Oui  ; Non .

### 9. Type de construction et environnement proche (30 mètres aux alentours)

Type de maison (considérer surtout là où dort le cas ou le témoin)

9.1. Mur / Dur  ; Semi dur  ; Paille  ; autres .

9.2. Toit Banco  ; Tôle  ; Paille  ; Tuile  ; Dur .

Autre=  a préciser.

9.3 Type de peinture : huilée  ; Ordinaire  ; autres  à spécifier .....

9.4 Y a-t-il un point d'eau dans un rayon de 200 mètres autour de la concession

Oui  ; Non .

Si oui estimer la distance en mètre -----

9.5 Y a-t-il des champs (cultures) dans un rayon de 200 mètres autour de la concession ?

Oui  ; Non . Si oui estimer la distance en mètre -----

9.6. Y a-t-il un enclos d'animaux dans un rayon de 200 mètres autour de la concession ?

Oui  ; Non . Si oui estimer la distance en mètre -----

9.7. Quelle est la distance de la concession à un gîte larvaire potentielle (eau claire stagnante)? .....mètre

9.8. Possibles voies d'accès des moustiques dans les chambres:

Sous-plafond  , Fenêtres  , Portes

### Observations

.....  
 .....

..... Nom de l'enquêteur : ..... Qualité :

Date de l'enquête : / \_\_\_\_\_ /

Contrôle effectué par : ..... Qualité :

.....

Date : / \_\_\_\_\_ /

**ANNEXES 7 : LISTES DES PERSONNES AYANT PARTICIPÉES  
À L'ÉLABORATION DES DIRECTIVES**

<b>N°</b>	<b>Prénoms Nom</b>	<b>Structures</b>
1	Dr Mady BA	PNLP
2	Pr Ousmane FAYE	LEV / UCAD
3	Dr Ibrahima Oumar BA	DSRV
4	Dr Moustapha CISSE	PNLP
5	Dr Bakary SAMBOU	OMS
6	Mr Médoune NDIOP	PNLP
7	Dr Ibrahima DIALLO	PNLP
8	Dr Alioune Badara GUEYE	PNLP
9	Dr Mame Birame DIOUF	PMI / USAID
10	Dr Julie TWING	PMI / USAID
11	Dr Mamadou Lamine DIOUF	PNLP
12	Mr. Cheikh THIAM	PNLP
13	Dr Seynabou GAYE FAYE	PNLP
14	Dr Fatou Ba FALL	PNLP
15	Dr Yaya BALDE	MCD DS BAKEL
16	Dr Boly DIOP	BRISE RM KAOLACK
17	Mme Oulèye Tall Dieng BEYE	PNLP
18	Dr Algaye NGOM	MCD DS RICHARD TOLL
19	Dr Yacou DIEYE	MACEPA
20	Mme Raky SECK DIAGNE	PNLP
21	Dr Cheikh Sadibou SENGHOR	MCD Kedoungou
22	Dr Adama TALL	Institut Pasteur Dakar
23	Dr Khadime Sylla	Laboratoire Parasitologie. UCAD
23	Dr Abdoulaye DIOP	Abt / IRS



# PNLP

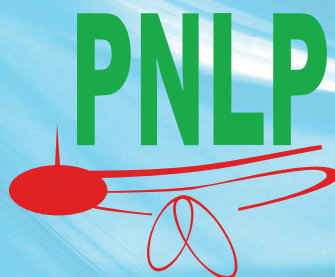




**Rue Aimé Césaire Fann Résidence - Dakar, Sénégal**  
**BP 25 270 • Tél. : 33 869 07 99 • Fax : +221 33 864 41 20**  
**E-mail : [contact@pnlp.sn](mailto:contact@pnlp.sn) • [www.pnlp.sn](http://www.pnlp.sn)**

# PNLP





*Rue Aimé Césaire Fann Résidence - Dakar, Sénégal*  
*BP 25 270 • Tél. : 33 869 07 99 • Fax : +221 33 864 41 20*  
*E-mail : [contact@pnlp.sn](mailto:contact@pnlp.sn) • [www.pnlp.sn](http://www.pnlp.sn)*