

Guide Technique pour la SURVEILLANCE INTEGREE de la MALADIE et la RIPOSTE dans la REGION AFRICAINE

Juillet 2001

Organisation mondiale de la Santé(OMS)
Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique
Harare, Zimbabwe

Centers for Disease Control and Prevention
EPO Division of International Health
NCID Division of Bacterial and Mycotic Diseases
Atlanta, Georgia, USA

Antoine Kaboré, MD, MPH
Organisation Mondiale de la Santé
Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique
Division of Communicable Disease
Prevention and Control
Harare, Zimbabwe

Bradley A. Perkins, MD
Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Infectious Diseases
Division of Bacterial and Mycotic Diseases
Atlanta, Georgia

Sharon McDonnell, MD, MPH
Centers for Disease Control and Prevention
Epidemiology Program Office
Division of International Health
Atlanta, Georgia

Ce Document a été préparé par le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique (AFRO), Harare, Zimbabwe, en collaboration avec le Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Atlanta, USA, et supporté par l’USAID.

<i>Groupe de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la riposte au CDC-Atlanta</i>	<i>Groupe de la Surveillance Intégrée de la Maladie et la riposte à l’OMS/AFRO:</i>
Bradley A. Perkins, MD Sharon McDonnell, MD, MPH Kathy Cavallaro, MS John D. Leake, MD, MPH Peter Nsubuga, MD, MPH Helen Perry, MA Montse Soriano-Gabarro, MD, MSc	Antoine Kaboré, MD, MPH Wondimagegnehu Alemu, MD, MPH Bradford Kay, PhD Paul S. Lusamba-dikassa, MD, PhD Mac W. Otten, Jr., MD, MPH Louis H. Ouedraogo, MD, MPH

Développé par:

Mac W. Otten, Jr., MD, MPH, Medical Epidemiologist, African Regional Office (OMS)
Helen Perry, MA, Educational Design Specialist, Division de Santé Internationale (CDC)

Design graphique de la couverture par: Diane Speight, B.A. (CDC)

Développement électronique par: Nadine Sunderland, M. Ed., et François Rollin (CDC)

Le matériel de ce manuel appartient au domaine public, il peut être utilisé et faire l’objet de copies sans autorisation. Cependant, la source devra être mentionnée. Suggestion de citation : Bureau Régional de l’OMS Pour l’Afrique et Centers for Disease Control and Prevention. Guide technique pour la surveillance intégrée de la maladie et la riposte dans la région Afrique. Harare, Zimbabwe et Atlanta, GA, USA. Version Juillet 2001 : 1-239.

Remerciements

Les contributions des individus suivants à la préparation et la révision de ce document sont plus particulièrement reconnues.

CDC:		WHO-HQ:	WHO-AFRO:	
Steve Blount	William Levine	Ray Arthur	E.A. Nyarko	C. Byabamazima
Cheryl Bopp	Jim Mendlein	Stella Chungong	E. Afari	J.M. Okwo-Bele
Steve Cochi	Eric Mintz	Guenael Rodier	A. Mammo	Y. Kassankogno
Mitch Cohen	Nancy Rosenstein	Cathy Roth	N. Agata	A. Maiga
Michael Demming	Peter Strebel	Mike Ryan	B. Koumare	M. Moeti
Sam Groseclose	Mike St. Louis		A. Yada	E. Asamoah-odei
Dalya Guris	Robert Quick		A. Ndikuyeze	M. Ball
Elizabeth Herman	Gail Stennies		L. Sarr	K. Shaba
Patrick Kachur	Roland Sutter		O. Tomori	J.M. ROUNGOU
Bradford Kay	Joy Wells		S. Van	N. Ndayimirije
Jonathan King	Mark White		Nieuwehove	

Nous voulons remercier le Gouvernement de la République Unie de Tanzanie et principalement Nicholas Eseko.

Nous voulons aussi remercier le Gouvernement du Burkina Faso et principalement Chantal Kambiré.

Nous reconnaissons les contributions des organisations suivantes qui font parties de l'OMS et du CDC.

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)	Organisation Mondiale de la Santé (OMS)
Epidemiology Program Office Division of International Health	Communicable Disease Surveillance and Response (CSR)
National Center for Infectious Diseases Division of Bacterial and Mycotic Diseases Meningitis and Special Pathogens Branch Foodborne and Diarrhoeal Diseases Branch Division of Parasitic Diseases Division of Water-borne Infectious Diseases	OMS Bureau régional de L'Afrique (AFRO) Division of Prevention and Control of Communicable Diseases Integrated Disease Surveillance (IDS) Emerging and Re-Emerging Communicable Disease Control (EMC) Vaccine Preventable Diseases (VPD) Tuberculosis (TUB) Other Tropical Disease (OTD) Leprosy Elimination (LEP) Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) Regional Program on AIDS (RPA) Roll Back Malaria/Malaria Control (RBM/MAL)
National Center for HIV, STD and TB Prevention Division of HIV/AIDS Prevention International Activities Branch Division of Sexually Transmitted Disease Prevention Surveillance and Special Studies Section Global AIDS Program	Trypanosomiasis Control (TRY) Guinea worm Eradication (GWE)
National Immunization Program Division of Vaccine and Preventable Disease Eradication Office of Global Health	

Table Des Matières

INTRODUCTION	1
Qu'est-ce que la surveillance intégrée des maladies?	2
Objectifs de la surveillance intégrée des maladies.....	4
Comment circule l'information dans un système de surveillance intégrée des maladies? ..	5
Comment la IDS peut-elles contribuer à améliorer la préparation aux épidémies?	6
Comment les fonctions de surveillance sont-elles décrites dans ce Guide Technique?	6
Comment les districts peuvent-ils se servir des outils IDS pour renforcer la surveillance et les activités de riposte?.....	8
Que propose ce Guide Technique?	12
A qui s'adressent ces directives?	12
Quelles maladies sont incluses dans ce guide?	13
Quel est le soutien apporté par l'OMS/AFRO aux efforts de renforcement de la surveillance des maladies?	14
Annexe 1 Utiliser les résultats d'évaluation pour améliorer la surveillance et la riposte au niveau du district	15
SECTION 1.0 IDENTIFIER LES CAS DE MALADIES ET AFFECTIONS PRIORITAIRES .	19
1.1 Utiliser les définitions de cas standard.....	22
1.1.1 Examiner les définitions de cas utilisées par les formations sanitaires dans le district.....	23
1.1.2 Diffuser dans la communauté les définitions de cas simplifiées	23
1.2 Améliorer les procédures de district pour la surveillance et la riposte	24
1.2.1 Mettre à jour la description de la zone de desserte	24
1.2.2 Mettre à jour la liste de notification du district	24
1.3 Identifier les laboratoires chargés de la confirmation des flambées épidémiques présumées.....	25
1.3.1 Etablir la communication avec les laboratoires désignés.....	25
1.3.2 Désigner un responsable des laboratoires au niveau du district	26
ANNEXES A LA SECTION 1	27
Annexe 2 Définitions de cas recommandées par l'OMS/AFRO pour la notification au district de maladies ou affections prioritaires possibles par la formation sanitaire.....	29
Annexe 3 Messages simplifiés destinés à la surveillance communautaire	32
Annexe 4 Tests de laboratoire recommandés pour la confirmation des maladies et affections prioritaires	33

Annexe 5	Liste des laboratoires chargés de la confirmation des maladies et affections prioritaires	41
Annexe 6	Listes des sites de notification du district	42
SECTION 2.0	NOTIFIER LES MALADIES ET AFFECTIONS PRIORITAIRE.....	43
2.1	La fréquence de notification des maladies et affections prioritaires.....	45
2.2	L'enregistrement des informations dans les registres cliniques ou les feuilles de soins	47
2.3	L'utilisation de méthodes normalisées pour la notification des maladies	49
2.3.1	Notifier rapidement les maladies immédiatement notifiables ou les évènements inhabituels	49
2.3.2	Notifier les informations par cas à l'aide d'une fiche	50
2.3.3	Notifier systématiquement les données synthétiques	51
2.4	La manière d'améliorer les pratiques de notification systémique	51
2.4.1	analyser la circulation de l'information dans la formation sanitaire.....	52
2.4.2	Remettre une notification d'absence de cas si aucun cas de maladies immédiatement notifiable n'a été diagnostiqué	53
2.4.3	Utiliser les listes descriptives et la notification récapitulative pendant les flambées épidémiques.....	53
ANNEXES A LA SECTION 2.....		55
Annexe 7	Tenue de registres cliniques pour 'enregistrement des maladies et affections prioritaires	57
Annexe 8	Fiche de notification pour la surveillance par cas (modèle)	58
Annexe 9	Liste linéaire générique pour la notification d'informations par cas lorsque surviennent plusieurs cas au cours d'une courte période de temps: fournie au district la formation sanitaire	64
Annexe 10	Fiche de rapport mensuel synthétique pour les cas externes et les cas et décès en consultation interne (fournie au district la formation sanitaire).....	66
Annexe 11	Fiche de rapport mensuel synthétique pour les cas externes et les cas et décès en consultation interne (fournie au niveau suivant par le district)	67
Annexe 12	Fiche de rapport trimestriel de Tuberculose	68
Annexe 13	Fiche de rapport trimestriel de Lèpre	69
Annexe 14	Gestion des données relatives à la surveillance en santé publique	70
SECTION 3.0	ANALYSER LES DONNER	71
3.1	Recueillir, traiter et stocker les données transmises par les autres niveaux.....	74
3.2	Préparer l'analyse des données en fonction du temps, du lieu et de l'individu.....	75

3.3	Analyser les données selon le temps.....	77
3.4	Analyser les données selon le lieu	80
3.5	Analyser les données selon les caractéristiques individuelles	82
3.5.1	Dresser un tableau pour l'analyse basée sur les caractéristiques individuelles.....	84
3.5.2	Par rapport au nombre total de cas, calculer le pourcentage que représentent les cas d'une tranche d'âge donnée	85
3.5.3	Calculer le taux de fatalité	86
3.6	Tirer les conclusions de l'analyse	87
3.6.1	Revoir les diagrammes, tableaux, graphiques, et autres cartes mis à jour	88
3.6.2	Comparer la situation actuelle avec les mois, saisons et années antérieures	88
3.6.3	Déterminer si les seuils d'intervention ont été atteints	88
3.6.4	Synthétiser les résultats de l'analyse.....	90
3.6.5	Comparer les progrès réalisés au cours du mois écoulé dans la réalisation des objectifs de lutte contre la maladie	91
3.7	Synthétiser et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer l'action de santé publique.....	92
ANNEXES A LA SECTION 3.....		93
	Annexe 15 Modèle de grille pour l'analyse chronologique	95
	Annexe 16 Modèles de tableaux pour l'analyse individuelle	96
SECTION 4.0 ENQUETER SUR LES FLAMBEES EPIDEMIQUE NOTIFIEES ET AUTRE EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE.....		99
4.1	Déterminer à quel moment il convient d'enquêter sur l'épidémie notifiée	102
4.2	Enregistrer les flambées épidémiques et rumeurs notifiées.....	103
4.3	Confirmer l'épidémie notifiée.....	104
4.4	Préparer l'enquête	104
4.4.1	Spécifier les tâches qui incombent au personnel de santé	105
4.4.2	Définir les procédures de supervision et de communication	105
4.4.3	Déterminer à quel endroit l'enquête aura lieu.....	106
4.4.4	Obtenir les autorisations requises	106
4.4.5	Mettre au point les formulaires et méthodes destinés à la collecte d'informations et d'échantillons	106
4.4.6	Organiser les déplacements.....	107
4.4.7	Rassembler les fournitures nécessaires pour le prélèvement d'échantillons	107
4.5	Confirmer le Diagnostic.....	107

4.5.1	Examiner les antécédents cliniques.....	107
4.5.2.	Recueillir des échantillons et obtenir les résultats des épreuves de laboratoire	108
4.6	Isoler les cas selon les besoins et les traiter	108
4.7	Rechercher des cas supplémentaires.....	109
4.7.1	Rechercher les cas dans les registres des formations sanitaires.....	109
4.7.2	Rechercher des cas dans la communauté	109
4.8	Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires	110
4.8.1	Enregistrer l'information sur une fiche de notification par cas	110
4.8.2	Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires sur une liste descriptive	111
4.9	Analyser les données épidémiologiques	111
4.9.1	Analyser les données en fonction de la chronologie.....	112
4.9.2	Analyser les données en fonction de la localisation	113
4.9.3	Analyser les données en fonction des caractéristiques individuelles.....	114
4.10	Interpréter les résultats de l'analyse.....	115
4.10.1	Interpréter les résultats de l'analyse chronologique.....	115
4.10.2	Interpréter les résultats de l'analyse portant description selon le lieu ...	115
4.10.3	Interpréter les résultats de l'analyse par caractéristiques individuelles .	116
4.10.4	Calculer les taux de mortalité.....	116
ANNEXES A LA SECTION 4.....		117
Annexe 17	Registre des épidémies et rumeurs.....	119
Annexe 18	Comment réaliser l'examen des registres	121
Annexe 19	Liste de pointage pour fournitures de laboratoire utilisées lors des enquêtes épidémiologiques	123
Annexe 20	Fiche d'investigation des cas de tétanos néonatal.....	124
Annexe 21	Fiche d'investigation des cas de PFA.....	125
SECTION 5.0 REpondre aux épidémies et autres problèmes de santé publique.....		
SECTION 5.0 REpondre aux épidémies et autres problèmes de santé publique.....		
5.1	Rencontrer régulièrement le comité de lutte contre les épidémies	130
5.1.1	Préciser la composition de l'équipe de lutte contre les épidémies.....	131
5.1.2	Préparer la riposte	132

5.2	Choisir le mode de riposte à l'épidémie ou au problème de santé publique	132
5.3	Planifier les activités de riposte à l'épidémie.....	132
5.4	Mettre en oeuvre les activités de riposte	134
5.4.1	Renforcer la prise en charge des cas	135
5.4.2	Mettre à niveau les compétences du personnel de santé	135
5.4.3	Mener une activité de vaccination d'urgence	136
5.4.4	Renforcer la surveillance au cours des activités de riposte.....	137
5.4.5	Informé et éduquer la communauté	137
5.4.6	Améliorer l'accès à l'eau potable	139
5.4.7	Assurer l'évacuation sans risquer des excréta d'origine humaine	141
5.4.8	Améliorer les pratiques de manipulation des aliments	141
5.4.9	Réduire l'exposition aux moustiques	142
5.4.10	Lutter contre les vecteurs	142
5.5	Préparer un rapport sur la flambée épidémique	142
ANNEXES A LA SECTION 5.....		145
Annexe 22	Traiter les cas pendant une épidémie	147
Annexe 23	Préparer des solutions de désinfectants à l'aide de divers produits.....	154
Annexe 24	Planifier une campagne de vaccination d'urgence.....	155
Annexe 25	Evaluer les stocks de vaccins pour les activités de vaccination.....	157
Annexe 26	Pratique de vaccinations recommandées.....	159
Annexe 27	Exemples de message pour l'éducation communautaire	160
SECTION 6.0 FOURNIR DES INFORMATIONS EN RETOUR.....		165
6.1	Rédiger un rapport sur la riposte épidémiologique	167
6.2	Créer des fiches d'information récapitulatives	168
6.3	Créer et diffuser un bulletin de santé publique	168
6.4	Créer un bulletin de district.....	169
6.5	Créer des fiches d'information.....	170
ANNEX A LA SECTION 6		171
Annexe 28	Modèle de plan de rapport d'enquête épidémiologique.....	173
SECTION 7.0 EVALUER ET AMELIORER LA SURVEILLANCE ET LA REPONSE.....		175
7.1	Contrôler la qualité du système de surveillance.....	177
7.1.1	Suivre et évaluer la détection des maladies immédiatement notifiables..	178
7.1.2	Suivre la ponctualité et l'exhaustivité de la notification mensuelle	178

7.1.3	Identifier les problèmes et prendre des mesures	179
7.1.4	Notifier la ponctualité et l'exhaustivité aux autres niveaux.....	179
7.1.5	Identifier les objectifs et les indicateurs.....	180
7.1.6	Choisir les données à évaluer.....	182
7.2	Mettre en oeuvre la supervision.....	182
7.2.1	Améliorer les descriptions de poste pour y inclure des tâches de surveillance adaptées à chaque catégorie de personnel sanitaire	183
7.2.2	Préparer un plan de supervision.....	183
7.2.3	Effectuer des visites de supervision.....	184
7.2.4	Utiliser une fiche de supervision.....	185
7.2.5	Rédiger un rapport sur la visite de supervision.....	187
7.3	Utiliser les visites de supervision pour améliorer les activités de surveillance dans le district	187
7.4	Procéder à une évaluation annuelle de la qualité de la surveillance et de la riposte	187
7.4.1	Déterminer les indicateurs et les objectifs de programme à évaluer.....	187
7.4.2	Rassembler et organiser les résultats contrôles et d'autres analyses	188
7.4.3	Analyser les résultats	188
7.4.4	Identifier les problèmes et leurs causes.....	189
7.4.5	Classer par ordre de priorité les projets visant à améliorer la surveillance et la riposte dans le plan de l'année suivante	189
7.4.6	Fournir aux formations sanitaires des informations en retour sur l'évaluation.....	190
ANNEXES A LA SECTION 7.....		191
Annexe 29	Modèle de formulaire pour l'enregistrement de la ponctualité et l'exhaustivité des notifications mensuelles soumises au district par la formation sanitaire	193
Annexe 30	Exemples d'indicateurs destinés au contrôle des activités de surveillance au niveau du district par le niveau provincial ou national.....	194
Annexe 31	Modèle de liste de contrôle pour la supervision des activités de surveillance et de riposte dans la formation sanitaire	195
SECTION 8 TABLEAU RECAPITULATIF DES DIRECTIVES RELATIVES AUX MALADIES ET AFFECTIONS PRIORITAIRES SPECIFIQUES		199
Choléra		203
Diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans.....		205
Diarrhée sanguinolente (dysenterie)		207
Draconculose.....		209

Fièvres hémorragiques virales	210
Fièvre jaune.....	212
Infections sexuellement transmissibles	214
Lèpre	215
Méningite	217
Nouveau cas de SIDA.....	219
Onchocercose	221
Paludisme	223
Peste	226
Paralyse flasque aiguë et Poliomyélite (PFA/Polio)	228
Pneumonie.....	230
Rougeole	232
Tétanos néonatal	234
Trypanosomiase	236
Tuberculose	238

Introduction

Afin de détecter précocement et intervenir efficacement et à temps contre les maladies transmissibles dont le contrôle est prioritaire dans la région africaine de l'OMS, les Etats Membres ont adopté en septembre 1998 à Harare la résolution AFR/RC48/R2 du 48^e comité régional de l'OMS-AFRO portant stratégie régionale de surveillance intégrée (IDS).

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 oeuvre de stratégies de lutte appropriées et orienteront les activités de prévention.

La surveillance est une approche attentive, vigilante de collecte de l'information qui sert à améliorer ou à maintenir la santé de la population. Pour définir les problèmes et prendre les mesures appropriées, il est indispensable de disposer d'un système opérationnel de surveillance des maladies. L'application des méthodes épidémiologiques aux activités de surveillance permet aux équipes sanitaires de district et locales 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.

Très souvent cependant, 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 en santé publique et de sauver des vies sont perdues. Même 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?

Il a été démontré au cours d'expériences liées à l'éradication et à l'élimination de maladies qu'il est possible d'atteindre les objectifs de prévention et de lutte à condition que des ressources soient disponibles pour améliorer la capacité des autorités sanitaires à détecter les maladies visées, à obtenir auprès des laboratoires la confirmation rapide des épidémies et à utiliser les seuils d'intervention au niveau du district. Fort de ces succès, le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (OMS-AFRO) propose une stratégie visant à améliorer la surveillance et la riposte en matière de maladies transmissibles par le biais d'un programme de surveillance intégrée qui établit un lien entre les différents niveaux du système de santé de chaque pays: communauté, formation sanitaire, district et ministère de la santé.

La stratégie de surveillance intégrée de la maladie (IDS) prévoit une utilisation rationnelle des ressources consacrées à la prévention et à la lutte contre les maladies. De nombreux programmes d'intervention disposent aujourd'hui de leur propre système de surveillance. Au fil des années, chaque programme s'est efforcé de renforcer sa capacité à obtenir les données nécessaires pour le développement d'informations ponctuelles, fiables et utiles pour les actions sanitaires. Ces efforts font appel à des fonctions semblables, en particulier au niveau du district et des formations

sanitaires. Ils s'appuient souvent sur les mêmes structures, processus et personnels.

Dans un système intégré:

- Le niveau de district est le point de convergence de l'intégration des fonctions de surveillance car il constitue le premier niveau dans le système de santé et est doté d'un personnel à temps plein chargé de tous les aspects de la santé publique, notamment la surveillance des événements sanitaires dans la communauté, la mobilisation de l'action communautaire, l'engagement en faveur d'une aide nationale et l'accès aux ressources régionales pour protéger la santé des habitants du district.
- Toutes les activités de surveillance sont coordonnées et canalisées. Au lieu d'utiliser de maigres ressources pour maintenir des activités verticales séparées, on combine les moyens disponibles pour rassembler, à chaque niveau, des informations à partir d'un point focal unique.
- Plusieurs activités sont combinées en une seule, du fait de leurs similitudes au niveau des fonctions de surveillance, des aptitudes requises et des ressources nécessaires pour leur exécution, et des populations cibles dans le domaine de la surveillance. Par exemple, les activités de surveillance pour la paralysie flasque aiguë (PFA) peuvent répondre aux besoins de surveillance liés au tétanos néonatal, à la rougeole et à d'autres maladies. Ainsi, les personnels de santé qui surveillent systématiquement les cas de PFA peuvent également examiner les registres tenus par les districts et les formations sanitaires pour obtenir des informations sur d'autres maladies prioritaires.
- Les responsables chargés de la surveillance au niveau du district, de la région et du pays collaborent à chaque échelon avec des comités de lutte contre les épidémies afin de planifier des activités de riposte adéquates en santé publique et rechercher activement quelles ressources peuvent être combinées.

Objectifs de la surveillance intégrée des maladies

L'objectif général de la stratégie IDS est de fournir à temps des bases rationnelles devant servir aux prises de décisions et au choix des interventions de santé publique pour une lutte efficace contre les maladies transmissibles. Pour sa mise en œuvre l'OMS propose aux Pays des outils de surveillance et de riposte simplifiés. Ces outils contribueraient à ce que l'information épidémiologique soit disponible à temps, que l'action appropriée soit menée sans retard, et que les ressources utilisées contribuent davantage à l'efficacité des interventions contre la maladie.

Le but de l'IDS est d'améliorer l'aptitude des districts à détecter et à répondre aux maladies et affections provoquant des taux élevés de mortalité, de morbidité et d'incapacité dans leur zone de desserte. En renforçant les capacités et les ressources en matière de surveillance intégrée, il est possible d'améliorer la santé et le bien-être des communautés vivant dans le district.

A cet égard, la surveillance intégrée de la maladie cherche à:

- Renforcer la capacité des pays à mener des activités de surveillance efficaces;
- Intégrer plusieurs systèmes de surveillance pour que les divers formulaires, le personnel et les ressources puissent être utilisés plus efficacement;
- Améliorer l'utilisation d'informations utiles aux décideurs;
- Faciliter la circulation des informations de surveillance entre les différents échelons du système de santé et à chacun de ces niveaux;
- Renforcer la capacité et le rôle des laboratoires dans l'identification des agents pathogènes et la surveillance de leur sensibilité aux médicaments ;
- Promouvoir la participation des cliniciens dans le système de surveillance;
- Promouvoir la participation de la communauté dans la détection et la riposte aux problèmes de santé publique.
- Impliquer davantage les personnels de laboratoire dans le système et les activités de surveillance

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), âge, sexe, diagnostic, traitement et devenir des malades issue (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 désigné au niveau de la formation sanitaire et du district. La formation 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 mois, par semaine, par trimestre ou par an selon l'affection sous surveillance - la formation sanitaire synthétise les données relatives aux cas et décès pour chaque affection prioritaires 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 d'obtention, date d'envoi 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 soit au niveau régional soit au niveau central.

A partir de ces informations, le district trace un graphique des tendances et les courbes épidémiques relatives à la surveillance de routine pour les affections visées par le programme IDS. En outre, chaque district tient un registre des épidémies notifiées par les formations 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 aux niveaux national, régional et de district. Le point focal chargé de la surveillance à l'échelle du district fournit à chaque programme de prévention des données et informations spécifiques aux maladies.

Comment la surveillance intégrée (IDS) 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 en santé des patients et de 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 a permis d'intervenir promptement et de manière adéquate.

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 de responsabilité dans l'action de riposte. 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 oeuvre d'activités de surveillance visant à détecter et lutter contre les maladies et affections prioritaires par l'application de la procédure suivante:

1ère étape - Identification des cas. Il s'agit d'identifier les maladies et affections prioritaires sur la base des définitions de cas standardisées.

2è étape - Notification. On signale à l'échelon supérieur les cas ou affections présumés. S'il s'agit d'une maladie à potentiel épidémique, à éliminer ou à éradiquer, il faut immédiatement lancer une enquête et des activités de riposte.

3e étape - Analyse et interprétation des données. Les données sont groupées et analysées pour dégager les tendances. L'information est ensuite comparée avec les périodes antérieures et les résultats sont synthétisés.

4e étape - Investigation et confirmation des cas et flambées épidémiques possibles. Il s'agit de s'assurer que le cas ou la flambée est confirmé, notamment en 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.

5e étape - Riposte. Mobilisation des ressources et du personnel pour mettre en oeuvre les activités de riposte adéquates afin de faire face à l'épidémie ou au problème de santé publique.

6e étape - Circulation de l'information. On encouragera la coopération avec les niveaux ayant notifié des flambées ou des cas en leur communiquant des informations sur les résultats des enquêtes et l'impact des interventions.

7e étape - Evaluation et amélioration du système. Evaluation de l'efficacité du système de surveillance, en termes de ponctualité, de qualité de l'information, de préparation, de détection des 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 surveillance¹. Les niveaux sont définis comme suit:

Communauté - Représentée par les services à base communautaire, les accoucheuses qualifiées, les notables et hautes personnalités du village, les maîtres d'école, les agents de santé et autres personnes ressources.

Formation sanitaire - Défini par chaque pays. Par exemple, aux fins de la surveillance, cette appellation recouvre toutes les institutions disposant de services de consultation externe et de soins hospitaliers.

¹ 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.

District – Voir aussi la définition nationale de cette entité

administrative desservant une population de 100.000 à 300.000 personnes. Certains pays peuvent être dotés de niveau intermédiaire, par exemple la région.

Niveau national - Dans de nombreux pays, il s'agit du niveau fédéral qui définit les politiques et attribue les ressources.

Laboratoire - Dans un système intégré, des services de laboratoire devraient être disponibles à chaque niveau. Ils sont guidés par un système national d'assurance de la qualité et liés à des laboratoires de référence pour des maladies spécifiques.

Comment les districts peuvent-ils se servir des outils IDS pour renforcer la surveillance et les activités de riposte?

La plupart des pays ont dressé un bilan de leur système de surveillance en utilisant un outil d'évaluation développé par l'OMS/AFRO. Les évaluations nationales entreprises par votre pays peuvent avoir déjà abouti à la mise en oeuvre de plans et activités spécifiques. Si cette étape n'a pas encore été franchie, un district peut mettre à jour son profil du district pour décider où il faut mettre en place des activités prioritaires visant à améliorer les capacités de surveillance et de riposte. A l'Annexe 1 (à la fin de cette introduction) figure une liste de contrôle indiquant ce qui doit être en place pour réaliser l'IDS.

Pour décrire leur rôle dans le système de surveillance, les districts peuvent également utiliser une matrice des fonctions et aptitudes de surveillance. On trouvera ci-après une matrice avec un système complet comprenant toutes les compétences et activités nécessaires. Chaque niveau soutient des activités menées à d'autres niveaux et renforce les capacités de prise de décision pour des échelons et fonctions correspondants. Dans un système en développement, la matrice fournit une structure systématique permettant d'améliorer et de renforcer le système.

Entre autres utilisations pratiques, la matrice permettra:

- De s'assurer que toutes les fonctions et capacités requises ont été identifiées
- D'établir une hiérarchie des responsabilités pour pouvoir, à partir de là, assigner les fonctions aux niveaux appropriés et déterminer les capacités requises
- De concevoir des activités et des programmes de formation pour le développement des ressources humaines
- De gérer les programmes
- De planifier les besoins en ressources nécessaires.

De plus, cette matrice formule plusieurs hypothèses de base à propos des systèmes de surveillance.

- Si à chaque niveau au moins un des éléments fait défaut ou est mis en oeuvre de manière peu satisfaisante, le risque d'échec augmente pour ce qui est de la réalisation des objectifs de surveillance et de lutte.
- Un système efficace sera appuyé à chaque niveau par les échelons supérieurs et inférieurs.
- Un système complet minimise tout retard éventuel dans l'application des mesures de santé publique.
- Les fonctions de détection, d'analyse, d'enquête, de riposte, d'échange d'information et d'évaluation sont interdépendantes et doivent toujours être liées.

La matrice présentée aux pages suivantes définit les fonctions de surveillance et la manière dont elles sont exécutées à chaque niveau du système de santé.

Détecter les Maladies Prioritaires et y Répondre

	1.0 Identifier	2.0 Notifier	3.0 Analyser et interpréter
	Remarque - Les procédures en matière d'analyse biologique s'appliquent à tous les niveaux ayant accès à		
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les définitions de cas simplifiées pour identifier les maladies ou affections prioritaires dans la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> Savoir quels événements sanitaires il convient de notifier à la formation sanitaire et à quel moment 	<ul style="list-style-type: none"> Faire participer les personnalités locales à l'observation et à l'interprétation des schémas et tendances pathologiques dans la communauté
Etablissement sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les définitions de cas normalisées pour identifier les maladies ou affections prioritaires dans: <ul style="list-style-type: none"> les services de consultation externe et interne les rapports soumis par la communauté les rapports du secteur privé Enregistrer les informations concernant les cas suspects dans le registre clinique et les dossiers des malades Utiliser les capacités des laboratoires locaux pour diagnostiquer les cas suspects Utiliser les protocoles standards pour traiter les échantillons de laboratoire Recueillir et transporter des échantillons cliniques pour évaluation en laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> Notifier les informations par cas pour les maladies immédiatement notifiables Notifier les données recueillies auprès des services de consultation externe et interne, de la communauté et du secteur privé Transmettre les données synthétiques au niveau suivant Communiquer les résultats de laboratoire obtenus à partir du dépistage de populations sentinelles dans des sites cibles (par exemple: clinique IST, service SMI, banque de sang) 	<ul style="list-style-type: none"> Préparer et mettre régulièrement à jour les graphiques, tableaux et cartes pour décrire les maladies et affections notifiées en fonction de la chronologie, du lieu et des caractéristiques individuelles Identifier et notifier immédiatement toute maladie ou affection qui: <ul style="list-style-type: none"> dépasse un seuil d'intervention se présente dans des endroits où elle était jusqu'alors absente survient plus fréquemment que par le passé dans <ul style="list-style-type: none"> un certain groupe de population présente des tendances ou caractéristiques inhabituelles Interpréter les résultats. Discuter des actions de santé publique possibles avec l'équipe de district Observer les changements de tendances au cours de l'analyse systématique des résultats de laboratoire
District, état, province	<ul style="list-style-type: none"> Entreprendre des activités visant à recueillir les données de surveillance systématique de manière ponctuelle Examiner les registres des épidémies Recueillir et transporter des échantillons cliniques pour évaluation en laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les formations sanitaires à se familiariser avec les définitions de cas standardisées et à les utiliser pour la notification des maladies et affections prioritaires S'assurer que le personnel des structures sanitaires sait quand et comment notifier les maladies et affections prioritaires Notifier rapidement les maladies immédiatement notifiables au niveau suivant Communiquer les résultats des examens de laboratoire aux responsables nationaux et locaux 	<ul style="list-style-type: none"> Définir les dénominateurs et obtenir des données pour s'assurer de l'exactitude des dénominateurs Agréger les données provenant des rapports soumis par les formations sanitaires Analyser les données par cas en fonction de l'individu, du lieu et des facteurs chronologiques Calculer les taux et les seuils Comparer les données actuelles avec les périodes antérieures Préparer et mettre régulièrement à jour les graphiques, tableaux et cartes pour décrire les maladies et affections notifiées en fonction de la chronologie, du lieu et des caractéristiques individuelles Formuler des conclusions concernant les tendances, les seuils et les résultats de l'analyse Décrire les facteurs de risque pour les maladies et affections prioritaires
Niveau national	<ul style="list-style-type: none"> Etablir la procédure à suivre pour la surveillance des populations sentinelles Réaliser des enquêtes spéciales pour rassembler des informations sur les cas, les épidémies ou les événements inhabituels notifiés Déterminer et réévaluer les besoins en matière de surveillance et mettre en place un programme de formation ainsi que d'autres activités de soutien pour chaque niveau Mobiliser des ressources adéquates pour appuyer l'identification et la notification des cas Elaborer des politiques et procédures avec le laboratoire national de référence Utiliser le laboratoire national de référence pour maintenir les contrôles et les normes en matière de qualité 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer des politiques et procédures pour la notification des maladies et affections prioritaires à chaque niveau Inclure les laboratoires du secteur privé dans le réseau de notification 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer des politiques et procédures pour l'analyse et l'interprétation des données Agréger les données provenant des rapports de district S'assurer que chaque niveau utilise des dénominateurs appropriés pour l'analyse Interpréter les tendances dans une perspective nationale Adapter ou définir les seuils d'intervention Fournir des ressources en matière de formation pour l'analyse et l'interprétation des données Analyser les données en fonction de la chronologie, du lieu et des caractéristiques individuelles Analyser la carte et stratifier par district et selon d'autres facteurs Formuler des conclusions sur la base des résultats d'analyse Etablir des rapports et mettre en commun les données avec les autorités nationales et l'OMS si nécessaire Définir les compétences d'analyse en matière de santé publique pour chaque niveau de personnel au sein du système
Représentant de l'OMS, Bureau régional de l'OMS	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer aux niveaux national et régional l'élaboration de politiques en faveur de la détection des maladies prioritaires Mobiliser des ressources pour la formation, la logistique et la supervision Elaborer et diffuser des directives normalisées visant à établir les 'meilleures pratiques' en matière de surveillance Informers les pays des problèmes susceptibles de franchir les frontières ou d'avoir un impact à l'échelle régionale 	<ul style="list-style-type: none"> Recevoir les notifications d'épidémies et de maladies immédiatement notifiables 	<ul style="list-style-type: none"> Etablir et diffuser des directives normalisées pour l'analyse des données en ce qui concerne chaque maladie prioritaire

4.0 Mener des enquêtes Remarque - Cette procédure suppose que les capacités de laboratoire sont disponibles	5.0 Répondre	6.0 Fournir un retour d'information	7.0 Evaluer et améliorer le système
<ul style="list-style-type: none"> Appuyer les activités d'investigation de cas, telles que la présentation du problème à la communauté, le dépistage, la collecte d'échantillons, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Aider les autorités sanitaires à choisir les activités de riposte Participer aux activités de riposte Mobiliser les ressources communautaires appropriées pour les activités de riposte Mener des activités d'éducation sanitaire destinées à la communauté 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir aux membres de la communauté des informations en retour sur les cas notifiés et les activités de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Déterminer si l'action de santé publique a été mise en oeuvre comme prévu Evaluer la réponse de la communauté à l'action de santé publique
<ul style="list-style-type: none"> Prendre part aux enquêtes sur les flambées épidémiques notifiées Recueillir, emballer, conserver et transporter les échantillons pour analyse en laboratoire Utiliser les résultats de l'enquête et des épreuves de laboratoire pour confirmer la flambée Traiter et enregistrer les résultats de laboratoire Communiquer les résultats au personnel clinique et aux patients 	<ul style="list-style-type: none"> Traiter les cas et les contacts selon les directives normalisées de prise en charge des cas Recourir à des mesures appropriées de lutte contre l'infection Mener avec le niveau de district des activités de riposte en santé publique Mobiliser la participation communautaire dans les interventions de riposte Mobiliser des ressources 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir aux membres de la communauté des informations en retour sur l'issue des cas notifiés et les activités de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Contrôler la ponctualité et l'exhaustivité de la notification systématique par cas des données à l'intention du district Evaluer la détection et la notification de routine des maladies et affections prioritaires Evaluer l'état de préparation aux activités de riposte et la ponctualité de ces activités Déterminer si la prise en charge des cas est appropriée Prendre des mesures pour améliorer les pratiques de notification Prendre des mesures pour améliorer la planification préalable de ripostes ponctuelles aux flambées épidémiques Garder le contact avec la communauté pour entretenir les activités de planification préalable de prévention Contrôler le délai entre la réception des échantillons et l'envoi des résultats Contrôler la qualité des résultats de laboratoire
<ul style="list-style-type: none"> Organiser et conduire l'enquête sur les cas ou flambées épidémiques notifiés Aider l'établissement sanitaire à prélever, emballer, conserver et transporter de manière sûre les échantillons pour confirmation en laboratoire Recevoir et interpréter les résultats de laboratoire Déterminer si la flambée épidémique notifiée est confirmée Notifier la flambée confirmée au niveau suivant Distribuer des trousseaux de prélèvement d'échantillons pour des activités de surveillance spéciales 	<ul style="list-style-type: none"> Choisir et mettre en oeuvre les mesures de riposte appropriées en matière de santé publique (par exemple, en fonction de la maladie, planifier un renforcement de la prise en charge des cas, mener des activités de vaccination, améliorer les activités de lutte et de prévention) Convoquer le comité de lutte contre les épidémies et planifier les activités de riposte Offrir une formation en gestion des situations d'urgence Planifier suffisamment tôt des activités d'information et d'éducation communautaire Informers les régions et districts limitrophes de la confirmation d'une flambée épidémique 	<ul style="list-style-type: none"> Alerter les régions et districts limitrophes de la survenue d'épidémies Fournir aux formations sanitaires des informations en retour régulières et périodiques concernant les activités systématiques de lutte et de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> Contrôler et évaluer les objectifs de programme et les indicateurs destinés à mesurer la qualité du système de surveillance Contrôler et évaluer la ponctualité et l'exhaustivité de la notification par les structures sanitaires du district Contrôler et évaluer la ponctualité de la réponse aux épidémies Contrôler les activités systématiques de prévention et, le cas échéant, les modifier
<ul style="list-style-type: none"> Alerter le laboratoire et appuyer ses activités de confirmation: approvisionnement, milieu de transport, logistique, transport d'échantillons Appuyer les activités d'enquête relatives aux épidémies notifiées: approvisionnement, logistique, équipement, budget Collaborer, selon les besoins, avec les autorités nationales au cours des enquêtes Notifier les flambées confirmées aux réseaux régionaux et internationaux Traiter les échantillons prélevés au cours de l'enquête et envoyer rapidement les résultats à chaque niveau Demander, si nécessaire, des échantillons supplémentaires Prendre part aux activités de l'équipe de lutte contre les épidémies 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer des politiques et procédures pour la réponse aux cas et flambées de maladies et affections prioritaires Appuyer la lutte contre les épidémies et les activités de planification préalable Communiquer et diffuser les résultats de la lutte contre les épidémies par la voie des médias ainsi que dans des bulletins, des communiqués de presse et des réunions d'information 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir à chaque niveau un retour d'information sur les activités de riposte Donner aux districts des informations en retour régulières et périodiques sur les activités systématiques de lutte et de prévention Elaborer et distribuer périodiquement un bulletin régional d'épidémiologie et de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> Elaborer et diffuser des politiques et procédures de contrôle des activités de surveillance et de lutte contre les épidémies Elaborer des politiques et pratiques de supervision des activités de surveillance et de lutte contre les épidémies Evaluer les activités de détection et de notification et y apporter les améliorations nécessaires: Contrôler et évaluer les objectifs de programme et les indicateurs destinés à mesurer la qualité du système de surveillance Contrôler et évaluer la ponctualité et l'exhaustivité de la notification par les niveaux intermédiaires Contrôler et évaluer la ponctualité de l'appui national à la riposte aux épidémies Contrôler et évaluer l'efficacité des activités de riposte aux épidémies au niveau du district Contrôler les activités systématiques de prévention et les modifier si nécessaire Contrôler l'assurance de la qualité pour les laboratoires aux échelons inférieurs
<ul style="list-style-type: none"> Communiquer les recommandations concernant les investigations de cas et la confirmation en laboratoire Mobiliser des ressources pour améliorer les capacités et compétences en matière de laboratoire Mobiliser des ressources pour les activités d'enquête et de confirmation sur la base des besoins et des demandes au niveau national Fournir aux laboratoires des formations et des équipements Elaborer des directives pour la préparation aux épidémies et les enquêtes épidémiologiques Participer aux enquêtes si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> Appuyer les activités de riposte (experts techniques, directives) Informers les autorités internationales des activités de riposte aux épidémies et leur soumettre des comptes rendus à ce sujet Calculer les indicateurs de riposte et notifier l'état final au niveau suivant Aider le niveau national à mettre en place la riposte épidémiologique et à développer l'action de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> Fournir un retour d'information sur la collaboration avec les niveaux national et régional Informers les pays des problèmes susceptibles de franchir les frontières ou d'avoir un impact sur les niveaux régionaux Diffuser les résultats d'analyse dans des bulletins régionaux et internationaux de tendances et schémas pathologiques Elaborer et distribuer un bulletin régional d'épidémiologie et de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> Utiliser les rapports de pays pour évaluer leurs systèmes et proposer des améliorations

Que propose ce Guide Technique?

Ce manuel présente des directives pratiques qui peuvent être utilisées comme:

- Référence générale pour les activités de surveillance menées à tous les niveaux
- Ensemble de définitions déterminant les seuils à partir desquels sont déclenchées des activités de riposte pour des maladies spécifiques
- Référence autonome pour des directives spécifiques à chaque niveau
- Ressource pour le développement de la formation, de la supervision et de l'évaluation des activités de surveillance
- Guide servant à améliorer les activités de détection précoce et de préparation en vue de renforcer et d'accélérer la réponse.

Nous présentons dans ce manuel des orientations générales de base sur la surveillance et la riposte. Chaque pays peut adapter ces directives en fonction de situations et d'objectifs de santé publique qui lui sont propres ou sur la base d'informations spécifiques relatives à des maladies visées par l'OMS/AFRO.

A qui s'adressent ces directives?

Les informations et recommandations présentées ici sont destinées au personnel de santé affecté à l'unité de coordination de la surveillance au niveau du district et des structures de soins. Elles concernent également les catégories de personnel suivantes:

- Responsables de la surveillance
- Coordinateurs hospitaliers en charge des activités épidémiologiques
- Personnel national des unités d'épidémiologie
- Directeurs des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles
- Equipes sanitaires de district
- Médecins et Infirmiers-administrateurs, ingénieurs sanitaires, directeurs de PEV
- Directeurs de formations sanitaires

- Responsables et administrateurs de la Santé publique
- Formateurs en soins médicaux et infirmiers
- Formateurs en santé publique
- Personnels de laboratoire
- Communauté.

Quelles maladies sont incluses dans ce guide?

Le bureau régional de l’OMS pour l’Afrique suggère 19 maladies et affections transmissibles pour lesquelles la surveillance intégrée devrait être mise en place dans la région africaine. Les 19 maladies sont recommandées parce qu’elles font partie d’une ou plus des catégories suivantes:

- La maladie est une cause de grande morbidité et mortalité dans la région africaine (par exemple, paludisme, pneumonie, diarrhée, tuberculose, et le SIDA);
- La maladie a un potentiel épidémique (par exemple la peste, fièvre jaune et choléra);
- La surveillance est exigée internationalement (par exemple la peste, fièvre jaune et choléra);
- Il y a des contrôles effectifs et des interventions préventives possible pour répondre au problème de santé publique qu’elles posent (par exemple, schistosomiases, onchocercoses, trypanosomiases, etc.);
- La maladie peut être identifiée en utilisant des définitions de cas simple; et
- Il y a des programmes d’intervention qui ont le support de l’OMS pour la prévention et 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).

La liste des maladies prioritaires peut être adaptée de pays en pays en accord avec la situation épidémiologique locale. Nous encourageons chaque pays de ne pas surcharger la liste pour assurer que le système peut bien fonctionner.

Dix-neuf Maladies Recommandées
Maladies à potentiel épidémique
Choléra Diarrhée sanguinolente (Shigella) Rougeole Méningite Peste Fièvre hémorragique virale Fièvre Jaune
Maladies choisies pour l'éradication et l'élimination
Paralysie flasque aiguë et Poliomyélite (PFA/Polio) Draconculose Lèpre Tétanos néonatal
Autres Maladies d'Importance à la Santé Publique
Pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans Nouveaux cas de SIDA Paludisme Onchocercose Infections Sexuellement Transmissibles (ISTs) Trypanosomiase Tuberculose

Quel est le soutien apporté par l'OMS/AFRO aux efforts de renforcement de la surveillance des maladies?

Le Bureau régional de l'OMS pour l'Afrique (AFRO) apporte son concours au programme IDS pour chaque niveau du système de santé, y compris:

- L'élaboration de directives techniques complètes à chaque échelon;
- Un cadre pour l'adaptation des directives à tous les niveaux au sein de chaque pays
- La recherche et la mobilisation de ressources
- La surveillance et la détection des maladies dans toutes les régions et sur l'ensemble du continent.

ANNEXE 1 Utiliser les résultats d'évaluation pour améliorer la surveillance et la riposte au niveau du district

La plupart des pays ont dressé le bilan de leur système de surveillance et identifié les améliorations qu'il convient d'y apporter. Pour cette évaluation, ils ont utilisé un outil mis au point par l'OMS/AFRO dont les résultats permettent de résoudre des problèmes concernant les ressources, la qualité et la ponctualité de l'information ainsi que le mode d'utilisation des données. Cet instrument d'évaluation comprend une étape de planification et de classification des interventions par ordre de priorité.

L'IDS propose non pas un nouveau système mais des conseils sur la manière d'améliorer les activités de surveillance et de riposte. Il se peut que les résultats de l'évaluation nationale aient déjà débouché sur la mise en application de plans et activités spécifiques. Si cela n'est pas le cas ou si les districts souhaitent actualiser leur profil de district, une liste de pointage comme celle présentée ci-dessous peut les aider à identifier les activités prioritaires visant à améliorer leurs capacités de surveillance et de riposte.

1. _____ 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. Inclure, par exemple, les sources suivantes dans une liste de sites de notification du district telle que celle qui figure à l'Annexe 6 de section 1:

- formations sanitaires et hôpitaux
 - agents de santé communautaire
 - accoucheuses traditionnelles
 - dirigeants de communautés rurales informés des événements sanitaires survenant dans la communauté (par exemple, anciens du village, guérisseur traditionnel, maître d'école, dirigeants de communautés religieuses, etc.)
 - responsables de la santé publique
 - praticiens du secteur privé
 - agents de la sécurité publique (notamment sapeurs-pompiers, services de secours, police)
 - autres (précisez)
-

2. _____ Pour chaque source d'information, identifier les responsables de la surveillance. Identifier et préciser les possibilités de participation communautaire dans la surveillance des événements sanitaires.

3. _____ 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, bulletins d'information, communications téléphoniques, etc. Cette description doit être mise à jour régulièrement.

4. _____ Décrire le réseau d'orientation-recours pour la confirmation en laboratoire des maladies et affections prioritaires à l'échelle du district. Mentionner par exemple les éléments suivants:

- Formations ou structures sanitaires publiques, privées ou gérées par des ONG disposant de services de laboratoire fiables pour la confirmation des maladies prioritaires.
 - Activités de prévention, de contrôle ou de surveillance spéciale au niveau du district bénéficiant de services de laboratoire (par exemple, présence éventuelle de sites sentinelles de surveillance VIH dans le district).
5. _____ Actualiser les politiques de l'équipe de district chargée de la lutte contre les épidémies de manière à ce que l'évaluation de la planification préalable fasse systématiquement partie des priorités de cette équipe. Préciser et diffuser le calendrier des rencontres suivantes:
- Réunion portant sur l'évaluation systématique de la préparation à la riposte et l'examen des problèmes et activités du moment
 - Réunions de riposte aux épidémies
6. _____ Décrire les liens de communication entre, d'une part, la communauté et les structures de soins et, d'autre part, le comité de lutte contre les épidémies qui peut être activé en cas de flambée épidémique et pour des activités de routine.
7. _____ Mentionner les maladies et affections prioritaires faisant l'objet d'une surveillance dans le district et celles visées par la politique nationale. Dresser la liste des maladies classées comme suit:
- A potentiel épidémique
 - Faisant l'objet de mesures d'éradication et d'élimination
 - Autres maladies d'importance stratégique pour la santé publique
8. _____ Pour chaque maladie ou affection prioritaire sélectionnée, préciser l'activité de riposte disponible en matière de santé publique.
9. _____ Pour chaque maladie ou affection face à laquelle le district est en mesure de réagir, spécifier la cible, le seuil d'alerte ou les résultats d'analyse susceptibles de déclencher une action.
10. _____ Pour chaque maladie ou affection prioritaire, étudier les informations minimales que doivent notifier les formations sanitaires ou d'autres sources. Indiquer quand, à qui et comment ces données doivent être notifiées. Par exemple:
- Préciser les informations notifiables provenant de services de soins hospitaliers et de consultation externe. Une exigence minimale serait par exemple de notifier tous les cas et décès pour les maladies et affections retenues.
 - Indiquer les maladies ou affections nécessitant une notification immédiate et communiquer cette liste aux formations sanitaires du district.

- Définir les moyens par lesquels les données sont notifiées au district (par téléphone, par fiches, oralement). En cas de notification électronique, tous les établissements sont-ils équipés d'ordinateurs et de modems?
- Définir la fréquence de notification souhaitée des données requises.

11. _____ Préciser quels sont les outils de gestion des données dont dispose le district et la manière dont il convient de les utiliser dans un système intégré:

- Fiches de notification systématique
- Fiches de notification pour la surveillance cas par cas
- Listes descriptives pour des flambées épidémiques de plus de 5 cas
- Tableaux pour l'enregistrement de données synthétiques
- Graphiques pour l'analyse chronologique des données
- Cartes pour l'analyse spatiale des données
- Tableaux pour l'analyse individuelle des données

12. _____ Définir pour chaque site de notification les conditions à remplir en matière de gestion des données. Par exemple, élaborer et diffuser une ligne d'action et préciser les procédures à suivre de manière à ce que les sites de notification sachent qu'ils doivent chaque mois:

- Calculer, grouper et communiquer les totaux généraux
- Analyser les données synthétiques mensuelles dans des graphiques, tableaux ou cartes
- Fournir certaines interprétations au district.

13. _____ Mettre à jour périodiquement la disponibilité des ressources nécessaires à la surveillance pour chaque site de notification. (Remarque - Si un site est en mesure de procéder à une notification électronique, existe-t-il un format électronique compatible avec les méthodes utilisées au niveau du district, de la province et du pays? Si les moyens informatiques ne sont pas disponibles, les personnes chargées de la gestion des données peuvent-elles compter sur un approvisionnement régulier de papier, crayons de couleur, papier quadrillé, registres?)

14. _____ Déterminer si les fiches actuellement utilisées répondent aux priorités de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte. Fournissent-elles, par exemple, les informations nécessaires pour déceler les problèmes et signaler une riposte vis à vis des maladies prioritaires faisant l'objet d'une surveillance intégrée?

15. _____ Déterminer s'il faut évaluer les indicateurs complémentaires et planifier la manière de contrôler et évaluer la ponctualité et l'exhaustivité de la notification.

16. _____ Définir les méthodes à appliquer pour informer et appuyer le personnel de santé dans la mise en oeuvre de la surveillance intégrée des maladies. Vous pouvez notamment:
- énumérer 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.
 - coordonner entre les programmes de lutte contre les maladies les activités de formation qui font l'objet de chevauchements. Tirer parti d'un chevauchement de compétences entre ces programmes, notamment la supervision, la rédaction de rapports, la budgétisation, l'analyse des données et l'utilisation des données pour l'identification des priorités.
 - Déterminer les besoins de formation pour chaque catégorie de personnel de santé, que ce soit pour une formation initiale aux aptitudes de surveillance et de riposte ou pour un recyclage axé sur l'intégration des activités de surveillance.
17. _____ Examiner et actualiser les procédures et méthodes d'échange de l'information entre le district, les formations sanitaires et la communauté ainsi qu'entre le district et les niveaux supérieurs. Préciser, par exemple, les méthodes d'échange d'information et actualiser selon les besoins:
- Bulletins synthétisant les données communiquées au district par les formations sanitaires
 - Réunions périodiques pour discuter des problèmes et des activités récentes dans le domaine de la santé publique
 - Visites de supervision
18. _____ Rassembler et présenter des données importantes concernant votre district qui pourraient servir à mobiliser des ressources supplémentaires pour améliorer les activités de surveillance et de riposte dans le district. (Exemple - Le personnel de santé est en mesure de documenter une augmentation du nombre de cas de paludisme; il sait que la riposte adéquate est l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide. Le responsable de la surveillance au niveau du district a utilisé des données pour montrer que l'on pourrait réduire le nombre de cas si des entreprises locales couvraient une partie des frais d'équipement en moustiquaires.)
19. _____ Formuler trois objectifs à atteindre pour améliorer la surveillance dans votre district au cours de l'année à venir.

Section 1

Identifier les cas de maladies et affections prioritaires

Dans cette section nous expliquerons comment:

- Utiliser les définitions de cas standards pour la notification de maladies et affections prioritaires présumées
- Améliorer les procédures de surveillance et de riposte au niveau du district
- Utiliser le réseau de laboratoires pour confirmer des flambées épidémiques possibles.

1.0 Identifier les cas de maladies et affections prioritaires

Les cas et flambées possibles de maladies et affections prioritaires peuvent attirer l'attention du système de santé de plusieurs manières. Par exemple:

- Une personne tombe malade et se fait soigner dans une formation sanitaire.
- Un membre de la communauté signale à la formation sanitaire un cas suspect isolé, une série groupée de décès ou un événement inhabituel. Une pharmacie relève par exemple une forte augmentation des achats d'un médicament ou d'un traitement particulier ou une école fait état d'un nombre croissant d'absences dues à certains signes et symptômes similaires.
- Au cours de recherches actives de cas supplémentaires pour une maladie particulière, le responsable de la surveillance découvre des cas non notifiés liés à d'autres maladies prioritaires. Par exemple, lorsqu'il examine un registre clinique à la recherche de cas de paralysie flasque aiguë, il sera également attentif aux cas suspects causés par d'autres maladies évitables par la vaccination, notamment la rougeole, le tétanos néonatal, la méningite et le choléra.
- La radio, la télévision ou les journaux signalent des événements sanitaires inhabituels dans la région.
- Une formation sanitaire notifie une série groupée de décès ou la recrudescence inhabituelle d'une maladie sans que pour autant le seuil d'intervention de l'établissement ne soit atteint. Après avoir additionné et analysé les cas au niveau du district en incluant les notifications d'autres formations sanitaires, on détecte une flambée épidémique. Un établissement signale, par exemple, un décès d'adulte atteint de diarrhée sanglante. Il semble que le problème soit limité à cette zone de desserte, mais si plusieurs structures de soins font état d'un événement similaire, l'ensemble du district peut être affecté et des mesures doivent être prises.

- L'administration locale doit attirer l'attention sur les événements inhabituels. Certains registres d'état civil révèlent une augmentation des décès néonataux.

1.1 Utiliser les définitions de cas standard

Une définition de cas est un ensemble standardisé de critères utilisés pour déterminer si une personne est atteinte d'une maladie particulière ou si le cas peut être notifié et faire l'objet d'une enquête. Les définitions de cas s'appuient sur des critères à la fois cliniques et liés à la surveillance. Par exemple:

- **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** - Une définition de cas destinée à la surveillance permet:
 - de détecter avec précision tous les cas d'une maladie ou affection dans une population donnée,
 - d'exclure de cette détection d'autres affections 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 Examiner les définitions de cas utilisées par les formations sanitaires dans le district

Il faut s'assurer que le personnel des services de soins sait comment utiliser les définitions de cas standardisées spécifiées dans la politique nationale pour la notification au district des maladies et affections prioritaires.

A l'Annexe 2 figurant à la fin de cette section sont présentées des propositions de définitions de cas pour les maladies prioritaires dans un système de surveillance intégrée.

Vous trouverez des informations complémentaires sur les définitions de cas dans les recommandations spécifiques aux maladies figurant dans la Section 8 du présent manuel.

1.1.2 Diffuser dans la communauté les définitions de cas simplifiées

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.

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

Utiliser les résultats des évaluations nationales pour planifier des activités pertinentes basées sur les priorités. Chaque année, il faut évaluer le système et réactualiser 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 régulière 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 ou non gouvernementales, les projets d'assainissement, les centres de planification familiale, les centres de distribution d'aliments, etc.
- les problèmes actuels majeurs de santé publique (entre 5 et 10) traités dans le district ou dans les structures de soins.

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

Relever dans le district toutes les formations sanitaires tenues de notifier au district des données de surveillance. Mentionner chaque formation sanitaire et le nom des membres du personnel responsables des activités de surveillance. A l'Annexe 6 figurant à la fin de cette section, vous trouverez un tableau permettant de dresser la liste des sites de notification et les coordonnées de la personne responsable de chaque site.

Même lorsque la notification par les structures publiques est de bonne qualité, il ne faut pas oublier d'ajouter celles provenant du privé et des ONG.

1.3 Identifier les laboratoires chargés de la confirmation des flambées épidémiques présumées

Nombreuses sont les maladies qui se manifestent de la même façon. Par exemple, un enfant qui a de la fièvre et présente une éruption cutanée sur tout le corps peut être diagnostiqué comme cas de rougeole alors que les causes possibles sont multiples.

Les examens de laboratoire constituent un outil précieux pour la santé publique car elles peuvent appuyer ou confirmer un diagnostic. Dans certains cas, il est impossible, même pour des praticiens hautement qualifiés et expérimentés, d'établir un diagnostic correct. En s'appuyant sur les analyses de laboratoire, on accroît l'exactitude du diagnostic et l'efficacité de l'action de santé publique. Cette confirmation permet de s'assurer que les données de surveillance recueillies (par exemple, le nombre de cas de rougeole diagnostiqués d'après des signes ou symptômes cliniques) n'entraîneront pas des interventions sanitaires inutiles (par exemple, mise en oeuvre d'une campagne de vaccination de masse contre la rougeole alors qu'il ne s'agit pas de rougeole).

Un résumé des directives portant sur la prescription, la collecte et l'envoi d'échantillons pour des tests de laboratoire recommandés figure à l'Annexe 4 de cette section. Cette Annexe contient également des indications générales sur l'interprétation des analyses biologiques.

1.3.1 Etablir la communication avec les laboratoires désignés

Il convient d'établir ou de renforcer la communication de routine avec les laboratoires désignés qui analyseront les échantillons envoyés par votre formation sanitaire ou votre district pour confirmation de l'épidémie présumée. Le but de ces contacts est de consolider les procédures entre les établissements de soins du district qui enverront des échantillons et le laboratoire qui les recevra. Il faut s'assurer que les procédures de confirmation de la maladie et de notification des résultats sont claires et fiables.

1.3.2 Désigner un responsable des laboratoires au niveau du district

Le responsable de district s'assurera que les procédures de confirmation en laboratoire sont connues et appliquées dans le district. Le fonctionnaire désigné sera chargé:

- D'aider la formation sanitaire à déterminer le moment où il faut prélever un échantillon pour confirmation du cas suspect
- De collaborer avec le laboratoire, en cas de besoin, pour identifier l'échantillon correct à recueillir et toutes autres difficultés ou procédures particulières
- De recueillir et emballer correctement l'échantillon ou d'aider l'établissement à le faire
- D'assurer la sécurité et la fiabilité du transport de l'échantillon entre la formation sanitaire et le district
- De recevoir les résultats du laboratoire et de les communiquer rapidement à la formation sanitaire et aux instances nationales
- De prendre des mesures, en collaboration avec la formation sanitaire, sur la base du rapport de laboratoire.

Annexes à la Section 1

- ANNEXE 2 Définitions de cas recommandées par l’OMS/AFRO pour la notification au district de maladies ou affections prioritaires possibles par la formation sanitaire
- ANNEXE 3 Messages simplifiés destinés à la surveillance communautaire
- ANNEXE 4 Tests de laboratoire recommandés pour la confirmation des maladies et affections prioritaires
- ANNEXE 5 Liste des laboratoires chargés de la confirmation des maladies et affections prioritaires
- ANNEXE 6 Liste des sites de notification du district

ANNEXE 2 Définitions de cas recommandées par l’OMS/AFRO pour la notification au district des maladies ou affections prioritaires par la formation sanitaire

L’OMS/AFRO recommande aux formations sanitaires d’utiliser les définitions de cas suivantes pour la notification au district de cas suspects de maladies et affections prioritaires. Veuillez vous reporter aux directives spécifiques aux maladies (Section 8) pour plus d’informations sur les définitions de cas spécifiques.

Maladies à potentiel épidémique	
Choléra	Tout individu âgé de 5 ans ou plus qui développe une déshydratation grave ou décède à la suite d’une diarrhée aqueuse aiguë.
Diarrhée sanglante (Shigellose)	Tout individu atteint de diarrhée et dont les selles contiennent des traces visibles de sang.
Rougeole	Tout individu atteint de fièvre et d’éruption cutanée maculopapuleuse (non vésiculaire) généralisée et de toux, coryza ou conjonctivite (yeux rouges) ou toute personne chez qui un clinicien suspecte la rougeole.
Méningite	Tout individu ayant un brusque accès de fièvre (température rectale: >38.5°C, axillaire: 38.0°C) présentant un des signes suivants: nuque raide, conscience altérée ou autres syndromes méningés.
Peste	Tout individu atteint d’un brusque accès de fièvre, de refroidissements, de maux de tête, de malaises graves, de prostration et d’une tuméfaction très douloureuse des ganglions lymphatiques ou de toux avec expectoration sanglante, douleurs à la poitrine et difficultés respiratoires.
Fièvres hémorragiques virales	Tout individu gravement malade, atteint de fièvre et présentant un des signes suivants: selles sanglantes, vomissements sanglants ou saignements inexplicables des gencives, du nez, du vagin, de la peau ou des yeux.
Fièvre jaune	Tout individu atteint d’un brusque accès de fièvre puis d’une jaunisse dans les 2 semaines qui suivent l’apparition des premiers symptômes.
Maladies faisant l’objet de mesures d’éradication et d’élimination	
Paralyse flasque aiguë (PFA) / polio	Tout enfant de moins de 15 ans atteint de PFA ou une personne de n’importe quel âge chez qui le clinicien suspecte la polio.
Dracunculose	Tout individu ayant des antécédents de lésion cutanée et d’apparition de ver de Guinée dans une période de 1 an après le début de la lésion. Revoir en se référant au document de base « ver de Guinée »
Lèpre	Tout individu présentant les signes cliniques de la lèpre (tels que définis par le programme national) avec ou sans confirmation bactériologique du diagnostic et nécessitant une chimiothérapie (à l’exclusion des patients libérés de traitement).
Tétanos néonatal	Tout nouveau-né normalement capable de téter ou crier au cours des deux premiers jours suivant la naissance et qui, âgé entre 3 et 28 jours, perd cette capacité et / ou est atteint de convulsions.

Autres maladies importantes pour la santé publique	
Diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	<p>Diarrhée avec déshydratation légère: Tout enfant de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et présentant au moins deux des signes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agité ou irritable - yeux enfoncés/creux - soif intense - rétraction lente de la peau après pincement <p>Diarrhée avec déshydratation grave: Tout enfant âgé de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et présentant au moins deux des signes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - léthargique ou inconscient - yeux enfoncés/creux - ne peut pas boire ou boit péniblement - après pincement la peau plissée revient très lentement
Pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans	<p>Pneumonie Tout enfant âgé de 2 mois à 5 ans qui tousse ou a des difficultés à respirer et</p> <ul style="list-style-type: none"> - 50 mouvements respiratoires ou plus par minute, s'il est âgé de 2 mois à ≤ 1 an - 40 mouvements respiratoires ou plus par minute, s'il est âgé de 1 à 5 ans <p><i>(Les nourrissons de moins de 2 mois produisant 60 mouvements respiratoires ou plus par minute sont orientés pour infection bactérienne grave.)</i></p> <p>Pneumonie grave Tout enfant âgé de 2 mois à 5 ans qui tousse ou a des difficultés à respirer et présente un signe général de danger ou un tirage intercostal ou un stridor chez un sujet calme. Les signes généraux de danger sont les suivants: incapacité de boire ou de s'alimenter au sein, vomit tout, convulsions, léthargie ou perte de conscience.</p>
Nouveaux cas de SIDA	Tout individu dont l'état répond à la définition de cas du SIDA adoptée par la politique nationale.
Paludisme	<p>Paludisme non compliqué Tout individu atteint de fièvre ou de fièvre avec maux de tête, maux de dos, refroidissements, sueurs, myalgie, nausée et vomissements diagnostiqué sur le plan clinique comme cas de paludisme.</p> <p>Paludisme non compliqué confirmé Tout individu atteint de fièvre ou de fièvre avec maux de tête, maux de dos, refroidissements, sueurs, myalgie, nausée et vomissements avec confirmation du diagnostic en laboratoire après examen sanguin ou tout autre test diagnostique destiné à rechercher les parasites du paludisme.</p> <p>Paludisme avec anémie grave Tout enfant âgé de 2 mois à 5 ans atteint de paludisme et, s'il est vu en consultation externe, de pâleur palmaire grave ou, s'il est hospitalisé, d'anémie grave confirmée par un examen de laboratoire.</p> <p>Paludisme grave Toute personne hospitalisée avec un premier diagnostic de paludisme confirmé par un examen de laboratoire positif (goutte épaisse ou frottis) quant à la présence d'hématozoaires.</p>
Onchocercose	Dans une région endémique, tout individu présentant des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés.

Infections sexuellement transmissibles (IST)	<p><i>Ulcère génital (non vésiculaire)</i> Tout individu de sexe masculin présentant un ulcère sur le pénis, le scrotum ou le rectum, avec ou sans adénopathie inguinale ou tout individu de sexe féminin présentant un ulcère sur la lèvre, le vagin ou le rectum, avec ou sans adénopathie inguinale.</p> <p><i>Ecoulement urétral</i> Tout individu de sexe masculin ayant des pertes urétrales avec ou sans dysurie.</p>
Trypanosomiase	<p><i>Trypanosomiase - stade précoce</i> Tout individu ayant un chancre douloureux se présentant initialement comme une papule puis se transformant en nodule au point de la piqûre de la mouche. Le malade peut présenter les symptômes suivants: fièvre, intenses maux de tête, insomnie, lymphadénopathie indolore, anémie, oedème local et éruption cutanée.</p> <p><i>Trypanosomiase - stade avancé</i> Cachexie, somnolence et symptômes liés à l'atteinte du système nerveux central.</p>
Tuberculose	<p><i>Tuberculose pulmonaire à frottis positif</i> Tout patient atteint de toux pendant 3 semaines ou plus avec:</p> <ul style="list-style-type: none"> • au moins 2 échantillons d'expectoration positifs pour les bacilles acido-alcoolo-résistants après examen microscopique, ou • 1 échantillon d'expectoration à frottis positif pour les bacilles acido-alcoolo-résistants et des anomalies radiographiques caractéristiques d'une tuberculose pulmonaire active décelées par le médecin traitant, ou • un échantillon d'expectoration à frottis positif pour les bacilles acido-alcoolo-résistants et une culture d'échantillon d'expectoration positive pour les bacilles acido-alcoolo-résistants.

ANNEXE 3 Messages simplifiés destinés à la surveillance communautaire

Il importe de donner aux agents de santé communautaire, aux guérisseurs traditionnels, aux accoucheuses, aux agents de santé qui mènent des activités extra-institutionnelles dans des zones reculées et aux dirigeants communautaires des informations sur les maladies et affections prioritaires visées par un programme de surveillance dans votre région. On utilisera des messages simplifiés tels que ceux mentionnés ci-dessous pour aider la communauté à déterminer à quel moment une personne présentant ces signes doit être orientée vers une formation sanitaire.

Maladie suspectée	Messages simplifiés destinés à la communauté
Paralysie flasque aiguë	Toute maladie paralytique aiguë.
Diarrhée aqueuse grave	Tout individu ayant produit 3 selles liquides ou plus au cours des dernières 24 heures et présentant un signe de danger ou une déshydratation.
Choléra	Tout individu âgé de 5 ans ou plus ayant des selles aqueuses abondantes.
Diarrhée sanglante	Tout individu souffrant de diarrhée et dont les selles contiennent des traces visibles de sang.
Paludisme	Tout individu malade présentant une forte fièvre et un signe de danger. <i>(Les signes de danger sont les suivants: léthargie, inconscience, renvoie tout, convulsions et, chez les enfants de moins de 5 ans, incapacité à boire ou à s'alimenter au sein)</i>
Rougeole	Tout individu atteint de fièvre et d'éruption cutanée.
Méningite	Tout individu souffrant de fièvre et de raideur du cou.
Tétanos néonatal	Tout nouveau-né normal à la naissance qui, 2 jours plus tard, est incapable de téter ou de s'alimenter au sein.
Peste	Tout individu présentant une tuméfaction douloureuse sous les bras ou dans l'aîne. Dans une région où sévit la peste, tout individu atteint de toux, de douleurs à la poitrine et de fièvre.
Pneumonie	Tout enfant de moins de 5 ans qui tousse et qui a une respiration rapide ou des difficultés respiratoires.
Tuberculose	Tout individu atteint de toux pendant 3 semaines ou plus.
Fièvres hémorragiques virales	Tout individu souffrant d'une maladie inexplicée et atteint de fièvre et de saignements ou qui est décédé à la suite d'une maladie grave inexplicée accompagnée de ces symptômes.
Fièvre jaune	Tout individu atteint de fièvre et dont le blanc des yeux ou la peau jaunissent.

ANNEXE 4 Tests de laboratoire recommandés pour la confirmation des maladies et affections prioritaires

Il est indispensable de pouvoir confirmer les diagnostics des maladies infectieuses. Les résultats des examens de laboratoire permettent:

- De diagnostiquer avec précision la maladie dont souffre un patient
- De vérifier la cause (l'étiologie) d'une flambée épidémique possible.

Il faut s'assurer que les échantillons parviennent en bon état au laboratoire. Pour obtenir des résultats fiables, ils doivent avoir été recueillis de manière sûre, placés dans un récipient approprié et conservés à des températures spécifiques. Le laps de temps entre le prélèvement et l'analyse en laboratoire doit être réduit au minimum.

Pour la plupart des tests de laboratoire recommandés pour la confirmation des maladies et affections prioritaires soumises à une surveillance intégrée, un résultat positif est généralement une indication claire que l'échantillon a été collecté, transporté et traité de manière adéquate. Si on obtient un résultat négatif alors que les normes de contrôle de qualité n'ont pas été rigoureusement observées depuis le moment où l'échantillon a été prélevé jusqu'à son traitement, ce résultat peut être erroné.

Plusieurs facteurs peuvent affecter la fiabilité de l'interprétation d'un rapport d'analyse. L'interprétation des résultats est difficile lorsque:

- Un échantillon de sérum a été prélevé de manière incorrecte et s'hémolyse
- Par suite d'un retard dans le transport ou la réfrigération, il y a pullulation bactérienne dans l'échantillon recueilli
- Le milieu de conservation est inadéquat, ce qui réduit la durée de vie de l'agent ou de l'anticorps suspect
- Les échantillons ne sont pas placés dans les milieux appropriés ou lorsque les réactifs sont périmés.

Un résultat positif pour l'isolement d'IgM sérique ou de virus à partir de n'importe quel site (sang, sérum, urine, liquide céphalo-rachidien ou tissu) confirme généralement un cas suspect. Lorsque le résultat du test d'isolement d'IgM sérique ou de virus est négatif, il est parfois souhaitable de répéter l'analyse. La mise en oeuvre de mesures de santé publique avant même d'obtenir la confirmation par le laboratoire peut s'avérer nécessaire.

Le tableau de référence mentionné ci-après contient la liste des tests de laboratoire recommandés pour la confirmation des maladies et affections prioritaires. Pour chaque maladie ou affection présumée, des informations sont données sur:

- Le test diagnostique
- L'échantillon à prélever
- Le moment recommandé du prélèvement
- La manière de le préparer, de le conserver et de l'expédier
- Le moment où les résultats devraient être disponibles
- Les sources de complément d'information.

Le tableau ci-dessous a été conçu à des fins de référence rapide et peut être utilisé lorsque la formation sanitaire notifie des maladies ou affections prioritaires présumées ou qu'une flambée épidémique présumée est signalée. Pour toute information complémentaire concernant la confirmation d'épidémies de maladies et affections prioritaires, consulter les directives spécifiques aux maladies figurant à la Section 8.

Echantillons pour confirmation en laboratoire des maladies prioritaires au niveau du district

Maladie ou affection possible	Test diagnostique	Echantillon	Moment du prélèvement	Préparation, conservation et expédition	Résultats
<p>Paralysie flasque aiguë (Polio possible)</p> <p>REFERENCE: Plan d'action mondial de l'OMS pour l'endiguement des poliovirus sauvages par l'action des laboratoires . WHO/V&B/99.32, Genève, 1999</p> <p>Manuel pour l'investigation virologique de la polio WHO/EPI/GEN/97.01 Genève, 1997</p>	<p>Isolement du virus de la polio dans un échantillon de selles</p>	<p>Selles</p> <p>Remarque: si aucun échantillon n'a été prélevé, réévaluer le patient après 60 jours pour confirmer le diagnostic clinique de polio (PFA)</p>	<p>Prélever dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie</p> <p>Prélever le premier échantillon au cours de l'investigation de cas</p> <p>Prélever un deuxième échantillon chez le même patient 24 - 48 heures plus tard</p>	<ul style="list-style-type: none"> Placer les selles dans un récipient propre et étanche et étiqueter clairement Placer immédiatement au réfrigérateur ou dans une glacière ne servant pas à la conservation de vaccins ou de médicaments. Expédier les échantillons de manière à ce qu'ils parviennent au laboratoire polio désigné dans un délai de 72 heures après prélèvement Si l'échantillon ne peut être expédié dans un délai de 72 heures, il doit être congelé à -20°C ou à une température inférieure, puis expédié congelé avec de la neige carbonique ou des paquets de glace congelés aux même températures 	<p>Les résultats préliminaires sont généralement disponibles 14-28 jours après réception de l'échantillon par le laboratoire.</p> <p>En cas d'isolement d'un poliovirus sauvage, le programme national d'éradication de la polio envisagera les mesures appropriées</p>
<p>Choléra</p> <p>REFERENCE: "Laboratory Methods for the Diagnosis of Epidemic Dysentery and Cholera". CDC/WHO, 1999 CDC, Atlanta, GA, USA</p>	<p>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></p> <p>Au besoin, confirmer l'identification avec les antisérums Inaba et Ogawa</p> <p>Si l'échantillon n'est pas sérotypable, envisager <i>V. cholerae O139</i> (voir Remarque dans la colonne des Résultats)</p>	<p>Selles liquides ou écouvillonnage rectal</p>	<p>En cas de soupçon d'épidémie, prélever des selles chez 5 patients atteints de diarrhée aiguë et:</p> <ul style="list-style-type: none"> si la maladie s'est déclarée au cours des 5 derniers jours et avant le début de l'antibiothérapie <p>Ne pas retarder le traitement des patients déshydratés. Les échantillons peuvent être prélevés après un début de réhydratation (thérapie SRO ou IV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Placer l'échantillon (selles ou écouvillonnage rectal) dans un récipient propre et étanche et faire parvenir au laboratoire dans un délai de 2 heures S'il faut prévoir un délai de plus de 2 heures, placer un tampon imprégné de selles dans un milieu de transport Cary-Blair . <p>Si ce milieu n'est pas disponible et si l'échantillon ne peut parvenir au laboratoire dans un délai de 2 heures:</p> <ul style="list-style-type: none"> conserver à 4° - 8°C; ne pas laisser sécher; si nécessaire, ajouter de petites quantités de NaCl à 0,85%. pour le transport, utiliser un récipient étiqueté et étanche transporter le récipient dans une glacière à 4° - 8°C 	<p>Tous les laboratoires ne pratiquent pas systématiquement les tests pour le choléra</p> <p>Les résultats de la culture sont généralement disponibles dans un délai de 2 - 4 jours après réception par le laboratoire</p> <p>Le sérotype O139 n'a pas été signalé en Afrique. Sa présence a été relevée dans quelques régions de l'Asie du Sud-Est</p> <p>La détermination sérologique d'Ogawa ou Inaba n'est pas cliniquement requise. Elle n'est pas non plus nécessaire si les résultats pour les antisérums polyvalents sont clairement positifs</p>

Maladie ou affection possible	Test diagnostique	Echantillon	Moment du prélèvement	Préparation, conservation et expédition	Résultats
<p>Diarrhée sanglante (<i>Shigella dysenteriae</i> type 1) et autres shigelloses Remarque: Les infections à SD1 sont à potentiel épidémique et liées à de hauts niveaux de résistance aux antibiotiques.</p> <p>REFERENCE: "Laboratory Methods for the Diagnosis of Epidemic Dysentery and Cholera". CDC/WHO, 1999 CDC, Atlanta, GA, USA</p>	<p>Isoler <i>Shigella dysenteriae</i> type 1 (SD1) en culture pour confirmer l'épidémie de shigellose</p> <p>Si SD1 est confirmée, réaliser des antibiogrammes avec les médicaments appropriés</p>	<p>Selles ou écouvillonnage rectal</p>	<p>Prélever un échantillon lorsqu'on soupçonne une épidémie. Prélever des selles chez 5-10 patients atteints de diarrhée sanglante et:</p> <ul style="list-style-type: none"> si la maladie s'est déclarée au cours des 4 derniers jours et avant le début de l'antibiothérapie <p>Il est recommandé de recueillir les selles dans un récipient propre et sec. Ne pas contaminer avec de l'urine. Echantillonner avec un tampon en sélectionnant les portions contenant du sang ou du mucus.</p> <p>Si un prélèvement de selles n'est pas possible, obtenir un échantillon rectal à l'aide d'un tampon de coton propre</p>	<ul style="list-style-type: none"> Placer le tampon de selles ou d'échantillon rectal dans le milieu de transport Cary-Blair. Envoyer réfrigérer au laboratoire. Si le milieu Cary-Blair n'est pas disponible, envoyer au laboratoire dans un délai de 2 heures dans un récipient propre et sec hermétiquement fermé. Pour les échantillons non préservés en Cary-Blair, on constate une réduction importante des shigellae après 24 heures Si le stockage est nécessaire, conserver les échantillons à 4° - 8°C. Ne pas congeler. 	<p>Les résultats des cultures sont généralement disponibles 2 - 4 jours après réception par le laboratoire</p> <p>Les isolats SD1 doivent être caractérisés par une sensibilité aux antibiotiques.</p> <p>Après confirmation de 5 - 10 cas épidémiques initiaux, ne prélever des échantillons que sur un nombre limité de cas jusqu'au terme de la flambée.</p> <p>Se reporter aux directives spécifiques aux maladies (Section 8) pour plus d'informations sur le potentiel épidémique de <i>Shigella dysenteriae</i> 1</p>
Dracunculose	La confirmation systématique en laboratoire à des fins de surveillance n'est pas requise.				
<p>VIH</p> <p>Référence : Guidelines for Second Generation HIV Surveillance, WHO and UNAIDS, 2000 WHO/CDC/CSR/EDC/2000.5</p>	<p>ELISA pour VIH</p> <p>ou</p> <p>se reporter aux directives du programme national de lutte contre le VIH/SIDA pour savoir quel est le test diagnostique recommandé pour votre pays.</p>	<p>Sérum</p>	<p>Recueillir des échantillons conformément à la stratégie du programme national VIH/SIDA en matière d'échantillonnage clinique ou épidémiologique.</p>	<p>Utiliser des mesures de précaution universelles pour éviter tout contact avec des instruments effractifs et des liquides corporels.</p> <p>Pour ELISA: Recueillir 10 ml de sang veineux;</p> <ul style="list-style-type: none"> Laisser le caillot se rétracter pendant 30 - 60 minutes à température ambiante ou centrifuger pour séparer le sérum des globules rouges Verser aseptiquement le sérum dans des éprouvettes stériles à bouchon vissant. Conserver le sérum à 4°C. Envoyer les échantillons de sérum dans un emballage adéquat pour éviter toute casse ou fuite. 	<p>Les tests VIH sont rigoureusement réglementés et la diffusion d'informations est soumise à des contrôles stricts. Les résultats sont généralement disponibles une semaine après l'arrivée des prélèvements au laboratoire.</p>

Maladie ou affection possible	Test diagnostique	Echantillon	Moment du prélèvement	Préparation, conservation et expédition	Résultats
Lèpre	<i>La confirmation systématique en laboratoire à des fins de surveillance n'est pas requise.</i>				
Paludisme REFERENCE: "Basic Laboratory Methods in Medical Parasitology" WHO, Genève, 1991	<ul style="list-style-type: none"> Présence de parasites du paludisme dans des échantillons sanguins prélevés chez des cas suspects Hématocrite ou hémoglobine pour cas suspect de paludisme chez des enfants âgés de 2 mois à 5 ans 	Sang Généralement prélèvement avec vaccinostyles Généralement avec vaccinostyles ou autres méthodes acceptées pour le prélèvement de sang chez les jeunes enfants	<i>Pour frottis sanguin:</i> préparer le frottis pour tous les cas suspects hospitalisés ou conformément aux directives nationales relatives à la prise en charge des cas <i>Pour hématocrite ou hémoglobine:</i> pour les patients hospitalisés, recourir à un test de laboratoire pour confirmation de l'anémie grave	<i>Pour frottis sanguin:</i> collecter le sang directement sur des lames propres et correctement étiquetées et préparer le frottis mince et la goutte épaisse. <ul style="list-style-type: none"> Bien laisser sécher les frottis Colorer en utilisant la coloration et la technique appropriées Conserver les lames colorées et complètement sèches à la température ambiante sans les exposer directement à la lumière du jour. <i>Pour hématocrite ou hémoglobine:</i> recueillir les échantillons selon les instructions fournies par les directives nationales	Les résultats de la goutte épaisse et des frottis minces peuvent être obtenus le jour même du prélèvement. L'examen microscopique des lames peut également révéler la présence d'autres parasites dans le sang.
Rougeole Référence: WHO Guidelines for Epidemic Preparedness and Response to Measles Outbreaks WHO/CDS/CSR/ISR/99.1	Présence dans le sérum d'anticorps IgM contre le virus de la rougeole.	Sérum	Prélever le sérum pour la recherche d'anticorps dès la première occasion ou lors de la première consultation dans la formation sanitaire. <i>Dans les pays cherchant à éliminer la maladie:</i> <ul style="list-style-type: none"> Prélever un échantillon pour chaque cas suspect de rougeole <i>Dans les autres pays:</i> <ul style="list-style-type: none"> Collecter des échantillons pour les 5 premiers cas d'une épidémie 	<ul style="list-style-type: none"> Pour les enfants, collecter 1 - 5 ml de sang veineux, selon la taille de l'enfant et le matériel d'analyse disponible (tube à essai, tube capillaire, micro-récepteur, etc.) Laisser le caillot se rétracter pendant 30 - 60 minutes à température ambiante ou centrifuger pour séparer le sérum des globules rouges. Verser, de manière aseptique, le sérum dans des tubes stériles à bouchon vissant. Conserver le sérum à 4°C Expédier les échantillons de sérum dans un emballage approprié pour éviter toute casse et fuite pendant le transport. 	Les résultats sont généralement disponibles après 7 jours. Si sur 5 cas suspects de rougeole, le laboratoire n'en confirme que 2, l'épidémie est confirmée.

Maladie ou affection possible	Test diagnostique	Echantillon	Moment du prélèvement	Préparation, conservation et expédition	Résultats
Méningite REFERENCE: "Laboratory Methods for the Diagnosis of Meningitis Caused by <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> and <i>Haemophilus influenzae</i> ". Document OMS WHO/CDS/EDC/99.7 OMS, Genève	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.	Liquide céphalo-rachidien (LCR) Remarque - Le LCR est l'échantillon de choix pour la mise en culture et l'examen microscopique. Si le LCR n'est pas disponible, faire un prélèvement de sang (adultes: 10 ml, enfants: 1-5ml) et mettre en culture.	Si on soupçonne la méningite: <ul style="list-style-type: none"> • Prélever le LCR chez 5 à 10 cas dès que le seuil d'alerte ou d'action est atteint (voir section 8) 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer le patient et recueillir aseptiquement le liquide céphalo-rachidien dans des tubes à essai à capuchon. • Placer immédiatement 1 ml de LCR dans un flacon préchauffé en milieu trans-isolate. Incuber à la température du corps. • Ne jamais réfrigérer les échantillons qui doivent être mis en culture. • Le LCR destiné à l'examen microscopique et à l'analyse chimique doit être conservé dans la seringue d'origine (remettre le capuchon), réfrigéré et envoyé au laboratoire le plus rapidement possible. 	<ul style="list-style-type: none"> • L'isolement de <i>Neisseria meningitidis</i>, organisme délicat, est coûteux et difficile. Il nécessite d'excellentes techniques de prélèvement et de traitement ainsi que des milieux et antisérums onéreux. • Les premiers échantillons d'une épidémie ou les isolats de <i>N. Meningitidis</i> se présentant isolément doivent être sérotypés et un antibiogramme doit être réalisé pour déterminer le traitement adéquat.
Tétanos néonatal	La confirmation en laboratoire n'est pas requise				
Onchocercose	La confirmation systématique en laboratoire à des fins de surveillance n'est pas requise.				
Peste REFERENCE: "Plague Manual: Epidemiology, Distribution, Surveillance and Control". WHO/CDS/EDC/99.2 OMS, Genève, 1999 "Laboratory Manual of Plague Diagnostic tests". CDC/WHO publication, 2000, Atlanta, GA	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. Identification des anticorps dirigés contre l'antigène Y. <i>pestis</i> F1 à partir du sérum.	Prélèvement par aspiration de bubon, sang, LCR, expectoration, de lavages trachéaux ou produits d'autopsie pour mise en culture Sang pour tests sérologiques	<ul style="list-style-type: none"> • Prélever les échantillons avant l'administration d'antibiotiques. • S'il y a des bubons, on peut y injecter une petite quantité de solution salée (1 - 2 ml) pour obtenir un échantillon adéquat. Si l'antibiothérapie a commencé, la confirmation peut se faire par séroconversion (titre multiplié par 4 ou plus) à l'antigène F1 par hémagglutination passive en utilisant des sérums appariés. Le sérum doit être prélevé dans un délai de 5 jours après le début de la maladie, puis 2 - 3 semaines plus tard.	<ul style="list-style-type: none"> • Les échantillons doivent être recueillis en utilisant des techniques aseptiques. Les produits destinés à être mis en culture seront envoyés au laboratoire en milieu de transport Cary-Blair ou congelés (de préférence avec de la neige carbonique - CO2 congelé). Les échantillons non préservés doivent parvenir au laboratoire le jour même. • Les échantillons liquides (prélevés par aspiration) doivent être absorbés dans un tampon en coton stérile et placés dans un milieu de transport Cary-Blair. Réfrigérer. • Si le Cary-Blair n'est pas disponible alors que la durée du transport est de 24 heures ou plus, congeler et transporter congelé avec des paquets de glace. 	<ul style="list-style-type: none"> • Les cultures doivent uniquement être envoyées à des laboratoires dont les capacités de diagnostic pour la peste sont connues ou à un Centre collaborateur de l'OMS pour la peste. • Les résultats peuvent être obtenus 3 à 5 jours après réception par le laboratoire • L'antibiothérapie doit commencer avant l'obtention des résultats • Les patients atteints de peste font une séroconversion à l'antigène Y. <i>Pestis</i> F1 7 - 10 jours après le début de la maladie.

Maladie ou affection possible	Test diagnostique	Echantillon	Moment du prélèvement	Préparation, conservation et expédition	Résultats
<p>Fièvre jaune</p> <p>Références:</p> <p>District Guidelines for Yellow Fever Surveillance, WHO/GPVI/EPI/98.09</p> <p>Yellow Fever. 1998. WHO/EPI/Gen/98.11</p>	<p>ELISA pour la présence d'anticorps IgM contre la fièvre jaune.</p>	<p>Sérum</p>	<p>Prélever le sang au plus tard 2 jours après disparition de la fièvre. Prélever un deuxième échantillon 2 semaines après le premier prélèvement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prélever 10 ml de sang veineux chez les adultes, 1-5 ml chez les enfants. • Laisser le caillot se rétracter pendant 30 - 60 minutes à température ambiante ou centrifuger pour séparer le sérum des globules rouges. • Verser aseptiquement le sérum dans des tubes stériles à bouchon vissant. • Conserver le sérum à 4°C. • Expédier les échantillons de sérum dans un emballage adéquat pour éviter toute casse ou fuite durant le transport. 	<p>Les résultats IgM pour la fièvre jaune sont généralement disponibles 2-3 jours après réception par le laboratoire.</p> <p>Un seul test positif pour les IgM contre la fièvre jaune a une forte valeur prédictive. Il se présente peu de faux positifs parmi les patients souffrant de jaunisse.</p>

ANNEXE 5 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

ANNEXE 6 Liste des sites de notification du district

Noter toute information permettant de contacter le personnel de santé fournissant au district des données relatives à la surveillance et à la détection des épidémies. Mentionner, par exemple, les agents de santé communautaire, les accoucheuses qualifiées, les dirigeants du village et les responsables de la sécurité publique.

Nom de la formation sanitaire ou du point de contact entre le patient et le service de santé	Adresse ou lieu de l'établissement ou du point de contact	Responsable affecté à la surveillance et à la riposte	Numéro de téléphone ou de fax (ou autres coordonnées: e-mail, etc.)

Section 2

Notifier les maladies et affections prioritaires

Dans cette section nous expliquerons:

- La fréquence de notification des maladies et affections prioritaires
- L'enregistrement des informations dans les registres cliniques ou les feuilles de soins
- L'utilisation de méthodes normalisées pour la notification des maladies
- La manière d'améliorer les pratiques de notification systémique.

2.0 Notifier les maladies et affections prioritaires

Il est important d'assurer une notification fiable des données de surveillance dans l'ensemble du système de sorte que les chargés de programme, les responsables de la surveillance et autres personnels de santé puissent utiliser l'information pour:

- Identifier les problèmes et planifier des interventions appropriées
- Prendre des mesures à temps
- Suivre les tendances relatives aux maladies dans la région.

2.1 Savoir avec quelle fréquence notifier les maladies et affections

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 spécifiques à votre pays ou district.

Les présentes directives recommandent trois types de notification:

- ***Notification immédiate*** - Notifier des renseignements cas par cas lorsqu'on soupçonne une maladie à potentiel épidémique nécessitant une notification immédiate. Communiquer également des informations basées sur les cas pour les maladies qui doivent être éliminées ou éradiquées ou lorsqu'un seuil d'intervention est franchi.
- En fonction de la politique nationale, des normes de notification spécifiques peuvent avoir été attribuées à certaines maladies. Par exemple, la lèpre fait l'objet d'un rapport trimestriel tandis que les cas et décès imputables à certaines maladies à potentiel épidémique - telle que la méningite dans les pays de la ceinture méningitique - doivent être signalés chaque semaine.

- **Notification synthétique de routine** - Notifier systématiquement le nombre total de cas et décès vus au cours d'une période donnée (semaine ou mois, par exemple). Ces totaux sont analysés et les résultats serviront à mesurer les progrès en direction des objectifs de lutte contre les maladies, à évaluer les résultats des activités de prévention dans le district et à identifier des flambées ou des problèmes qui n'avaient pas été décelés de manière à pouvoir prendre des mesures en temps utile.

Le tableau ci-après indique le moment auquel il convient de notifier une flambée épidémique présumée et de communiquer les données synthétiques mensuelles:

Maladie	Moment de la notification d'une épidémie possible
<p><i>Pour les maladies ci-après, un seul cas suspect constitue une épidémie possible:</i></p> <p>Paralysie flasque aiguë (PFA) Choléra (là où la maladie est rare) Dracunculose Lèpre Rougeole (<i>élimination</i>) Tétanos néonatal Peste Fièvre hémorragique virale Fièvre jaune</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notifier immédiatement au district les informations par cas, dès que l'on soupçonne une flambée <p>Communiquer le rapport initial en utilisant les moyens les plus rapides possibles (téléphone, télécopie, courrier électronique, radio)</p> <p>Remettre ensuite un rapport écrit comportant une fiche contenant les renseignements sur chaque cas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier chaque mois les informations synthétiques. Indiquez 'zéro' si aucun cas suspect ou confirmé n'a été relevé pendant la période concernée.
<p><i>Pour les maladies ci-après, notifier une épidémie possible lorsque le seuil est franchi:</i></p> <p>Rougeole (là où il n'y a pas de programme d'élimination de cette maladie) Méningite</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notifier une flambée de rougeole possible si au moins 5 cas sont dénombrés par mois • Notifier toute épidémie de méningite possible dès que le seuil d'alerte a été franchi. (Voir Section 8 pour des instructions spécifiques concernant les seuils d'alerte et d'intervention en matière de méningite)
<p><i>Pour les maladies ci-après, notifier au niveau suivant les données synthétiques relatives aux cas et décès</i></p> <p>Diarrhée avec déshydratation grave chez les enfants de < 5 ans Diarrhée avec déshydratation légère chez les enfants de < 5 ans Dysenterie (<i>Shigellose</i>) Lèpre (notification trimestrielle) Paludisme Nouveaux cas de SIDA Pneumonie chez les enfants de < 5 ans Pneumonie grave chez les enfants de < 5 ans Infections sexuellement transmissibles (IST) TB (notification trimestrielle)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les formations sanitaires transmettent au district les données synthétiques. Le district communique celles-ci au niveau provincial, régional ou central. • Lors de l'analyse des rapports mensuels synthétiques, observer les seuils d'alerte et d'intervention spécifiques à certaines maladies

2.2 Consigner l'information dans les registres cliniques ou sur les feuilles de soins

Chaque district ou formation sanitaire a ses propres procédures d'enregistrement des diagnostics posés chez les malades.

Pour les maladies à déclaration immédiate, on prendra immédiatement contact avec le district pour fournir des informations sur le patient. Ensuite une fiche de notification par cas sera remplie et envoyée au district.

Pour rassembler les données synthétiques journalières, un clinicien, une infirmière ou une aide-soignante consigne les diagnostics dans le registre de l'unité de soins. D'autres membres du personnel, notamment les infirmières ou archivistes, visitent les salles chaque jour pour enregistrer les cas et décès pour chaque diagnostic. Tous les mois, les totaux journaliers sont synthétisés et notifiés au district. Une autre méthode consiste à faire enregistrer par le clinicien le diagnostic du patient dans le dossier du malade. D'autres membres du personnel examinent les tableaux et enregistrent les cas et décès, ces informations étant ensuite utilisées pour préparer les synthèses hebdomadaires ou mensuelles.

Pour s'assurer que les cas de maladies et affections prioritaires sont enregistrés correctement:

- Il faut veiller à ce que tous les membres du personnel de santé connaissent les définitions de cas normalisées recommandées par la politique nationale. On s'attachera à établir des procédures ou à modifier celles en vigueur de manière à ce que tous les employés soient en mesure d'appliquer ces définitions standard pour la détection de cas ou de flambées épidémiques possibles.
- Mettre en évidence, avec le personnel, les maladies ou affections qui doivent faire l'objet d'une notification immédiate pour la surveillance basée sur les cas. Par exemple, l'ensemble du personnel de santé devra savoir quelles sont les maladies à potentiel épidémique pour lesquelles un cas unique représente une

possibilité de flambée épidémique nécessitant une intervention immédiate.

- En tenant compte des recommandations spécifiques à certaines maladies ou affections prioritaires, dès que l'on soupçonne la présence d'une maladie à potentiel épidémique, on posera au patient des questions sur l'apparition éventuelle de cas supplémentaires à la maison, sur le lieu du travail ou dans la communauté.
- Identifier dans la formation sanitaire la personne qui sera chargée de rechercher les maladies prioritaires et, le cas échéant, de les notifier. S'il s'agit d'une maladie qui nécessite une notification immédiate, il faut préciser la manière dont l'information doit être transmise au district, en utilisant le moyen le plus rapide possible. Pour le district, indiquer comment communiquer les données aux niveaux régional ou national. Comme méthodes de communication rapides, on recommandera notamment la télécopie, le téléphone, le courrier électronique, le télégramme, les messages personnels.
- Identifier au sein de la communauté les sources capables de notifier à la formation sanitaire les cas suspects liés à des maladies prioritaires. Ces sources communautaires sont notamment les suivantes:
 - pharmaciens
 - maîtres d'école
 - cliniques privées
 - dirigeants de village
 - responsables religieux
 - guérisseurs traditionnels
 - accoucheuses qualifiées ou autres agents de santé communautaire
 - police, gendarmerie, administration civile.

Fournir aux sources communautaires des informations concernant les maladies prioritaires à surveiller. Ces informations doivent être suffisamment détaillées pour permettre à la source communautaire

d'orienter les cas vers la formation sanitaire ou d'alerter ce centre lorsque surviennent dans la communauté des événements sanitaires inhabituels ou inexplicables.

Veillez vous reporter à la liste des messages simplifiés destinés à la surveillance communautaire qui figure à l'Annexe 3 de la Section 1.

2.3 Utiliser des méthodes normalisées pour la notification des maladies prioritaires

Dans un système intégré, pour que la transmission des données soit efficace, il faut rationaliser le système de notification, notamment en réduisant au minimum le nombre de formulaires et de points de contact. Au lieu d'établir un compte rendu en utilisant plusieurs fiches pour les différents programmes de prévention et de lutte, les formations sanitaires peuvent concentrer les données relatives aux maladies prioritaires sur un seul support. Les informations par cas peuvent au début être notifiées verbalement. Par la suite, une fiche de notification des cas sera fournie. Quant aux données synthétiques, elles sont consignées sur des fiches de notification récapitulative.

2.3.1 Notifier rapidement les maladies immédiatement notifiables ou les événements inhabituels

Lorsqu'on soupçonne la présence d'une maladie immédiatement notifiable ou d'une épidémie de maladie prioritaire, il y a lieu de communiquer au niveau hiérarchique supérieur des informations sur le lieu, l'état vaccinal, la date d'apparition des symptômes et autres facteurs de risque pertinents. La notification, verbale ou écrite, doit parvenir au district dans un délai de 24 heures à partir du moment où le cas a été vu pour la première fois par la formation sanitaire.

Il faut en outre notifier immédiatement tout événement inhabituel signalé par la communauté, tel qu'un nombre important de patients décédés à la suite d'une fièvre n'ayant pas répondu au traitement utilisé habituellement dans la région pour les causes de fièvre. Les informations concernant l'événement seront communiquées verbalement, par téléphone ou radio ou par écrit en utilisant un moyen électronique: e-mail ou télécopie. Pour

certaines maladies, la rapidité de la notification est essentielle car des mesures peuvent alors être prises pour empêcher une plus large transmission de la maladie ou éviter l'apparition de cas supplémentaires.

2.3.2 Notifier les informations par cas à l'aide d'une fiche

Après la notification verbale initiale, on remplira une fiche de surveillance par cas. Si la notification verbale n'est pas possible, cette fiche constituera la première information reçue par le district concernant le cas en question. Un modèle de fiche et les instructions sur la manière de la remplir figurent à l'Annexe 8, à la fin de cette section. Adapter la fiche de notification des cas génériques fournie à la fin de cette section ou comparer ces critères à la fiche déjà utilisée pour s'assurer que des espaces sont prévus pour l'enregistrement d'informations importantes concernant chaque cas, notamment les éléments suivants:

- Le nom du patient. S'il s'agit d'un cas de tétanos néonatal, indiquer également le nom de la mère
- La date de naissance du patient, si elle est connue, ou son âge
- La résidence du patient (adresse, village, quartier)
- Comment contacter le patient ou ses proches si des informations complémentaires sont requises
- Le sexe du patient
- La date à laquelle le patient a été consulté dans la formation sanitaire et la date à laquelle le cas a été notifié au district
- La date du début de la maladie (se reporter aux directives spécifiques aux maladies pour les signes et symptômes déterminant l'apparition de la maladie)
- En cas de notification d'un cas suspect de maladie évitable par la vaccination, il faut décrire les antécédents vaccinaux du patient (ainsi que ceux de la mère si on soupçonne un cas de tétanos néonatal)
- L'état du patient au moment de la notification (s'il est hospitalisé, on précisera l'issue finale: vivant ou décédé)
- La date du rapport.

Le membre du personnel de santé qui remplit la fiche doit indiquer son nom et la date à laquelle le document a été envoyé au district.

Faire deux copies supplémentaires de l'original: photocopie, copie carbone ou copie manuscrite. Remettre l'original au district et garder une copie dans l'établissement. La deuxième copie pourra servir de bordereau d'expédition pour l'analyse de laboratoire, si un échantillon est prélevé. Envoyer au laboratoire la copie de la fiche par cas jointe à l'échantillon.

Pour toute information sur le type de tests de laboratoire à demander, veuillez vous reporter à l'Annexe 4 de la Section 1.0 ou aux directives spécifiques aux maladies figurant dans la Section 8.

2.3.3 Notifier systématiquement les données synthétiques

Chaque mois, la formation sanitaire calcule le nombre total de cas et décès imputables à des maladies et affections prioritaires qui ont été vus dans l'établissement. Dans le calcul des totaux, on distinguera entre cas hospitalisés et cas en consultation externe. Les données récapitulatives sont notées sur une fiche et transmises au district.

Le district rassemble les totaux provenant de toutes les formations sanitaires ayant notifié des données et communique les chiffres globaux concernant le district aux niveaux provincial, régional ou central.

2.4 Améliorer les pratiques de notification systématique

Dans certaines structures de soins, plusieurs personnes sont responsables de l'enregistrement des informations concernant les patients en consultation interne. Par exemple, un clinicien note le nom et le diagnostic du patient dans un registre clinique. Plus tard dans la journée, une infirmière enregistre le nombre de cas et décès vus dans un service de consultation externe. L'infirmière majeure totalise le nombre de cas hospitalisés. Chaque mois, un archiviste ou un statisticien établit des synthèses pour toutes les maladies et les consignes sous une forme standardisée.

2.4.1 Analyser la circulation de l'information dans la formation sanitaire

Il faut s'assurer que:

- Les cliniciens enregistrent l'information dans le registre clinique en utilisant la définition de cas recommandée de sorte que le personnel de santé qui totalise les cas en fin de journée puisse indiquer avec précision les diagnostics requis sur la fiche de pointage.
- Les cliniciens, infirmières major ou autres employés désignés remplissent la fiche de notification par cas lorsque le patient est encore présent.
- Les archivistes ou statisticiens possèdent des fiches récapitulatives prévues pour l'enregistrement de cas et décès imputables aux maladies prioritaires, conformément aux définitions de cas normalisées.
- Les archivistes savent comment remplir les fiches récapitulatives.
- Le personnel de santé vérifie les totaux mensuels et note sur les fiches des commentaires à propos des résultats issus de l'analyse mensuelle (voir Section 3.0).
- Le personnel de santé enregistre les totaux sur une fiche de notification mensuelle récapitulative recommandée.

Remarque - Sur les fiches de notification mensuelle synthétique figurant à la fin de cette section, des espaces ont été prévus pour l'enregistrement d'observations concernant les données qu'observent les professionnels de la santé de la formation sanitaire et du district soit au cours de l'analyse de routine soit lorsqu'ils remplissent la fiche tous les mois.

2.4.2 Remettre une notification d'absence de cas si aucun cas de maladie immédiatement notifiable (exemple fièvre hémorragique virale) n'a été diagnostiqué.

Si aucun cas de maladie immédiatement notifiable n'a été diagnostiqué au cours du mois écoulé, indiquez '0' sur la fiche de notification pour la maladie en question. En effet, si l'espace a été laissé vide, le personnel qui reçoit le rapport ne pourra expliquer pourquoi la rubrique n'a pas été complétée.

Indiquez '0' pour chaque maladie immédiatement notifiable même si aucun cas n'a été détecté pendant le mois écoulé. Cette indication permettra au personnel du niveau suivant de savoir que la formation sanitaire ou le district a remis un rapport complet.

2.4.3 Utiliser les listes descriptives et la notification récapitulative pendant les flambées épidémiques

Lorsqu'il se présente un nombre limité de cas imputables à une seule maladie au cours d'une période de temps déterminée, consigner l'information concernant chaque cas sur une fiche individuelle de notification par cas.

Si dans une certaine période de temps, il se produit entre 5 et 10 cas, il conviendra plutôt d'utiliser une liste descriptive pour enregistrer et notifier les cas une fois par semaine.

Lorsqu'on recense un nombre important de cas dans une seule flambée possible, il faut notifier chaque semaine les totaux récapitulatifs des cas et décès.

Les instructions sur la manière d'effectuer l'analyse systématique des données de surveillance figurent dans la Section 3.0.

Les indicateurs pour le contrôle de la ponctualité en matière de notification des maladies immédiatement notifiables sont présentés dans la Section 7.0.

Le contrôle de la ponctualité en matière de notification des épidémies présumées est examiné dans la Section 7.0.

Annexes à la Section 2

- ANNEXE 7 Tenue des registres cliniques pour l'enregistrement des maladies et affections prioritaires
- ANNEXE 8 Fiche de notification pour la surveillance par cas (modèle)
- ANNEXE 9 Liste linéaire générique pour la notification d'informations par cas lorsque surviennent plusieurs cas au cours d'une courte période de temps : fournie au district par la formation sanitaire
- ANNEXE 10 Fiche de notification mensuelle synthétique pour les cas et décès en consultation interne et externe: fournie au district par la formation sanitaire
- ANNEXE 11 Fiche de notification mensuelle synthétique pour les cas et décès en consultation interne et externe: fournie par le district au niveau suivant
- ANNEXE 12 Fiche de rapport trimestriel de Lèpre
- ANNEXE 13 Fiche de rapport trimestriel de Tuberculose
- ANNEXE 14 Gestion des données relatives à la surveillance en santé publique

ANNEXE 7 Tenue des registres cliniques pour l'enregistrement des maladies et affections prioritaires

Chaque formation sanitaire doit tenir des registres destinés à consigner les cas de maladies et affections prioritaires consultés dans l'établissement. Le registre clinique devra au minimum contenir des espaces prévus pour les informations suivantes:

- Nom et âge du patient
- Diagnostic. Particulièrement important pour la notification de données synthétiques. Utiliser le diagnostic PCIME pour la diarrhée avec déshydratation et la pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans.
- Etat du patient (en consultation interne)
- Date de consultation.

Certains registres prévoient également l'enregistrement des informations suivantes:

- Sexe du patient
- Traitements
- Résultat des examens de laboratoire, si le cas a été confirmé par un diagnostic biologique
- Autres remarques relatives à la maladie du patient, au traitement ou à l'issue finale
- Résidence du malade.

ANNEXE 8 Fiche de notification pour la surveillance par Cas (modèle)

L’OMS/AFRO recommande d’utiliser une fiche de notification générique par cas pour transmettre des informations concernant des cas individuels de maladies prioritaires recommandées pour la surveillance basée sur les cas. Il s’agit notamment des affections suivantes:

- Maladies à potentiel épidémique (choléra, diarrhée sanglante*, rougeole, méningite, peste, fièvres hémorragiques virales et fièvre jaune).

Il n’est pas nécessaire de notifier tous les cas de diarrhée sanglante. Ceux-ci doivent être signalés si on suspecte une épidémie après un décès d’adulte atteint de diarrhée sanglante ou lorsqu’un seuil a été atteint. Pour les instructions concernant le moment auquel il convient de notifier une épidémie de shigellose, voir les directives spécifiques aux maladies (Section 8).

- Maladies faisant l’objet de mesures d’éradication ou d’élimination (polio / PFA, lèpre, dracunculose et tétanos néonatal). La notification de la lèpre est trimestrielle.
- Autres maladies recommandées pour la surveillance par cas par la politique nationale.

Si la formation sanitaire soupçonne la présence d’une maladie ou affection relevant de l’une des catégories précitées, le personnel de cet établissement doit contacter immédiatement le district par téléphone, fax, courrier électronique ou tout autre moyen de communication rapide. Envoyer le formulaire pour confirmer la notification verbale.

Le modèle de fiche figurant à la page suivante comporte deux sections. La partie supérieure est destinée aux informations concernant le cas individuel concerné, ces données pouvant être utilisées pour une enquête de cas plus approfondie. La partie inférieure est un bordereau d’expédition pour une analyse en laboratoire. On y mentionnera les résultats des épreuves et certaines informations sur la ponctualité des tests. S’il y a eu prélèvement, une copie de la partie supérieure, qui sera remplie par le personnel de la formation sanitaire ou du district, sera jointe à l’échantillon pour envoi au laboratoire.

Formation Sanitaire

District

Fiche de Notification - de la Formation Sanitaire/Agent de Santé au District de Santé

PFA Choléra Diarrhée Sanglante Dracunculose Tétanos Néonatal Rougeole Méningite Peste Fièvre Hémorragique virale Fièvre Jaune Autres

A remplir

par le District: N° Identification: _____ - _____ - _____ / _____ / _____ / _____
Prov/pays District Année N° du cas Date Réception au District Date de Réception au niveau national

Nom du malade: _____ Date de naissance: _____ / _____ / _____ Age: _____
(Si date Naissance inconnue) **Ans** **Mois** **jours**
(si <12 mois) (TNN seulement)

Domicile du Malade: Village/Quartier _____ Sexe:
District de résidence: _____ M=Masculin F=Féminin
Ville: _____
 U=Urbain R=Rural
 Urbain/Rural

Information de localisation: _____
Si souhaitable. Nom du père et de la mère si tétanos néonatal ou enfant

Date Cas vu par la Form. San.: _____ / _____ / _____
Date de Notification Form. Sanitaire au District: _____ / _____ / _____
Date début Maladie: _____ / _____ / _____

Pour les cas de rougeole, TNN (TT chez la mère), Fièvre Jaune, & Méningite:
Nombre de doses de vaccin reçu
Pour la rougeole, TT, FJ--documenter par la carte. Pour méningite, par l'historique.
Date de la dernière vaccination: _____ / _____ / _____
(Rougeole, Tétanos Néonatal (TT de la mère), Fièvre Jaune, Méningite seulement)

Autre variable #1 _____
Autre variable #2 _____

Statut du Malade:
1=Interne 2=Externes
Impact
1=Vivant 2=Décédé 9=inconnu

Classification finale:
1=Confirmé 2=Probable/Compatible
3=Ecarté 4=Suspecté

Personne faisant la Déclaration Nom: _____
Signature: _____

Date Envoi Fiche au District: _____ / _____ / _____

Si les échantillons sont prélevés pour le laboratoire

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 collecte de l'échantillon: ____/____/____ Source de l'échantillon: Selles Sang CSF _____
 Date Envoi Echantillon au Laboratoire: ____/____/____ Autre _____

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

Date réception échantillon au laboratoire: ____/____/____ Condition des échantillons: Adéquat Non adéquat

Maladie/Affection	Type de test	Résultats (P=en Attente)	Maladie / Affection	Type de test	Résultats	Virus Détection
Choléra	Culture	+ - P	Fièvre Jaune	IgM	+ - P	
	Examen Direct	+ - P	Rougeole	IgM	+ - P	
Méningite		_____ Méthode utilisée pour l'examen direct	Rubéole	IgM	+ - P	
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				

Autres résultats de laboratoire: _____

Date expédition résultats _____
 au district: ____/____/____ _____

Nom du laboratoire produisant les résultats: _____ Autres tests en attente _____

Date de réception des résultats _____ Date d'envoi des résultats au
 par le district ____/____/____ clinicien par le district ____/____/____

NOTE: le district doit s'assurer que les résultats sont parvenus aux cliniciens. L'échec de cette procédure va entraver la notification des futurs cas par les cliniciens

Comment remplir la fiche de notification générique par cas

Pour la formation sanitaire:

1. Indiquer le nom de la formation 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 9 Liste Linéaire Générique pour la notification d'informations par cas lorsque surviennent plusieurs cas au cours d'une courte période de temps

Formation sanitaire: _____
 District: _____

Date de réception au district: _____
 Affection/maladie: _____

	N° Identification (Attribué au niveau du district uniquement)	Malade (E)xternes/ (I)nternes	Nom	Village, Ville, ou Quartier	Sexe	Age **	Date cas vu a la formation sanitaire	Date de début de la maladie
(1)								
(2)								
(3)								
(4)								
(5)								
(6)								
(7)								

- Si le district envoie les prélèvements au laboratoire, utiliser le n° d'identification sous ce format PPP-DDD-AA-oox.

- Si la formation sanitaire envoie directement les prélèvements au labo, le nom du malade sera l'identificateur du prélèvement au laboratoire

Remarque : -S'il y a apparition de plus de 100 cas dans une semaine (ex., pour rougeole, choléra) a la formation sanitaire, on peut arrêter les liste de cas et enregistrer seulement le nombre total de cas

- si les cas précédemment enregistrer décèdent, il faut mettre à jour la colonne 'décédé,' ainsi que la colonne 'commentaire.'

**Ecrire l'age en années si l'age est d'au moins 1 ans, si non écrire l'age en nombre de mois (e.g. 9m)

Liste Linéaire Générique (Continuée)

	Nombre de dose de vaccin (Exclure les doses données moins de 14j avant le début de maladies)	Autre variable	Autre variable	Tests de Laboratoire		Impact (V)ivant (D)écédé	Commentaires
				Spécimen prélevé (Oui/Non) Si oui, date de collecte	Résultat du laboratoire		
(1)							
(2)							
(3)							
(4)							
(5)							
(6)							
(7)							

ANNEXE 10

Fiche de rapport mensuel synthétique pour les cas externes et les cas et décès en consultation internes (fournie au district par la formation sanitaire)

Formation Sanitaire : _____ District _____ Province _____

Année _____ Mois _____

Enregistrer le nombre total de cas, le nombre total de décès pour chaque maladie/condition. Notifier ces totaux à l'échelon supérieur. Compléter la colonne pour le mois courant pour toutes les maladies/conditions.

		Externes	Hospitalisés	
		Cas	Cas	Décès
Paludisme <5 ans	Simple			
	Sévère			
Paludisme 5+ ans	Simple			
	Sévère			
Paludisme: hospitalisés avec anémie sévère (<5ans)				
Paludisme simple < 5 ans, lab. confirmé				
Paludisme simple 5+ ans, lab. confirmé				
Pneumonie (<5ans)				
Pneumonie sévère (< 5ans)				
Diarrhée avec déshydratation légère (<5 ans)				
Diarrhée avec déshydratation sévère (<5 ans)				
Nouveaux cas de SIDA				
Ecoulement urétral chez l'homme				
Ulcère génital non-vésiculaire chez l'homme				
Ulcère génital non-vésiculaire chez la femme				
Diarrhée sanglante				

Nombres de sites qui ont notifié à temps _____

Nombres de sites malades externes qui sont supposés notifier _____ Nombres de sites qui ont notifié en retard _____

Maladies à déclaration immédiate ou à investiguer cas par cas: Total des cas précédemment notifiés ce mois à partir des fiches individuelles ou des listes linéaires

PFA		Rougeole		Peste	
Choléra		Méningite		Fièvre Jaune	
Dracunculose		Tétanos Néonatal		Fièvre Hémorragique Virale	

Remarque: Les décomptes officiels pour les cas immédiatement notifiés proviennent des formulaires ou des listes linéaires. Les décomptes pour zéro notification ne sont pas acceptables.

Analyse, interprétations, commentaires, et recommandations sur les données des malades externes et hospitalisés

Autre information :

Regarder les tendances sur le manuel d'analyse du district et commenter sur les tendances observées: Y-a-t-il une augmentation anormale des cas, des décès ou des taux de létalité? Absence de régression des précédentes tendances croissantes? Amélioration des tendances?

Conclusions, actions prises, et recommandations:

Rapport Date : _____
Envoyé Personne: _____

Rapport Date : _____
Reçu Personne: _____

- Déshydratation légère, déshydratation sévère, pneumonie, et pneumonie sévère sont telles définies par l'OMS pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Les données de tuberculose et de lèpre sont notifiées par trimestre et sur des formulaires différents.

ANNEXE 11

Fiche de rapport mensuel synthétique pour les cas externes et les cas et décès en consultation internes (fournie au niveau suivant par le district)

Année _____

Mois _____

District _____

Province _____

Enregistrer le nombre total de cas, le nombre total de décès pour chaque maladie/condition. Notifier ces totaux à l'échelon supérieur. Compléter la colonne pour le mois courant pour toutes les maladies/conditions.

		Externes	Hospitalisés	
		Cas	Cas	Décès
Paludisme <5 ans	Simple			
	Sévère			
Paludisme 5+ ans	Simple			
	Sévère			
Paludisme: hospitalisés avec anémie sévère (<5ans)				
Paludisme simple < 5 ans, lab. confirmé				
Paludisme simple 5+ ans, lab. confirmé				
Pneumonie (<5ans)				
Pneumonie sévère (< 5ans)				
Diarrhée avec déshydratation légère (<5 ans)				
Diarrhée avec déshydratation sévère (<5 ans)				
Nouveaux cas de SIDA				
Ecoulement urétral chez l'homme				
Ulcère génital non-vésiculaire chez l'homme				
Ulcère génital non-vésiculaire chez la femme				
Diarrhée sanglante				

Nombres de sites qui ont notifié à temps _____ Nombres de sites qui ont notifié en retard _____

Nombres de sites malades externes qui sont supposés notifier _____

Maladies à déclaration immédiate ou à investiguer cas par cas: Total des cas précédemment notifiés ce mois à partir des fiches individuelles ou des listes linéaires

PFA		Rougeole		Peste	
Choléra		Méningite		Fièvre Jaune	
Dracunculose		Tétanos Néonatal		Fièvre Hémorragique Virale	

Remarque: Les décomptes officiels pour les cas immédiatement notifiés proviennent des formulaires ou des listes linéaires. Les décomptes pour zéro notification ne sont pas acceptables.

Analyse, interprétations, commentaires, et recommandations sur les données des malades externes et hospitalisés

Autre information :

Regarder les tendances sur le manuel d'analyse du district et commenter sur les tendances observées: Y-a-t-il une augmentation anormale des cas, des décès ou des taux de létalité? Absence de régression des précédentes tendances croissantes? Amélioration des tendances?

Conclusions, actions prises, et recommandations:

Rapport Date : _____
Envoyé Personne: _____

Rapport Date : _____
Reçu Personne: _____

- Déshydratation légère, déshydratation sévère, pneumonie, et pneumonie sévère sont telles définies par l'OMS pour la Prise en Charge Intégrée des Maladies de l'Enfant (PCIME). Les données de tuberculose et de lèpre sont notifiées par trimestre et sur des formulaires différents. Il faudrait mettre à jour le manuel d'analyse du district si les rapports des formations sanitaires sont reçus en retard. Si les rapports du mois précédent des formations sanitaires sont reçus en retard, envoyer un tableau différent de l'échelon supérieur pour la mise à jour.

ANNEXE 12

Fiche de notification trimestriel de Tuberculose

Année _____ Trimestre _____

Formation Sanitaire _____ District _____ Province _____

Notification des cas	Nombre
Nouveau cas TB pulm. BK+	
Rechutes de TB pulm. BK+	
TB pulm. BK-	
TB pulm, examen crachat non fait/inconnu	
TB extra-pulmonaire	
Total	

Age des nouveaux cas TB pulm. BK+			
	M	F	Total
0-14			
15-24			
25-34			
35-44			
45-54			
55-64			
65+			
Total			

Catégories des cas de retraitement	Nombre
Rechutes	
Echecs	
Re-traitement après interruption	
Total	

Analyse de la cohorte des malades enregistrés au cours du même trimestre l'année précédente

Négation du crachat	Nouveau cas BK+ (à 2 mois)	Re-traités BK+ (à 3 mois)
Crachats devenus BK négatif en 2-3 mois		
Nb de tuberculeux avec examen du crachat au 3eme mois de traitement		

Résultats du traitement	Nouveau cas pulm. BK+	Re-traité BK+
Total enregistré		
Total évalué		
BK négatif a la fin du traitement (guéris)		
Traitement termine mais examen de crachat non fait à la fin du traitement		
Décès		
Echecs		
Traitement Interrompu		
Transferts		

Analyse, interprétations, commentaires, et recommandations

Autre information :

Commentaires sur les tendances observées? Augmentation anormale des cas ? Absence de régression des précédentes tendances croissantes? Amélioration des tendances?

Conclusions, actions prises, et recommandations:

Rapport Date : _____
Envoyé Personne: _____

Rapport Date : _____
Reçu Personne: _____

ANNEXE 13 Fiche de rapport trimestriel de Lèpre

Année _____ Trimestre _____

Formation Sanitaire _____ District _____ Province _____

Catégorie	Indicateur	Forme clinique		Total
		Multibacillaire	Paucibacillaire	
Total des cas sous traitement au cours du trimestre	Total des cas devant être traités (ou même de commencer le traitement) au cours du trimestre			
Nouveaux cas vus au cours du trimestre	Total des nouveaux cas qui n'ont jamais été traités (=détection)			
	0-14 ans			
	15+ ans			
	Nouveaux cas avec handicap de 2 nd degré			
	Rechute Abandon, ou transféré			
Cas qui ont quitté le programme au cours du trimestre	Décédé			
	Traitement termine			
	Transféré			
	Sans suivi (au moins un an sans traitement)			
	Total			
Cas encore dans le programme au dernier jour du trimestre	Total (=cas au début plus les nouveaux cas au cours du trimestre moins ceux qui ont quitté le programme)			

Analyse, interprétations, commentaires, et recommandations

Autre information:

Commentaires sur les tendances observées? Augmentation anormale des cas ? Absence de régression des précédentes tendances croissantes? Amélioration des tendances?

Conclusions, actions prises, et recommandations:

Rapport Date : _____
 Envoyé Personne: _____

Rapport Date : _____
 Reçu Personne: _____

ANNEXE 14 Gestion des données relatives à la surveillance en santé publique

L'efficacité des activités de santé publique, y compris celles liées à la surveillance, repose sur une relation de confiance entre les agents de santé publique et la population que ceux-ci cherchent à aider. Nous présentons ci-dessous les obligations qu'ont à remplir les agents de santé publique, y compris les épidémiologistes:

1. Protéger la confidentialité et la sphère privée

La protection de la sphère privée est le droit des patients à choisir quelle information personnelle ils communiqueront et à qui.

La confidentialité est l'obligation qu'ont les agents de santé publique de limiter la diffusion d'informations concernant des individus aux personnes qui en ont absolument besoin pour la santé de la communauté. Les patients ont le droit de savoir pourquoi ils fournissent des informations, de refuser d'en communiquer et d'exiger que l'information soit traitée comme confidentielle.

Une information, même si elle ne contient aucun nom, peut être utilisée pour identifier certaines personnes et entraîner des discriminations ou avoir d'autres conséquences négatives pour l'individu. Elle doit, dès lors, être protégée. Dans de nombreux pays et districts, des éléments d'information n'ayant en apparence aucune importance peuvent être utilisés involontairement pour identifier le patient. En outre, on cherchera à savoir comment protéger le patient de toute identification tout en permettant au système de santé publique de rechercher des contacts ou de déceler des épidémies en cas de besoin. Un bon système d'information est celui qui aura sélectionné avec soin les informations indispensables à l'action de santé publique.

2. Consentement éclairé

Il faut s'assurer que l'information est utilisée uniquement aux fins pour lesquelles elle est destinée. La communauté accepterait mal que l'information relative à la surveillance soit utilisée à des fins de recherche. Dans certains cas, des législations nationales ou des dispositions insitutionnelles précisent les usages autorisés et dans quelles circonstances il est nécessaire d'obtenir auprès du patient un consentement supplémentaire. L'agent de santé publique est tenu de respecter ces lois.

3. Professionnalisme et confiance du public

Pour pouvoir accomplir des fonctions de santé publique, notamment de surveillance, il est indispensable de disposer du soutien de la population en général. Cette confiance est l'expression de la certitude que les agents de santé publique sont justes, fiables, respectueux de l'éthique et compétents.

Section 3

Analyser les données

Dans cette section nous expliquerons comment :

- Recueillir, traiter et stocker les données transmises par les autres niveaux
- Analyser les données en fonction d'éléments chronologiques, spatiaux et individuels
- Tirer des conclusions sur la base des résultats de l'analyse;
- Comparer les résultats de l'analyse avec les seuils d'action de santé publique
- Archiver le résumé de l'analyse et de la riposte (registre des épidémies).

3.0 Analyser les données

L'analyse des tendances relatives aux cas et décès imputables aux maladies pendant une période de temps donnée présente de nombreux avantages car elle fournit des informations clés permettant:

- d'identifier les tendances et de prendre rapidement des mesures de santé publique,
- de déceler les causes des problèmes ainsi que leurs solutions les plus adéquates,
- d'évaluer la qualité des programmes de santé publique dans le district à moyenne et longue échéances.

L'analyse des données de surveillance met en évidence deux conséquences importantes:

- En cas de flambée d'une maladie ou d'un phénomène donné(e), l'information provenant de l'analyse des données permet d'identifier les actions de lutte les mieux adaptées et les plus opportunes. Des mesures immédiates peuvent être prises pour limiter la flambée épidémique et empêcher que d'autres cas surviennent.
- Le poids des maladies varie au fil du temps. Certaines fluctuations récurrentes sont prévisibles; par exemple, l'augmentation du nombre d'accès palustres pendant la saison des pluies. Tandis que le VIH/SIDA vient d'apparaître et que la tuberculose ré émerge, la lèpre et la polio due au virus sauvage sont en voie d'élimination ou d'éradication.

Dans cette section, nous étudierons principalement l'analyse des données au niveau du district. Cependant, les procédures décrites s'appliquent aussi aux données traitées dans les formations sanitaires.

Idéalement, on procédera à une analyse des données à chaque niveau recueillant des informations.

3.1 Recueillir les données fournies par les formations sanitaires

L'équipe de district reçoit deux types de données de surveillance qui leur sont communiquées par les sites de notification du district, notamment les formations sanitaires:

- Des renseignements par cas ou d'un autre type concernant les cas suspects de maladies dont la déclaration est immédiate
- Des totaux mensuels synthétiques pour les cas et décès imputables aux maladies prioritaires.

L'OMS/AFRO recommande:

- Que les notifications de cas (même suspects) pour les maladies immédiatement notifiables soient collectées par le district au plus tard 48 heures après consultation du cas dans la formation sanitaire.
- Que les données synthétiques soient communiquées à temps.

Remarque – Lorsqu'on suspecte une épidémie, les cas et décès doivent être notifiés et représentés graphiquement une fois par semaine. Dans les pays de la ceinture méningitique, on recommande une notification hebdomadaire des cas de méningite.

Lorsqu'on reçoit des rapports écrits, il y a lieu d'examiner les fiches de notification par cas pour vérifier si elles contiennent toutes les informations essentielles.

Si aucun rapport n'est remis ou si ceux-ci parviennent constamment en retard, il faut contacter ou visiter l'établissement sanitaire pour déterminer la cause du problème. Pour contribuer à identifier des mesures permettant d'améliorer la notification, il est recommandé de collaborer avec le personnel de santé de l'établissement qui transmet les données.

Remarque - On s'assurera que le personnel de santé qui enregistre, notifie ou stocke les données comprenne combien la discrétion et la confidentialité sont nécessaires. Voir l'Annexe 14 à la fin de section 2 pour des conseils concernant la gestion des données de surveillance dans le domaine de la santé publique.

3.2 Préparer l'analyse des données en fonction du temps, du lieu et de l'individu

Pour être en mesure de détecter les flambées épidémiques, suivre leur progression et contrôler les activités de santé publique, le personnel de santé doit savoir:

- Combien de cas sont survenus
- Où ils sont survenus
- Quand ils sont survenus
- Quelle est la population la plus affectée
- Quels sont les facteurs de risque qui ont contribué à la transmission de la maladie.

Ces informations se trouvent dans les dossiers et listes des malades mais il est plus facile d'identifier les problèmes et de détecter les épidémies si les données contenues dans les dossiers médicaux ou les registres cliniques sont synthétisées et présentées sous forme de tableau, graphique ou carte. Lorsque les informations sont présentées de cette manière, on comprend plus rapidement l'information fournie et les évolutions et tendances se dégagent plus clairement.

Pour s'assurer que chaque mois on analyse au moins les données synthétiques de routine pour les maladies prioritaires, il est conseillé de tenir un «registre d'analyse» au niveau de la formation sanitaire et du district. Les graphiques, tableaux et cartes recommandés pour l'analyse des données relatives aux maladies prioritaires sélectionnées peuvent être rassemblés dans un classeur ou affichés au mur. Une fois par mois les graphiques et les tableaux sont mis à jour et donnent lieu à des conclusions.

Ce registre d'analyse peut être facilement vérifié lors d'une visite de supervision ou lorsque l'équipe de santé publique de l'établissement sanitaire ou l'équipe de district chargée de la lutte contre les épidémies souhaite obtenir des informations sur la réponse aux événements sanitaires dans la région. Les instructions concernant l'élaboration et la mise à jour d'un registre d'analyse figurent aux Annexes 15 et 16 à la fin de cette section.

Le tableau figurant à la page suivante présente des méthodes et outils recommandés pour l'analyse des données de surveillance en vue de doter le personnel de santé de l'information dont il a besoin pour prendre des mesures de santé publique.

Objectifs, outils et méthode d'analyse descriptive d'une maladie dans la population

Type d'analyse	Objectif	Outils	Méthode
Selon le Temps	Détecter des changements brusques ou à long terme dans la survenue des maladies, leur nombre et l'intervalle entre le moment de l'exposition et l'apparition des symptômes.	Présenter les totaux synthétiques 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 durant une période antérieure (semaines, mois, saisons ou années).
Selon le Lieu	Déterminer le lieu où surviennent les cas (notamment pour identifier les zones à haut risque ou les concentrations de populations à risque).	Pendant une épidémie, représenter le nombre de cas sur une carte détaillée du district ou de la zone touchée.	Porter le nombre de cas sur une carte et déceler des grappes de cas ou tout rapport entre le lieu où les cas ont été recensés et l'événement sanitaire faisant l'objet d'une enquête.
Selon des caractéristiques de Personne	Décrire les raisons des changements dans la survenue de la maladie, la manière dont s'est produit le changement, les populations les plus exposées à la maladie et les facteurs de risque potentiels.	Présenter sous forme de tableau des données spécifiques relatives à la population affectée.	En fonction de la maladie, caractériser les cas d'après les données notifiées pour la surveillance cas par cas, telles que l'âge, le sexe, le lieu de travail, le statut vaccinal, le niveau d'éducation et d'autres facteurs de risque connus pour les maladies.

3.3 Analyser les données selon le temps

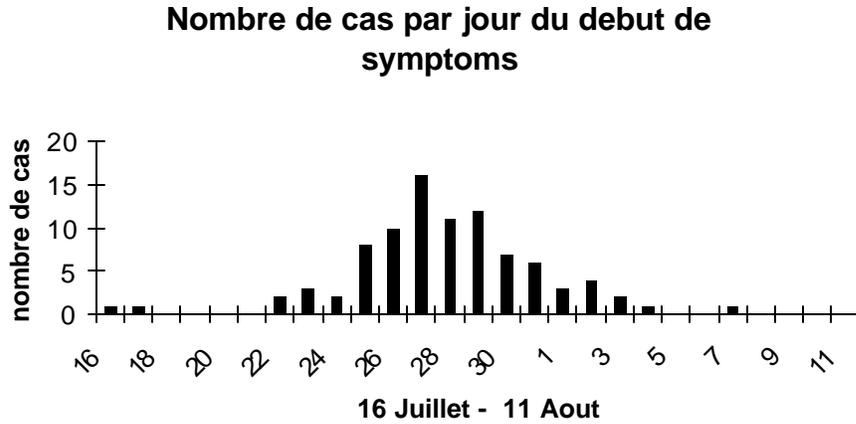
Le but de l'analyse des données en fonction d'éléments chronologiques est de détecter les variations relatives au nombre de cas et décès à travers le temps. L'observation des tendances dans l'évolution chronologique des maladies permet d'identifier à quel moment se produisent les fluctuations récurrentes et de les prévoir. Certains changements de taux sont toutefois imprévisibles. En examinant les événements qui précèdent l'augmentation ou la diminution d'un taux donné d'une maladie, on peut dans certains cas identifier les causes du changement et déterminer les actions de santé publique à entreprendre pour combattre la maladie et éviter qu'elle se propage.

Les données chronologiques sont généralement représentées sous forme de graphique. Le nombre ou taux de cas ou décès est placé sur l'axe vertical (y) tandis que la période évaluée se situe sur l'axe horizontal (x). On peut également indiquer sur le graphique les événements passés susceptibles d'affecter la maladie analysée. Par exemple, la date à laquelle les agents sanitaires ont suivi un cours de recyclage sur la prise en charge des maladies de l'enfant (PCIME).

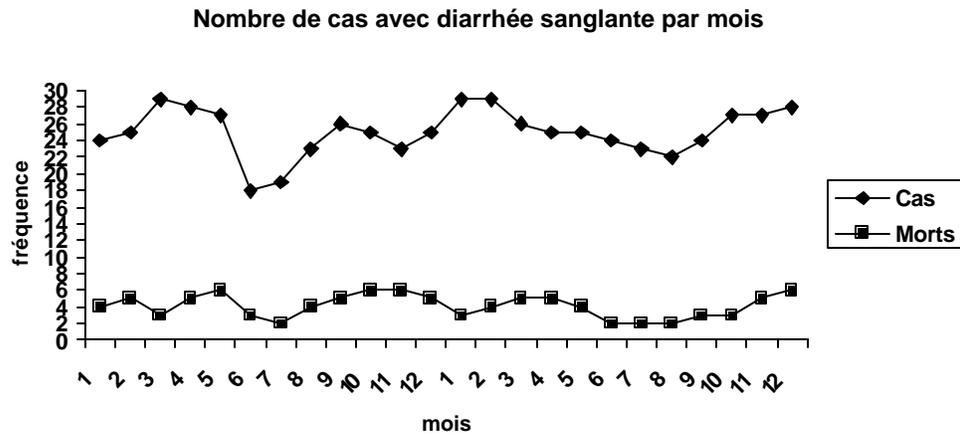
Les graphiques peuvent en outre indiquer le nombre de cas et décès qui se sont produits au cours d'une période de temps spécifique. Il est plus facile de déterminer les variations relatives au nombre de cas et décès en utilisant un graphique, surtout pour des nombres élevés ou si l'on cherche à déceler des oscillations chronologiques.

Les graphiques consistent en des barres (diagrammes en barres), des histogrammes, ou des lignes (courbes linéaires) et mesurent le nombre de cas survenant au cours d'une certaine période de temps.

Exemple de diagramme en barres:



Exemple de graphique linéaire:



L'histogramme, similaire au graphique linéaire, représente les cas à l'aide de carrés plutôt que par des lignes reliant les points tracés. On utilisera les histogrammes pour analyser les données épidémiologiques et dégager une courbe épidémique. Pour les maladies à potentiel épidémique élevé, l'évolution chronologique peut être exprimée par des intervalles de 1, 2, 3 jours ou d'une semaine ou par des échéances plus longues. Dans un

- Ecrire les nombres par ordre croissant jusqu'à un nombre supérieur au nombre de cas
 - Choisir un intervalle si les nombres à porter sur l'axe vertical sont élevés
 - Marquer l'axe vertical en expliquant ce que les nombres représentent.
4. Marquer l'axe horizontal (abscisses) et y indiquer les unités de temps. Cet axe est divisé en unités chronologiques égales. On commence généralement par le début d'une flambée ou le début d'une période du calendrier (mois ou année par exemple).
 5. Insérer des barres de même largeur.
 6. Indiquer le nombre de cas sur le graphique ou l'histogramme. Pour chaque unité de temps figurant sur l'axe horizontal, faire correspondre le nombre de cas mentionné sur l'axe vertical. Remplir un carré par cas ou pour un certain nombre de cas dans la colonne indiquant le jour où le patient a été vu en consultation.
 7. Représenter les décès par un type de ligne différent ou en changeant la couleur.

Si vous choisissez d'utiliser des lignes plutôt que des barres ou des carrés, tracez une croix ou un point à l'endroit où se croisent les lignes verticale et horizontale. Relier les points sur le graphique pour représenter une baisse ou une hausse tendancielle chronologique.

3.4 Analyser les données selon le lieu

L'analyse des données en fonction du lieu renseigne sur l'endroit où survient une maladie. L'élaboration et la mise à jour régulière d'une carte détaillée des cas pour certaines maladies permet de déterminer plus précisément où, comment et pourquoi la maladie se propage. Les informations fournies par l'analyse spatiale permettent:

- D'identifier les caractéristiques physiques du terrain
- De comprendre la répartition et la densité de la population dans la région
- De décrire les caractéristiques des populations dans une zone

donnée (agricole, urbaine fortement peuplée, camp de réfugiés, etc.)

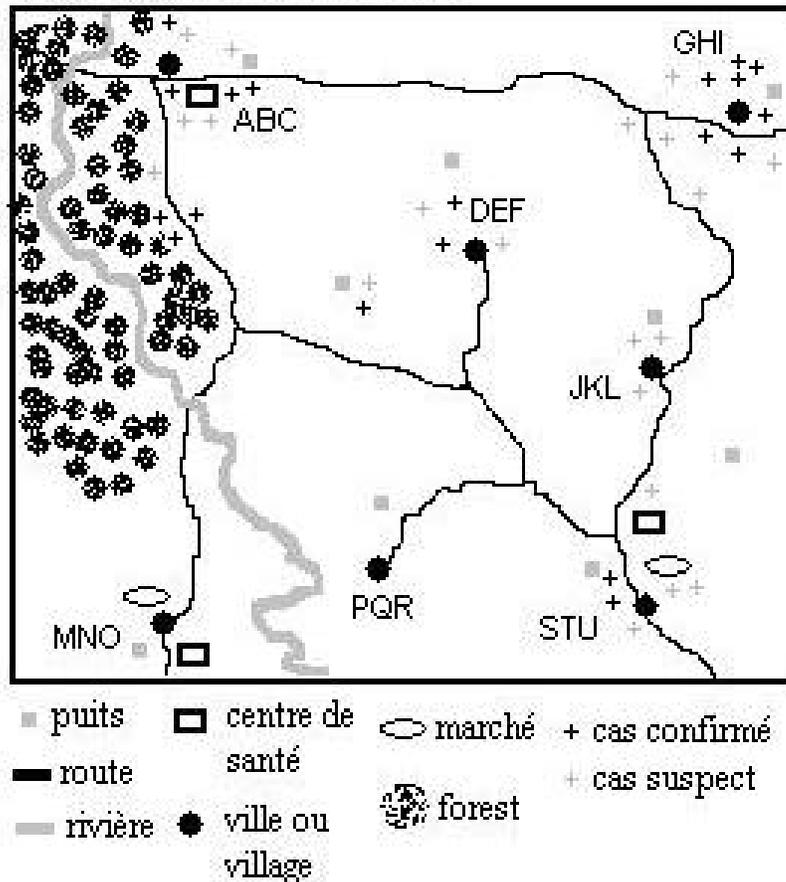
- De décrire les facteurs environnementaux (principales sources d'eau dans une communauté, notamment les rivières, lacs, pompes, etc.)
- D'identifier les dispensaires, lieux de rassemblement, écoles, bâtiments communautaires et les abris importants pouvant être utilisés en cas d'urgence
- D'indiquer les distances entre les centres de santé et les villages (par temps de parcours ou distance en kilomètres)
- De planifier des itinéraires pour les activités de supervision ou d'investigation de cas
- De repérer les lieux où surviennent les cas de maladie et d'identifier les populations les plus exposées à la transmission de maladies spécifiques.

Il faut produire une carte et l'utiliser comme outil de surveillance de routine de la maladie. Pour ce faire :

- Obtenir une carte de la région auprès de l'administration locale ou du service du cadastre. Porter les principales caractéristiques nécessaires à l'action sanitaire sur un papier transparent puis sur une plus grande carte qu'on affichera au mur pour une utilisation plus commode. Si aucune carte officielle n'est disponible, dessiner la zone couvrant l'ensemble du district.
- Préparer un code de symboles cartographiques pour représenter les caractéristiques suivantes:
 - emplacement des formations sanitaires dans le district et localisation de la zone desservie par chacune d'elles;
 - zones géographiques, telles que forêts, aires de savane, villages, routes et villes;
 - zones socio-économiques ayant un rapport avec les maladies prioritaires;
 - sites d'activité importants telles que mines ou chantiers de construction;

- lieux où ont été enregistrés des cas suspects et confirmés de maladies prioritaires;
- lieux où ont été enregistrées des flambées épidémiques antérieures.

Figure 5: Carte du District X



3.5 Analyser les données selon les caractéristiques individuelles

L'analyse sur la base des caractéristiques individuelles est recommandée pour la description des populations les plus exposées aux maladies à potentiel épidémique et à celles que l'on tente d'éradiquer et d'éliminer. Comme ces maladies sont notifiées dans le cadre d'une surveillance cas par cas, ces caractéristiques individuelles devraient être disponibles. Il n'est pas recommandé d'effectuer systématiquement cette analyse pour les données synthétiques.

Un simple décompte des cas ne fournira pas toutes les informations dont le district a besoin. Pour comparer la survenue d'une maladie à divers endroits ou à des moments différents, on traduit les totaux récapitulatifs des cas et décès en pourcentages et taux.

D'abord, il faut savoir distinguer le numérateur du dénominateur.

- Le **numérateur** est le nombre d'événements spécifiques mesurés. C'est par exemple le nombre effectif de cas ou de décès imputables à une maladie particulière. Autre exemple: le nombre de cas de ver de Guinée survenus au cours de l'année chez les enfants de moins de 5 ans.
- Le **dénominateur** représente l'ensemble des événements possibles et d'où émergent ceux que l'on vient de mesurer (par exemple, la taille de la population dans laquelle se sont présentés les cas ou décès imputables à une maladie spécifique, ou la population à risque).

On peut utiliser de simples pourcentages pour comparer des informations relatives à des populations de tailles différentes. Par exemple:

Formation sanitaire	Nombre de cas de ver de Guinée survenus au cours de l'année chez les enfants d'âge scolaire
A	42
B	30

Si on compare uniquement le nombre des cas notifiés par les deux formations sanitaires, il semble que la dracunculose survient plus dans la formation sanitaire A que dans la formation sanitaire B.

Lorsqu'on rapporte le nombre des cas notifiés par les établissements A et B au nombre d'enfants d'âge scolaire dans chaque zone de desserte, la situation devient plus claire.

Formation sanitaire	Nombre d'enfants d'âge scolaire habitant dans la zone de desserte
A	11 500
B	6 000

En calculant un pourcentage pour le nombre de cas de ver de Guinée au cours de l'année écoulée chez les enfants d'âge scolaire, l'agent de district peut comparer l'impact de la maladie sur chaque formation sanitaire. Le numérateur est le nombre de cas enregistrés au cours d'une année. Le dénominateur est le nombre d'enfants d'âge scolaire à risque vivant dans la zone de desserte. Dans l'exemple cité, le taux d'incidence est plus élevé dans l'établissement B que dans la formation sanitaire A.

Formation sanitaire	Pourcentage des cas de dracunculose chez les enfants d'âge scolaire
A	0,4%
B	0,5%

3.5.1 Dresser un tableau pour l'analyse basée sur les caractéristiques individuelles

Pour chaque maladie prioritaire faisant l'objet de mesures de surveillance, il y a lieu d'utiliser un *tableau* permettant d'analyser les caractéristiques des personnes qui tombent malades. L'analyse par caractéristiques individuelles est également recommandée pour l'étude des épidémies.

Un tableau présente de manière simplifiée un ensemble de données sous forme de colonnes et de lignes. A des fins de surveillance et de contrôle, on aura recours à cette présentation pour indiquer le nombre de cas et décès imputables à une maladie spécifique pendant une période de temps déterminée.

Pour réaliser un tableau, la procédure à suivre est la suivante:

1. Déterminer l'information que l'on compte y incorporer. Par exemple, l'analyse des cas et décès imputables à la rougeole par tranches d'âge.
2. Définir le nombre de colonnes et de lignes nécessaires. Ajouter une ligne supplémentaire au bas du tableau et une colonne supplémentaire à droite pour indiquer les totaux. Dans l'exemple, on aura besoin d'une ligne pour chaque classe d'âge et d'une colonne pour chaque variable, telle que le groupe d'âge ou les cas et décès.
3. Marquer toutes les lignes et les colonnes, en incluant les mesures chronologiques. Dans l'exemple ci-après, l'analyse s'effectue annuellement.
- . Indiquer à chaque ligne le nombre total de cas et décès, comme dans l'exemple. Vérifier si les chiffres ont été insérés au bon endroit.

Groupe d'âge	Nombre de cas déclarés	Nombre de décès
0 - 4 ans	40	4
5 - 14 ans	9	1
15 ans et plus	1	0
Age inconnu	28	0
Total	78	5

3.5.2 Par rapport au nombre total de cas, calculer le pourcentage que représentent les cas d'une tranche d'âge donnée

Après avoir inscrit les totaux synthétiques par classe d'âge, on peut calculer le pourcentage des cas survenus dans n'importe lequel de ces groupes.

L'information contenue dans le tableau permettra:

1. D'identifier le nombre total des cas notifiés pour chaque tranche d'âge à partir des données synthétiques pour lesquelles les caractéristiques chronologiques et individuelles sont connues (par exemple, 40 cas chez les enfants âgés de 0 à 4 ans);
2. De calculer le nombre total des cas pour la période de temps ou la caractéristique évaluée (dans l'exemple: 50 cas dont l'âge est connu);
3. Diviser le nombre total des cas dans chaque groupe d'âge par le nombre total de cas notifiés (par exemple, pour les enfants âgés de 0 à 4 ans, 40 divisé par 50 = 0,8);
4. Multiplier ce résultat par 100 pour obtenir le pourcentage (dans l'exemple: $0,8 \times 100 = 80\%$).

Groupe d'âge	Nombre de cas déclarés	% du total des déclarés
0 - 4 ans	40	80%
5 - 14 ans	9	18%
15 ans et plus	1	2%

3.5.3 Calculer le taux de létalité

Le taux de létalité d'une maladie est sa capacité à tuer. Parmi tous les cas d'une maladie qui survient à un endroit donné, c'est la proportion qui décède.

Le *taux de létalité* permet:

- De déterminer si un cas est identifié rapidement
- De déceler tout problème éventuel dans la prise en charge des cas une fois que la maladie a été diagnostiquée : retard de mise en route du traitement; mauvaise qualité des soins ou absence de soins médicaux.

- De comparer la qualité de la prise en charge des cas entre zones de desserte, villes et districts différents
- D'identifier un agent pathogène plus virulent, méchant, émergent ou chimiorésistant
- De mettre en évidence un terrain fragile, prédisposé aux infections (exemple malnutrition et infections VIH concomittentes).

Les programmes de santé publique peuvent faire baisser le taux de létalité en s'assurant que les cas sont rapidement décelés et que la prise en charge est de bonne qualité. Certaines recommandations concernant la lutte contre des maladies spécifiques suggèrent notamment d'évaluer l'efficacité de la riposte épidémiologique en fonction de la réduction du taux de létalité.

Pour calculer un taux de létalité:

1. Obtenir le nombre total des décès (dans l'exemple sur la rougeole, 5 décès ont été recensés).
2. Diviser le nombre total de décès par le nombre total de cas notifiés (dans l'exemple, 78 cas et 5 décès ont été notifiés: $5 \div 78 = 0,06$).
3. Multiplier ce résultat par 100 ; ($0,06 \times 100 = 6\%$).

Groupe d'âge	Nombre de cas déclarés	Nombre de décès	Taux de létalité
0 - 4 ans	40	4	10%
5 - 14 ans	9	1	11%
15 ans et plus	1	0	0%
Age inconnu	28	0	0%
TOTAL	78	5	6%

3.6 Tirer les conclusions de l'analyse

En fonction de la fréquence selon laquelle les données sont notifiées au niveau suivant (une fois par mois, par exemple):

3.6.1 Revoir les diagrammes, tableaux, graphiques et autres cartes mis à jour

Les outils d'analyse doivent être vérifiés pour s'assurer:

- Que le nombre total des cas et décès faisant l'objet d'une surveillance est mis à jour
- Que les taux de létalité sont calculés et mis à jour
- Que la répartition géographique des cas et décès est décrite et comprend des taux de létalité comme indiqué.

3.6.2 Comparer la situation actuelle avec les mois, saisons et années antérieurs

1. Observer les tendances sur les graphiques linéaires et voir si le nombre de cas et décès pour la maladie concernée est stable, croissant ou décroissant.
2. Si les taux de létalité ont été calculés, le taux est-il équivalent, supérieur ou inférieur à celui établi pour les mois antérieurs?

3.6.3 Déterminer si les seuils d'intervention ont été atteints

Les seuils sont des indicateurs révélant à quel moment un événement doit se produire ou changer. Ils permettent aux responsables de la surveillance et aux administrateurs de programme de répondre à la question: « Quand et comment intervenir? ».

Les informations sur lesquelles reposent les seuils proviennent de deux sources différentes:

- Une analyse de la situation présentant les risques, les populations les plus exposées, le moment où il faut intervenir pour éviter qu'une épidémie se propage et les endroits où les maladies sévissent habituellement.
- Les recommandations internationales formulées par les experts techniques et spécialistes des programmes de lutte contre les maladies.

Certains districts peuvent décider d'observer des seuils d'intervention pour les maladies les plus dangereuses au sein de leur zone. Il est toutefois inutile d'utiliser constamment un seuil ou un mécanisme de déclenchement pour une multiplicité de maladies. Si le personnel de santé est poussé à la limite de ses capacités, il sera moins vigilant dans la surveillance des tendances et moins enclin à réagir aux problèmes.

Le présent guide recommande deux types de seuils: un seuil d'alerte et un seuil d'intervention. Ces deux catégories ne s'appliquent pas à chaque maladie, mais toutes les maladies atteignent un point à partir duquel il est nécessaire de notifier le problème et de prendre des mesures. Les seuils définis ci-dessous sont la continuation des pratiques recommandées et permettent de savoir où il faut intervenir. Quant aux seuils destinés à des maladies spécifiques, ils sont décrits en détail dans la Section 8.

Un *seuil d'alerte* suggère au personnel de santé la nécessité de mener une enquête plus approfondie. Selon la maladie concernée, ce seuil est atteint lorsqu'on enregistre un cas même suspect (comme dans le cas d'une maladie à potentiel épidémique ou faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication) ou lorsqu'on décèle que sur une certaine période donnée il y a une augmentation inexplicquée de cas selon les rapports mensuels par exemple. Le personnel de santé réagit à un seuil d'alerte:

- En notifiant le problème suspect au niveau suivant
- En réexaminant les données similaires relatives à des périodes antérieures
- En demandant une confirmation en laboratoire pour voir si le problème correspond à la définition de cas
- En se montrant plus vigilant à l'égard des nouvelles données et des tendances qui en résultent pour la maladie ou l'affection concernée
- En menant une enquête sur le cas ou l'affection
- En avertissant l'administrateur du programme de lutte contre la maladie visée et l'équipe de district chargée de la lutte contre les épidémies de l'existence d'un problème potentiel.

Un *seuil d'intervention* déclenche une réponse précise. Il indique les données spécifiques ou le résultat d'enquête qui signale la nécessité d'une intervention allant au-delà de la confirmation ou de la clarification du

problème. Parmi les actions possibles on peut citer la communication de la confirmation en laboratoire aux centres de santé affectés, la mise en oeuvre d'une intervention d'urgence (telle qu'une activité de vaccination), une campagne de sensibilisation communautaire ou encore des pratiques améliorées de lutte contre les infections dans le cadre du système de santé.

Des propositions de seuils permettant d'alerter le personnel de santé en cas de flambée épidémique possible sont présentées à l'Annexe de la Section 4. Voir aussi les directives spécifiques aux maladies (Section 8).

3.6.4 Synthétiser les résultats de l'analyse

Il convient d'étudier les résultats de l'analyse en ayant à l'esprit les facteurs suivants:

- Les tendances relatives aux consultations internes décrivent les augmentations ou diminutions liées aux cas les plus graves. On a plus de chances de détecter les décès parmi les patients hospitalisés. La notification d'un cas selon la définition standard sera probablement plus précise que celle d'un cas en consultation externe.
- Les fluctuations observées peuvent être causées par des facteurs autres qu'une progression ou une régression réelle du nombre de cas et décès. L'objectif des programmes en ce qui concerne les activités de lutte contre la maladie dans votre région devrait être de réduire le nombre de cas et décès sur une certaine période de temps.
- Si cette diminution ne se produit pas et qu'on assiste à une stabilisation ou une augmentation du nombre de cas, il y a lieu de s'interroger sur les facteurs susceptibles d'affecter la notification, en tentant de répondre aux interrogations suivantes:
 - Le nombre de formations sanitaires notifiant des informations a-t-il changé?

- La définition de cas utilisée pour notifier la maladie ou l'affection a-t-elle été modifiée?
- L'augmentation ou la diminution est-elle une variation saisonnière?
- A-t-on modifié les programmes de dépistage ou de traitement? Ou renforcé les activités périphériques ou d'éducation sanitaire à l'intention des communautés, entraînant ainsi une augmentation de la demande de soins?
- La région a-t-elle connu récemment un mouvement d'immigration ou d'émigration ou une augmentation des populations réfugiées?
- Y a-t-il eu un changement au niveau de la qualité des services offerts par l'établissement sanitaire? Par exemple: temps d'attente réduit, personnel de santé plus accueillant, médicaments disponibles, soins payants.

3.6.5 Comparer les progrès réalisés au cours du mois écoulé dans la réalisation des objectifs de lutte contre la maladie

De nombreux programmes de santé publique ont fixé des objectifs de réduction de la maladie. Ces objectifs peuvent s'appliquer à des formations sanitaires prises individuellement, à des communautés ou à l'ensemble du district. Pour l'évaluation des progrès accomplis dans la réalisation des objectifs sur la base des résultats de l'analyse, il est recommandé de collaborer avec les administrateurs des programmes de santé publique.

Si les résultats de l'analyse indiquent que la stratégie de programme ne permet pas de changer ni d'augmenter le nombre de cas dépistés et traités, il convient d'examiner les moyens à mettre en oeuvre pour améliorer la situation. Par exemple, toute augmentation ou absence de fléchissement du nombre de cas devrait donner lieu à des enquêtes ou interventions supplémentaires permettant d'améliorer la qualité du programme de santé publique. On envisagera notamment les améliorations suivantes:

- Disponibilité accrue des médicaments pour la prise en charge des cas de pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans

- Disponibilité accrue des médicaments au moins pour les femmes enceintes et les enfants pendant la saison du paludisme
- Collaboration avec le personnel de santé communautaire pour indiquer à la communauté à quel moment il faut emmener les enfants au centre de soins pour qu'ils y soient traités en cas de diarrhée avec déshydratation, de pneumonie et de paludisme.
- Développement de l'éducation pour la prévention du VIH/SIDA afin d'atteindre les jeunes non scolarisés
- Couverture vaccinale consolidée dans les zones les plus exposées à une maladie spécifique évitable par la vaccination (rougeole, méningite, tétanos néonatal et maternel, fièvre jaune).

3.7 Synthétiser et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer l'action de santé publique

Formuler des conclusions sur la base des résultats de l'analyse et les utiliser pour:

- Mener une enquête visant à déterminer à quel endroit se présente l'augmentation du nombre de cas.
- Collaborer avec des programmes de lutte contre des maladies spécifiques afin d'intensifier la surveillance lorsqu'un seuil d'alerte est franchi.
- Mobiliser les dirigeants politiques et la communauté afin d'obtenir davantage de ressources si le manque de moyens a été identifié comme la cause de l'augmentation du nombre de cas.

Dans la Section 4.0 nous décrivons comment enquêter sur des problèmes de santé publique. Dans la Section 6.0 nous nous pencherons sur la communication d'informations en retour à l'intention d'autres niveaux du système de santé et de la communauté.

Annexes à la Section 3

- ANNEXE 15 Modèle de grille pour l'analyse chronologique
- ANNEXE 16 Modèles de tableaux pour l'analyse individuelle

ANNEXE 16 Modèles de tableaux pour l'analyse selon les caractéristiques de la personne malade

Les exemples d'analyses par caractéristiques individuelles présentés ci-après peuvent être utilisés pour des données épidémiologiques ou à la fin de l'année lors de l'analyse des données synthétiques pour les rapports de surveillance basés sur les cas.

Répartition selon l'âge

Groupe d'âge	Nombre de cas notifiés	% de cas notifiés
0 – 4 ans		
5 - 14 ans		
15 ans et plus		
Sous-total		
Age inconnu		
Total		

Répartition selon résidence (exemple urbaine / rurale)

Résidence	Nombre de cas notifiés vivant dans ce milieu	% de cas notifiés
Milieu urbain		
Milieu rural		
Sous-total		
Inconnue		
Total		

Répartition selon le sexe

Sexe	Nombre de cas notifiés	% de cas notifiés
Féminin		
Masculin		
<i>Sous-total</i>		
<i>Non précisé</i>		
Total		

Répartition selon le statut hospitalier du malade

Source de la notification	Nombre de cas notifiés	% de cas notifiés
Consultation interne		
Consultation externe		
<i>Sous-total</i>		
<i>Non précisé</i>		
Total		

Répartition selon le statut vaccinal et l'évolution

Nombre de doses de vaccin	Nombre de patients ayant survécu	Nombre de patients décédés
Zéro		
1		
2 ou plus		
Sous-total		
Inconnu		
Total		

Section 4

Enquêter sur les flambées épidémiques notifiées et autres événements de santé publique

Dans cette section nous expliquerons:

- À quel moment il convient de lancer une enquête sur une épidémie notifiée ou d'autres événements de santé publique
- Comment planifier et conduire une investigation de cas
- Comment interpréter les résultats de l'enquête pour déterminer la cause du problème.

4.0 Enquêter sur des flambées épidémiques probables et d'autres problèmes de santé publique

On a recours à l'investigation pour identifier et évaluer les personnes exposées à une maladie infectieuse ou affectées par un événement sanitaire inhabituel. Les recherches menées fournissent des informations importantes qui serviront à la fois à prendre des mesures immédiates et à améliorer les activités de prévention à plus long terme. La procédure utilisée pour une enquête épidémiologique portant sur une flambée épidémique possible provoquée par une maladie infectieuse est également applicable dans le cadre de recherches sur d'autres problèmes de santé publique au niveau du district. Les objectifs d'une enquête sont les suivants:

- Confirmer la flambée épidémique ou le problème de santé publique
- Identifier et traiter les cas supplémentaires qui n'ont pas été notifiés ou reconnus
- Recueillir des informations et des échantillons d'analyse pour confirmer le diagnostic
- Identifier la source de l'infection ou la cause de la flambée; décrire la manière dont se transmet la maladie et définir les populations à risque
- Choisir les activités de riposte appropriées pour maîtriser l'épidémie
- Renforcer les activités de prévention pour éviter toute récurrence de l'épidémie.

La plupart des pays confient la responsabilité des enquêtes épidémiologiques aux districts, voir même le ministère de la santé. Dans certains pays toutefois ce sont les formations sanitaires (du moins celles qui disposent d'effectifs importants et d'un responsable ou d'une équipe en charge de la santé publique) qui entreprennent une partie ou la totalité des activités d'enquête pour certaines maladies ou affections. Dans le présent guide technique, on présumera que c'est le niveau du district qui est chargé de l'organisation de l'enquête.

4.1 Déterminer à quel moment il convient d'enquêter sur l'épidémie notifiée

Pour certaines maladies transmissibles, un seul cas suspect peut déclencher une action, une notification à un niveau supérieur et une enquête. Certaines maladies dangereuses peuvent en effet provoquer des flambées explosives ou entraîner des taux de létalité élevés si les cas ne sont pas traités rapidement.

Pour d'autres maladies, le déclencheur sera le moment où l'on atteint un certain seuil. A partir de cet instant, le personnel de santé veillera à mener rapidement une enquête sur le problème et à traiter les personnes touchées. Il se préparera également à lancer une réponse plus large en matière de santé publique. Les seuils d'alerte et d'intervention sont décrits dans la Section 3.6.3.

Certains événements sanitaires exigent que des investigations soient engagées dans les plus brefs délais. Les districts s'emploieront à mener des recherches sur les flambées présumées au plus tard 48 heures après la notification.

Une enquête est lancée dans les cas suivants:

- le district est averti de la survenue d'une flambée épidémique probable liée à une maladie immédiatement notifiable
- on constate un accroissement inhabituel du nombre de décès au cours d'une analyse systématique des données
- il se présente une série groupée de décès dont la cause est inexplicquée ou inhabituelle (par exemple, un adulte décédé à la suite d'une diarrhée sanglante).

Remarque - Les seuils ne varient pas selon le district ou la structure sanitaire s'ils concernent des maladies immédiatement notifiables car ils sont déterminés par la politique nationale.

Pour établir les seuils qu'utilise la formation sanitaire pour signaler au district des maladies telles que la shigellose, le paludisme, la rougeole (dans les pays où elle ne fait pas l'objet de mesures d'élimination), la diarrhée avec déshydratation légère ou grave chez les enfants de moins de

5 ans ou la méningite, il convient de discuter avec le personnel de l'établissement des étapes suivantes:

Si les données portant sur les années antérieures sont disponibles, étudier les tendances relatives aux cas et décès imputables à ces maladies au cours des 5 dernières années. Déterminer un chiffre de référence pour décrire l'étendue actuelle de la maladie dans la zone de desserte.

1. Selon qu'il conviendra, prendre en compte les facteurs liés aux maladies caractérisées par des augmentations saisonnières, telles que le paludisme ou le choléra.
2. Définir clairement le seuil en précisant le nombre de cas par mois ou par semaine de sorte que le personnel responsable de la surveillance dans les formations sanitaires puisse facilement établir à quel moment le seuil est atteint.
3. Réviser périodiquement le seuil épidémique et l'ajuster aux temps présents et à la lumière des tendances passées et actuelles de la maladie. Si le poids de la maladie change (par exemple, suite à une augmentation du nombre de cas), il y a lieu d'ajuster le seuil.
4. Des exemples de seuils ou de déclencheurs pour la mise en oeuvre d'interventions ou d'enquêtes visant le cas ou la flambée probable figurent dans la section 8 du présent document. Ces seuils sont recommandés par l'OMS/AFRO et peuvent être adaptés pour satisfaire aux politiques, priorités et capacités de réponse de votre pays.

4.2 Enregistrer les flambées épidémiques et rumeurs notifiées

Préparer une méthode permettant de détecter les notifications et les activités de riposte en matière d'épidémiologie ainsi que les rumeurs rapportées au district. Un modèle de formulaire destiné à enregistrer les notifications d'épidémies - '*Registre des épidémies et rumeurs*' - figure à l'Annexe 17 de cette section. Si le district utilise un registre d'analyse de district, cette formule peut y être incorporée.

Le but du suivi des flambées épidémiques notifiées est de s'assurer que la notification de chaque épidémie présumée ou rumeur est suivie de mesures et de résolutions. L'enregistrement de ces informations permettra d'évaluer la ponctualité et l'exhaustivité de l'enquête épidémiologique et du processus de réponse.

4.3 Confirmer l'épidémie notifiée

Il faut établir rapidement une confirmation des flambées signalées par les installations de soins ou la communauté. Cette mesure de vérification est importante car elle doit permettre, grâce à des décisions rapides, d'éviter que des ressources soient inutilement consacrées à des enquêtes portant sur des événements qui ne sont pas de véritables flambées de maladies prioritaires.

Les facteurs suivants sont à prendre en compte:

- Source de l'information (par exemple, la source de la rumeur est-elle fiable? Le rapport provient-il d'une formation sanitaire?)
- Gravité de la maladie
- Nombre de cas et décès notifiés
- Mode de transmission et risque de propagation
- Considérations politiques et géographiques
- Relations publiques
- Ressources disponibles.

La situation épidémique, à la lumière des facteurs précités, peut inciter le district à accélérer l'enquête. Les notifications de cas suspects de fièvre hémorragique virale (FHV), par exemple, peuvent être traités avec plus d'urgence qu'une notification de cas de tétanos néonatal car le risque de propagation de la FHV est plus important. Indépendamment des facteurs en présence, les suspicions d'épidémies (y compris les cas immédiatement notifiables) doivent être déclarées par les formations sanitaires dans un délai de 48 heures.

4.4 Préparer l'enquête

Il conviendra de coordonner les objectifs de l'enquête avec la personne responsable de la lutte contre la maladie ou affection visée au niveau du

district et de s'assurer que ces objectifs permettront de produire des informations indispensables à la mise en oeuvre d'activités de riposte appropriées et pertinentes. Il faudra en outre planifier l'utilisation de méthodes adaptées à la maladie ou à l'affection faisant l'objet de l'investigation. Si des activités de planification préalable et de réponse en matière d'épidémiologie ont déjà été menées dans le district ou la formation sanitaire, le personnel capable de participer à l'enquête devrait déjà être identifié et formé.

4.4.1 Spécifier les tâches qui incombent au personnel de santé

Le personnel de santé devra être informé des tâches qu'il est censé accomplir 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'enquête saisit bien le rapport entre les activités de recherche et la sélection d'activités de riposte destinées à prévenir la propagation de la maladie et à sauver des vies.

4.4.2 Définir les procédures de supervision et de communication

Un plan de communication sera établi. On préparera un diagramme indiquant les 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'agira de définir, par exemple, qui communiquera avec le ministère de la Santé, les médias et la communauté. On définira en outre les méthodes de communication et la périodicité des communiqués à l'intention des autorités pendant une flambée épidémique. Comme méthodes, on envisagera notamment la diffusion d'actualités quotidiennes par radiotéléphone, télécopie, courrier électronique ou audioconférences.

Sur le diagramme indiquez les niveaux de responsabilité et le rôle de chaque membre de l'équipe. S'agissant du personnel non sanitaire, son rôle et la manière dont il sera supervisé devront être définis.

4.4.3 Déterminer à quel endroit l'enquête aura lieu

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 requises

Il importe d'obtenir les autorisations et permissions nécessaires pour la mise en oeuvre de l'enquête et de respecter les normes éthiques lors de cette activité.

4.4.5 Mettre au point les formulaires et méthodes destinés à la collecte d'informations et 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.

Choisissez les variables pour l'identification, l'enregistrement et l'analyse des données relatives à la maladie faisant l'objet de l'enquête. Selon les responsabilités du personnel, étudiez comment identifier et enregistrer l'information pour la préparation des outils suivants:

- Liste descriptive pour la synthèse de l'analyse chronologique, spatiale et individuelle

- Courbe épidémique
- Carte détaillée
- Tableaux d'analyse pour les facteurs de risque, la tranche d'âge, le sexe, l'état vaccinal, etc.

La procédure est décrite dans la Section 3.0.

4.4.6 Organiser les déplacements

Il faut organiser les déplacements à destination et en provenance du site de l'enquête ainsi que les voyages au cours des opérations. On s'assurera également que le transport des échantillons vers les laboratoires appropriés a été prévu.

4.4.7 Rassembler les fournitures nécessaires pour le prélèvement d'échantillons

Certains districts disposent d'une trousse d'intervention rapide contenant des fournitures et équipements à l'usage des enquêteurs.

Si cette trousse n'est pas disponible dans votre district, consultez les directives des programmes spécifiques aux maladies et contactez 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.

Voir le tableau des laboratoires (Section 1.0) et les directives spécifiques aux maladies (Section 8).

4.5 Confirmer le diagnostic

4.5.1 Examiner les antécédents cliniques

On examinera le / les patient(s) pour vérifier si les signes ou symptômes qu'ils présentent correspondent à la définition de cas. Les questions suivantes seront posées 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 (ou au travail, au village, dans le quartier)?
- Où avez-vous voyagé récemment?
- Où habitiez-vous pendant les 2 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?

4.5.2 Recueillir des échantillons et obtenir les résultats des épreuves de laboratoire

Si la maladie peut être confirmée par des tests de laboratoire, on se référera au tableau des laboratoires dans la Section 1.0 pour déterminer le test diagnostique et l'échantillon requis. Dans ce tableau il est également indiqué comment collecter, conserver et expédier l'échantillon et combien d'échantillons il faut recueillir afin de confirmer une épidémie pour une maladie particulière.

Les résultats des examens de laboratoire seront examinés avec l'équipe chargée de l'enquête, les cliniciens et les techniciens du laboratoire dans la formation sanitaire. Les résultats des tests concordent-ils avec les résultats des examens cliniques? Si vous voulez clarifier certains points concernant les résultats des épreuves, demandez une assistance complémentaire auprès des administrateurs de programme ou des experts techniques du niveau national.

4.6 Isoler les cas selon les besoins et les traiter

Il s'agira de renforcer la prise en charge des cas dans l'installation de soins (ou à l'endroit où les patients sont consultés) et de fournir à l'établissement des conseils, un appui et des fournitures, selon les indications fournies par les directives concernant la prise en charge des cas. On réalisera notamment les activités suivantes:

- Surveiller les signes et symptômes des patients
- Traiter le patient avec les médicaments et thérapies recommandés dont on dispose

- Apporter un soutien à la formation sanitaire en améliorant la lutte contre les infections selon les besoins et en fonction de la maladie visée. Les précautions standard seront appliquées pour tous les patients consultés dans l'établissement, surtout au cours d'une épidémie de maladie transmise par contact avec des objets contaminés et des liquides corporels.

4.7 Rechercher des cas supplémentaires

Une fois que les premiers cas ont été confirmés et que le traitement a commencé, recherchez activement des cas supplémentaires.

4.7.1 Rechercher les cas dans les registres des formations sanitaires

Dans les installations de soins ayant notifié des cas, on recherchera des cas supplémentaires dans les registres, en tentant de retrouver d'autres patients qui pourraient avoir présenté des signes et symptômes identiques ou similaires à la maladie / affection faisant l'objet de l'enquête. Il faut demander aux agents de santé et au personnel hospitalier de rechercher des cas semblables dans les registres des formations sanitaires voisins.

Dans l'annexe 18 figurant à la fin de cette section sont présentées des instructions sur l'examen des registres. On assurera également le suivi des patients autorisés à rentrer chez eux.

4.7.2 Rechercher des cas dans la communauté

Identifiez les zones à risque potentiel où les patients ont vécu, travaillé ou voyagé. Sondez également d'autres sources d'information dans la communauté, notamment les pharmaciens ou les professeurs d'école.

Le choix des zones où s'effectuera la recherche peut dépendre de la maladie, de son mode de transmission et des facteurs de risque liés à l'analyse chronologique, spatiale et individuelle. Des visites seront effectuées dans ces lieux et les personnes ayant eu des contacts, ou des contacts probables, avec le patient seront interrogés. Demandez leur si elles-mêmes ou une de leurs connaissances ont été atteintes d'une maladie ou affection semblable à celle qui fait actuellement l'objet d'une enquête. Essayez 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. Rassemblez des informations qui contribueront à décrire l'ampleur et l'étendue géographique de la flambée épidémique.

Transférez les cas récemment identifiés vers la formation sanitaire pour traitement.

4.8 Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires

Pour chaque nouveau cas décelé soit dans le registre de l'établissement soit au cours de recherches au sein de la communauté qui correspond à la définition de cas pour la surveillance, il conviendra d'enregistrer l'information recueillie, à l'aide d'une fiche de notification par cas, d'une liste descriptive ou sous une autre forme recommandée.

4.8.1 Enregistrer l'information sur une fiche de notification par cas

Enregistrez sur une fiche de notification par cas les informations concernant au moins les cinq premiers patients ainsi que ceux chez lesquels des échantillons seront prélevés. Pour chaque cas, il y a lieu d'enregistrer au moins les informations suivantes:

- Le nom et l'adresse du patient, le village ou le quartier où il vit et d'autres coordonnées. Si on ne dispose pas d'une adresse précise, on enregistrera des informations permettant de contacter le patient au cas où des renseignements supplémentaires seraient nécessaires ou afin de lui communiquer les résultats des examens de laboratoire et de l'enquête.
- L'âge et le sexe du patient. Ces informations serviront à décrire les caractéristiques de la population affectée par la maladie.
- La date du début des symptômes et la date à laquelle le patient a été consulté pour la première fois dans la formation sanitaire.
- Des informations relatives aux principaux facteurs de risque, telles que l'état vaccinal si la maladie faisant l'objet de l'enquête est évitable par la vaccination.
- Le nom et la fonction de la personne communiquant l'information.

Remarque - afin de rationaliser les méthodes de collecte des données, l’OMS/AFRO recommande d’utiliser la fiche de notification par cas comme bordereau d’envoi au laboratoire. (Voir le modèle de fiche présenté à l’Annexe de la Section 2).

Certaines maladies ont leur propre fiche détaillée d’investigation de cas. On trouvera aux annexes 20 et 21 de cette section une copie de ces fiches détaillées pour le tétanos néonatal et la paralysie flasque aiguë.

Les directives nationales stipulent que les fiches détaillées par cas pour le tétanos néonatal et la PFA peuvent être remplies par la formation sanitaire ou par un membre de l’équipe de district lorsque la notification est adressée au district.

4.8.2 Enregistrer l’information concernant les cas supplémentaires sur une liste descriptive

Lorsque cinq à dix cas ont été identifiés et que le nombre requis d’échantillons a été prélevé, on enregistrera les cas supplémentaires éventuels sur une liste descriptive. Utilisez cette liste comme bordereau d’envoi au laboratoire si en une journée il est nécessaire de prélever des échantillons chez 10 patients ou plus. L’expédition sera alors groupée.

4.9 Analyser les données épidémiologiques

Les méthodes d’analyse des données épidémiologiques sont semblables à celles préconisées pour l’analyse des données synthétiques dans la Section 3. Les données épidémiologiques sont analysées et réanalysées plusieurs fois au cours de la flambée.

Lors de l’analyse initiale, on résumera la situation épidémique et on cherchera des indices montrant les endroits où sévit et progresse la flambée, sa source (source unique, par exemple: puits ou funérailles) et les personnes à risque (par exemple, jeunes enfants, réfugiés, ruraux, etc.). Présentez les données de la manière suivante:

- Tracer un histogramme représentant l’évolution de la maladie (courbe épidémique)

- Représenter les cas sur une carte détaillée
- Dresser des tableaux représentant les principales caractéristiques des cas (par exemple, comparaison entre tranche d'âge et état vaccinal).

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

4.9.1 Analyser les données en fonction de la chronologie

Préparez un histogramme en utilisant les données provenant des fiches de notification par cas et des listes descriptives. À l'aide de symboles, représentez chaque cas sur l'histogramme d'après la date du début de la maladie.

Une courbe épidémique se dessinera progressivement et la zone géographique que celle-ci représente devra être définie. On décidera, par exemple, si la courbe doit décrire l'ensemble du district ou uniquement la zone de desserte de la formation sanitaire où le cas a été recensé.

Les résultats de l'analyse chronologique permettent aux administrateurs de programme et aux responsables de la surveillance de procéder à un examen rétrospectif de la flambée et de déterminer à quel moment les patients ont été exposés à la maladie ainsi que la durée de la période d'incubation.

À l'aide de flèches, mettez en évidence les événements importants représentés sur l'histogramme. Examinez, par exemple, le registre des épidémies et rumeurs pour dégager les dates des événements suivants:

- Apparition du premier cas (ou cas initial)
- Notification au niveau du district par la formation sanitaire
- Consultation du premier cas dans la formation sanitaire
- Début de l'investigation de cas menée par le district
- Début d'une réponse concrète
- Notification au niveau national par le district.

Remarque - Cette mise en relief à l'aide de flèches permet d'évaluer la ponctualité de la détection, de l'enquête et de la réponse épidémiologique. A titre d'exemple, la surveillance de l'intervalle entre l'apparition du premier cas connu et le moment où ce cas a été vu dans la formation sanitaire permet d'évaluer la connaissance des signes et symptômes au sein de la communauté et la perception de la nécessité d'orienter les cas vers une formation sanitaire. Ces intervalles sont examinés plus en détail dans la Section 7.0 (*Evaluer et améliorer le système*).

La Section 3.0 explique de manière plus détaillée comment préparer et porter les cas sur un histogramme.

Dans la Section 7.0 nous décrivons comment utiliser l'information contenue dans l'histogramme pour contrôler et évaluer la ponctualité des activités de détection, d'investigation et de riposte face aux cas qui se présentent.

4.9.2 Analyser les données en fonction de la localisation

On utilisera le lieu de résidence mentionné sur les fiches de notification par cas ou les listes descriptives pour représenter sur une carte et décrire:

- Les séries groupées de cas se présentant dans une zone particulière
- Les schémas de déplacement liés au mode de transmission pour la maladie visée
- Les sources communes d'infection pour les cas concernés.

On se référera à la Section 3 pour plus d'informations sur la manière de préparer une carte localisant les cas suspects et confirmés.

Créez une carte de la région où se sont présentés les cas probables et confirmés en y indiquant les éléments suivants:

- Routes, sources d'approvisionnement en eau, localisation de communautés spécifiques et autres éléments pouvant être liés au risque de transmission de la maladie soumise à l'investigation. Par exemple, une carte pour le tétanos néonatal précisera les lieux

d'accouchement (accoucheuses traditionnelles et formations sanitaires).

- Lieux où résident les patients ou caractéristiques géographiques majeures pour la maladie ou l'affection (par exemple, par village, quartier, camp de travail ou camp de réfugiés ou, lors de l'élaboration d'une carte représentant des patients touchés par une épidémie de méningite, localisation de l'école que ceux-ci fréquentent).
- Autres lieux importants pour la maladie faisant l'objet de l'enquête. Voir les directives spécifiques aux maladies pour des recommandations concernant l'analyse des données en fonction de la localisation.

4.9.3 Analyser les données en fonction des caractéristiques individuelles

Examinez les fiches spécifiques aux cas et les listes descriptives et comparez les variables concernant chaque cas suspect ou confirmé pour la maladie ou affection concernée. Par exemple, en fonction des facteurs à envisager dans la planification d'une riposte spécifique, on comparera le nombre total et la proportion des cas suspects et confirmés d'après les éléments suivants:

- Age ou date de naissance
- Sexe
- Résidence en milieu urbain ou rural
- Etat vaccinal
- Consultation interne ou externe
- Facteurs de risque
- Issue de l'épisode: par exemple, le patient a survécu, est décédé ou son état est inconnu
- Résultats des examens de laboratoire
- Classification finale du cas
- Autres variables liées à la maladie (décès par groupe d'âge, par exemple).

Utilisez des informations spécifiques aux maladies pour déterminer quelles variables il faut comparer. Par exemple, si les données recueillies concernent une flambée de paludisme, précisez les tranches d'âge visées par le Programme national de lutte antipaludique. Comparez les groupes d'âge des cas dépistés: jeunes enfants (2 mois - 4 ans), enfants plus âgés (5 - 14 ans) et adultes (15 ans et plus).

Se reporter aux directives spécifiques aux maladies pour les recommandations concernant la comparaison des variables essentielles pour chaque maladie. La procédure de préparation des tableaux destinés à l'analyse individuelle est décrite en détail dans la Section 3.0.

4.10 Interpréter les résultats de l'analyse

Étudiez les résultats de l'analyse et formulez des conclusions sur la flambée épidémique. Par exemple:

- Quelle a été la cause de l'épidémie?
- Quelle a été la source de l'infection?
- Quel a été le schéma de transmission?
- Quelles ont été les mesures prises pour endiguer la maladie et avec quel résultat?

4.10.1 Interpréter les résultats de l'analyse chronologique

Examinez l'histogramme et observez la forme de la courbe épidémique. Tirez des conclusions concernant le moment où s'est produit l'exposition à l'agent pathogène, la source d'infection et la période d'incubation.

- Si la courbe épidémique révèle un brusque mouvement ascendant puis descendant, l'exposition à l'agent causal a probablement duré peu de temps. Il se peut que la source d'infection a été commune.
- Si l'exposition à la source commune s'est produite pendant une période assez longue, le mouvement que dessine la courbe aura probablement la forme d'un plateau.
- Si la maladie est le résultat d'une transmission interhumaine, la courbe se présentera comme une série de pics de plus en plus élevés séparés par des périodes d'incubation.

4.10.2 Interpréter les résultats de l'analyse portant description selon le lieu

La carte servira:

- A décrire l'étendue géographique du problème
- A identifier et décrire toute série groupée ou tout schéma de transmission ou d'exposition. (Selon l'agent qui a contribué à cette épidémie, on précisera la proximité des cas par rapport aux sources possibles de l'infection).

4.10.3 Interpréter les résultats de l'analyse par caractéristiques individuelles

Pour planifier la riposte à l'égard de l'épidémie, il est essentiel de disposer d'informations liées à une analyse personnelle car celles-ci décrivent avec une plus grande précision la population à risque pour la maladie ou affection en question. Par exemple, si des cas de fièvre jaune ont été décelés chez des patients de moins de 15 ans, la riposte sous forme de vaccination devra viser cette tranche d'âge.

4.10.4 Calculer les taux de létalité

On se référera à la Section 3 pour la méthode de calcul des taux de létalité.

Dans la section suivante nous décrirons comment planifier et mettre en oeuvre une riposte efficace en s'appuyant sur les conclusions de l'enquête épidémiologique.

Annexes à la Section 4

- ANNEXE 17 Registre des épidémies et rumeurs
- ANNEXE 18 Comment réaliser l'examen des registres
- ANNEXE 19 Liste de pointage pour fournitures de laboratoire
utilisées lors des enquêtes épidémiologiques
- ANNEXE 20 Fiche d'investigation des cas de tétanos néonatal
- ANNEXE 21 Fiche d'investigation des cas de PFA

ANNEXE 17 Registre du district des épidémies suspectées et de rumeurs

Enregistrer les informations orales ou écrites venant des structures sanitaires ou les communautés sur les épidémies suspectées, les rumeurs ou les rapports sur les événements inexpliqués. Enregistrer les mesures prises et les activités de riposte menées.

Affection ou maladie (1)	Nombre de cas initialement notifiés (2)	Lieu (Centre 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 du district (Confirmée, Exclue, ou Inconnue) (6)

Date de début de l'épidémie (Date début du cas indice/date dépassement du seuil/date apparition du 1er groupe de cas) (7)	Date le premier cas a été vu à dans une Formation sanitaire (8)	Date de début de l'intervention (9)	Type d'intervention concrète menée (10)	Date de Notification de l'épidémie au niveau national par le district. (11)	Date que le district a reçu la réponse du niveau national. (12)	Commentaires (13)

ANNEXE 18 Comment examiner les registres hospitaliers ou de consultations externes

Le but de l'examen des registres est de rassembler des informations sur les cas admis dans la formation sanitaire au cours d'une période spécifique. Il faut expliquer que l'information servira à déterminer ce qui a causé la flambée ou l'augmentation du nombre de cas.

1. Choisissez les formations sanitaires à examiner

Selon les conditions locales et la maladie ou affection prioritaire faisant l'objet de l'enquête, choisissez:

- n'importe quel service de consultation interne disposant de plus de dix lits, en donnant la priorité aux établissements publics;
- de grands hôpitaux de référence ou d'enseignement dotés de salles de pédiatrie, ceux-ci recevant des patients transférés par d'autres formations sanitaires;
- de petits hôpitaux ou formations sanitaires desservant des zones reculées et des populations à haut risque. Par exemple, les groupes nomades, les réfugiés ou des régions dépourvues de services de soins réguliers.

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

Expliquez aux cadres supérieurs de la formation sanitaire quel est l'objectif visé: grâce à l'information recueillie, aider le district et l'établissement à déterminer l'action la plus appropriée pour limiter l'épidémie et empêcher que de nouveaux cas se présentent. Insistez sur le fait que cette activité consiste non pas à évaluer la performance des agents de santé mais à rassembler des informations.

3. Organiser l'opération

Convenir d'une période pendant laquelle le personnel qui facilitera l'examen 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 ou affection prioritaire soumise à investigation, vérifiez les registres hospitaliers des unités de pédiatrie et maladies infectieuses. Le registre hospitalier du service de pédiatrie constitue une bonne source car il comprend la liste de tous les enfants admis dans cette unité. Les notifications récapitulatives annuelles ne sont pas toujours précises et les registres des services de consultation externe ne reprennent souvent que des diagnostics provisoires.

Passez en revue le système et les procédures qu'utilisent les agents de santé pour enregistrer l'information dans les registres destinés aux diagnostics. On s'assurera que les données nécessaires à l'investigation de cas probables sont disponibles. Le registre devra au moins comprendre 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, le cas échéant);
- état vaccinal, si la maladie le justifie.

Si la formation sanitaire n'enregistre pas l'information minimale, il faudra étudier avec les cadres la manière de renforcer l'enregistrement des données afin de pouvoir recueillir le minimum d'informations.

5. Examiner les registres au jour et à l'heure fixés

Il faut se rendre dans les unités choisies au moment convenu. Au cours de la visite, on recherchera dans les registres les cas et décès que l'on soupçonne être imputables au tétanos néonatal. Ces cas et décès devront répondre à la définition de cas standard pour les cas présumés. On déterminera ensuite si le cas suspect a fait l'objet d'une enquête et a été notifié conformément aux directives nationales.

6. Porter sur une liste descriptive les cas suspects décelés

Enregistrez l'information concernant les cas suspects. Cette information sera utilisée pendant les activités d'investigation de cas.

7. Fournir des informations en retour au personnel de la formation sanitaire

Examinez les résultats de l'activité avec le superviseur de l'établissement. Par la même occasion, étudiez tous les aspects de la prise en charge des cas touchés par la maladie visée qui pourraient intéresser les agents de santé employés dans l'établissement. Soulignez l'importance de la notification immédiate et de l'investigation des cas comme outils de prévention pour les maladies et affections prioritaires.

8. Notifier tout cas suspect au niveau suivant

Les cas suspects seront notifiés conformément aux procédures locales. Il conviendra de soumettre le cas à une enquête plus approfondie afin de déterminer les facteurs qui ont exposé le patient au risque de contracter la maladie ou l'affection. Créez une riposte cas par cas appropriée.

ANNEXE 19 Liste de pointage pour fournitures de laboratoire utilisées lors des enquêtes épidémiologiques

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

_____ Savon en barre et désinfectant pour postes d'hygiène
_____ Stock de gants
_____ Boîtes de sécurité pour l'enlèvement des fournitures et équipements contaminés

2. Pour le prélèvement des échantillons d'analyse:

Sang

_____ Aiguilles stériles, différentes tailles
_____ Seringues stériles
_____ pour anesthésique
_____ Récipients à vide
_____ antiseptique pour la peau
_____ Tube à essai pour sérum
_____ Désinfectant antiseptique pour la peau
_____ Garrot
_____ Tubes à bouchon vissant pour le transport
_____ Milieux de transport: Cary-Blair, Trans-Isolate

Liquide céphalo-rachidien

_____ Aiguille à PL
_____ Anesthésique local
_____ Aiguille et seringue
_____ Désinfectant
_____ Tubes à bouchon vissant et support pour tubes
_____ Boîte de lames pour microscope
_____ Milieu Trans -Isolate

Frottis sanguins (paludisme)

_____ Lancette stérile ou à usage unique
_____ Lames en verre et étuis
_____ Boîte de lames

Selles

_____ Ecouvillons rectaux
_____ Milieu de transport Cary-Blair
_____ Pots stériles

3. Si la formation sanitaire est équipée d'une centrifugeuse:

_____ Pipette stérile et cuvette
_____ Tube stérile en verre ou plastique, ou bouteille avec bouchon vissant

4. Pour l'emballage et l'envoi des échantillons:

_____ Glacière avec paquets de glace ou fiole à vide
_____ Ouate pour amortir les chocs pendant le transport
_____ Etiquettes pour l'expédition au laboratoire
_____ Etiquettes 'Conserver au froid' à apposer sur l'emballage
_____ Fiches par cas et listes descriptives servant de bordereau d'expédition
_____ Marqueur pour indiquer sur les tubes le nom du patient et son numéro d'identité (si assigné par le district)

ANNEXE 20 Fiche d'investigation de cas de tétanos néonatal

Pour usage officiel (rempli par le district) **Numéro épid:** _____ - _____ - _____ - _____ **Date de réception au niveau National** ____/____/____
Province District Année de début Numéro de cas

IDENTIFICATION

District: _____ **Province:** _____
Formation Sanitaire proche du village: _____ **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?		2 ^{ème} ____/____/____	5 ^{ème} ____/____/____
Nombre de doses:			
Vaccinations reçues par la mère avant l'accouchement? **		3 ^{ème} ____/____/____	If >5, last dose ____/____/____

** 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	Réponse	Questions	Réponse
La mère a reçu des soins pendant la grossesse?		Lieu de la naissance: ***	
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:** _____

ANNEXE 21 Fiche d'investigation de cas de PFA

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

IDENTIFICATION

District: _____ **Province:** _____
Formation sanitaire proche du Village: _____ **Village/ Quartier:** _____ **Ville:** _____
Adresse: _____

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

Sexe: 1 = Masculin, 2 = Féminin **Date de naissance:** ____/____/____ ou **Age:** _____ années _____ mois
 (Si la date de naissance n'est pas connue)

DECLARATION/ENQUETE

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

HOSPITALISATION

Admis à l'hôpital? 1= Oui, 2= Non **Date d'admission** ____/____/____ **Numéro de dossier médical:** _____
Adresse de l'hôpital: _____

HISTOIRE CLINIQUE

Utiliser les codes suivants si possible, 1=Oui, 2=Non, 9=Inconnu.

Question
 Fièvre au début de paralysie
 Paralysie progressive <= 3 jours
 Paralysie flasque et soudaine
 Asymétrique

Réponse

Site de paralysie
 Bras gauche Bras droit
 Jambe gauche Jambe droite

Début de paralysie: ____/____/____

APRES L'ENQUETE, EST-CE-QUE CELA ETAIT UNE PFA?

1= Oui, 2= Non

Si "Non," rien d'autre à compléter. Mettre "6" comme Classification Finale.

ANTECEDENTS VACCINAUX

Naissance ____/____/____ **3^{ème}** ____/____/____

Nombre total de doses de Polio: 99=Inconnue **1^{ère}** ____/____/____ **4^{ème}** ____/____/____
2^{ème} ____/____/____ **Si >4, dernière dose** ____/____/____

PRELEVEMENTS DE SELLES

Date 1^{ère} Selles: ____/____/____ **Date 2^{ème} Selles:** ____/____/____ **Date d'envoi au Laboratoire National:** ____/____/____

RESULTATS DES PRELEVEMENTS DE SELLES:

Etats des prélèvements: 1=Correcte, 2= Non-correcte

____/____/____ **Date reçu au labo national** ____/____/____ **Date d'envoi des résultats du labo au district** ____/____/____ **Date reçu par le district**
 ____/____/____ **Date d'envoi de l'isolat du labo national au labo régional** ____/____/____ **Date d'envoi des résultats par le labo régional** ____/____/____ **Date de réception des résultats par le district**

Résultats d'isolement:

P1	P2	P3	NP-Ent	W1	W2	W3	V1	V2	V3	NP-Ent

SUIVI DU MALADE

Date de l'examen de contrôle: ____/____/____

Paralysie Résiduelle?

Observations:

Bras gauche Bras droit
 Jambe gauche Jambe droite

1= Paralysie résiduelle 3= perdu de vue
 2= pas de paralysie résiduelle 4= Décès

CLASSIFICATION FINALE DU CAS:

1=Confirmé, 2=Compatible, 3= Rejeté 6=Pas PFA

INVESTIGATEUR

Nom: _____ **Titre:** _____
Unit: _____ **Adresse:** _____ **Téléphone:** _____

Section 5

Répondre aux épidémies et autres problèmes de santé publique

Dans cette section nous expliquerons comment:

- Améliorer, en collaboration avec l'équipe d'épidémiologie du district, l'état de préparation à la riposte aux épidémies et autres problèmes de santé publique
- Choisir des ripostes de santé publique appropriées en s'appuyant sur les résultats des enquêtes et analyses ainsi que sur les recommandations spécifiques aux maladies pour:
 - consolider la prise en charge des cas de maladies et conditions prioritaires mettre à niveau les compétences du personnel de santé
 - mener une campagne de vaccination d'urgence
 - renforcer la surveillance au cours d'une activité de riposte épidémiologique
 - informer et éduquer la communauté
 - améliorer l'accès à l'eau potable
 - assurer l'évacuation sûre des excréta de l'homme
 - améliorer les pratiques de manipulation des aliments
 - réduire l'exposition aux moustiques
 - lutter contre les vecteurs animaux
 -
- Prépositionner les ressources nécessaires pour l'action.

5.0 Répondre aux épidémies et autres problèmes de santé publique

Dans cette section sont présentées les étapes à accomplir pour répondre :

- A une flambée confirmée de maladie prioritaire (par exemple, une flambée confirmée de choléra)
- Aux tendances décelées au cours de l'analyse de routine (par exemple, une augmentation persistante du nombre de décès consécutifs à une pneumonie grave chez les enfants de moins de 5 ans) indiquant une stabilisation ou une progression du nombre de cas ou décès visés par un programme de prévention.

Lorsque survient une flambée de maladie prioritaire, la réponse doit être immédiate et tous les efforts et ressources mis en oeuvre viseront à maîtriser l'épidémie. Si des préparatifs ont été effectués à l'avance, le système de santé sera capable de fonctionner efficacement et les mesures permettant de traiter et d'endiguer la maladie et de prévenir des décès évitables pourront être prises suffisamment tôt.

Lorsqu'on décèle un problème par le biais de l'analyse systématique des données, il faut choisir une riposte adéquate et prendre certaines mesures. On cherchera, par exemple, à améliorer l'évaluation et le traitement des cas de pneumonie chez les enfants de moins de 5 ans.

Dans tous les cas, il importe de coordonner l'information et la planification des ripostes avec le personnel de district compétent. Pour la riposte aux maladies à potentiel épidémique, c'est le comité de lutte contre les épidémies qui planifie l'intervention. Lorsqu'il s'agit de situations où les objectifs d'endiguement de la maladie ne sont pas atteints comme prévu, les mesures sont prises par le personnel chargé de la surveillance au niveau du district en collaboration avec les agents de santé de district responsables de la prévention et de la lutte contre la maladie visée.

Le personnel de district chargé de la lutte contre les épidémies ou les problèmes de santé publique doit, de manière systématique :

1. examiner les données de surveillance pour rechercher des tendances présentant un problème de santé publique
2. s'assurer que les superviseurs médicaux de toutes les formations sanitaires du district connaissent et utilisent les protocoles recommandés de prise en charge des cas imputables à des maladies et affections prioritaires
3. 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
 - Equipement et fournitures pour le traitement
 - 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'achat de stocks de vaccins et organisation d'une riposte vaccinale rapide dans une situation d'urgence.
4. vérifier régulièrement les stocks de fournitures d'urgence (tous les 4 mois, par exemple) pour s'assurer qu'ils sont secs, propres et prêts à l'emploi
5. s'assurer que le personnel compétent connaît la procédure à suivre pour obtenir une confirmation au laboratoire.

5.1 Rencontrer régulièrement le comité de lutte contre les épidémies

Il est recommandé de rencontrer périodiquement l'équipe de lutte contre les épidémies, que l'on soit ou non confronté à une flambée épidémique. Dès qu'une épidémie est reconnue, une rencontre doit être organisée. Par la suite, on se réunira aussi fréquemment qu'il est nécessaire pour planifier, mettre en application et surveiller la réponse épidémiologique et rendre compte de celle-ci.

5.1.1 Préciser la composition de l'équipe de lutte contre les épidémies

Si votre pays dispose d'un comité de lutte contre les épidémies, il est conseillé d'établir le comité local sur le modèle du comité national. On mettra l'accent sur la nécessité d'adopter une approche multisectorielle. L'équipe sera composée comme suit:

Membres issus du secteur public:

- Médecin-administrateur de district
- Administrateur de district ou provincial du Programme élargi de vaccination (PEV)
- Responsables de la lutte contre la maladie pour des maladies ou affections prioritaires spécifiques
- Hygiéniste ou agent chargé de la santé publique au niveau du district
- Cliniciens
- Responsable du laboratoire de district ou de référence
- Agent de santé de district chargé de la supervision des agents de santé communautaire
- Responsable de la lutte antivectorielle
- Hommes politiques, administrateurs et autres hauts fonctionnaires ainsi que des représentants de la communauté
- Forces de sécurité.

Membres issus d'organisations non gouvernementales menant des activités sanitaires dans la région:

- Représentants de programmes de santé communautaire
- Administrateur d'un programme de proximité destiné à des populations spéciales
- Représentant de la Croix Rouge ou du Croissant Rouge
- Autres ONG.

Membres issus du secteur privé:

- Infirmier-administrateur ou responsable clinique principal d'un établissement privé: hôpital, clinique ou laboratoire
- Pharmaciens (officine, et laboratoire)

5.1.2 Préparer la riposte

Il se peut que dans votre district vous vous soyez déjà préparés à une riposte à l'épidémie. Si ce n'est pas le cas, il y a lieu d'évaluer les ressources disponibles et de prendre certaines dispositions pour le stockage de matériels destinés à des situations d'urgence. Chaque niveau devrait être prêt à mener une action de riposte : il veillera à rendre disponibles les ressources nécessaires.

5.2 Choisir le mode de riposte à l'épidémie ou au problème de santé publique

Lorsqu'une épidémie est confirmée ou qu'on a identifié la nécessité d'une action de santé publique, il faut examiner les résultats de l'investigation et les conclusions de l'analyse des données. Reportez-vous aux directives spécifiques aux maladies et choisissez des activités de riposte qui comprennent les éléments suivants:

- Mesures éprouvées visant à empêcher des décès ou des incapacités inutiles imputables à la cause spécifique du problème
- Série d'actions différentes visant à maîtriser le problème dans l'immédiat et à courte échéance et à réduire à long terme le risque de propagation par des mesures de prévention
- Participation de la communauté, des installations de soins et du personnel de district.

Voir la Section 8 pour les activités de riposte spécifiques aux maladies.

5.3 Planifier les activités de riposte à l'épidémie

Voir la Section 7.0 pour la riposte aux problèmes identifiés suite à l'analyse des données synthétiques communiquées chaque mois.

Envisagez les dispositions suivantes lorsque vous planifiez l'activité de riposte:

1. Si l'intervention d'urgence requiert un financement, établir des procédures pour l'obtenir. Demander, par exemple, au niveau

régional ou national de quelle manière il faut présenter une demande de fonds et quelles informations il y a lieu de fournir pour l'appuyer.

2. Si les échantillons sont recueillis dans un lieu reculé, mettre en place une procédure d'expédition en s'assurant que celle-ci permet:
 - De conserver les échantillons à la température recommandée
 - De les acheminer le plus rapidement possible jusqu'au laboratoire.
3. Identifier les zones ou les populations à haut risque pour la maladie. Passer en revue les données de l'analyse pour affiner la description des caractéristiques épidémiologiques. On cherchera à examiner au moins:
 - Le taux d'incidence de la maladie épidémique
 - L'ampleur des facteurs de risque pour cette maladie en analysant par exemple les résultats de l'investigation de cas pour rechercher les informations suivantes: pratiques d'accouchement peu sûres en cas d'épidémie de tétanos néonatal, pratiques alimentaires à risque dans le cas de la diarrhée et nombre de personnes ayant des activités en milieu forestier lors d'une flambée de fièvre jaune.
 - Le taux de couverture vaccinale pour la maladie épidémique en question.
4. Informer de l'épidémie les districts ou zones limitrophes. S'il y sévit une flambée similaire, coordonner les efforts de lutte, notamment pour:
 - Obtenir des fournitures et des ressources
 - Elaborer des messages et matériels d'éducation sanitaire
 - Mener des activités de vaccination d'urgence
 - Envoyer les échantillons au laboratoire de référence pour confirmation.

5. Vérifier les listes de ressources nécessaires établies par l'équipe de lutte contre les épidémies. Obtenir les fournitures d'urgence et les stocker au niveau local et du district.
6. Si les fournitures ne sont pas disponibles localement:
 - Contacter le bureau régional pour savoir où celles-ci peuvent être obtenues rapidement
 - Emprunter à d'autres services, programmes d'activité ou organisations non gouvernementales dans la région
 - Identifier des substituts à coût réduit
7. Assigner aux individus ou unités des responsabilités clairement définies pour la mise en oeuvre d'activités de riposte spécifiques.
8. Fournir des programmes de formation et des fournitures pour permettre au personnel de santé:
 - D'établir des comptes rendus détaillés des activités de riposte en tenant par exemple une fiche de pointage des individus vaccinés et des listes mentionnant les messages d'éducation communautaire, les canaux de communication, les dates des activités d'éducation communautaire, les personnes ayant reçu des moustiquaires.
 - D'analyser, tout au long de l'activité de riposte, les données relatives aux cas, à la confirmation en laboratoire et aux traitements
 - D'identifier les problèmes relatifs à l'exécution des activités et, si nécessaire, de modifier ces activités.

5.4 Mettre en oeuvre les activités de riposte

Pour les activités de riposte recommandées, on se reportera aux directives spécifiques aux maladies. Parmi les activités de riposte figurent les interventions suivantes:

- Renforcement de la prise en charge des cas
- Mise à niveau des compétences du personnel de santé
- Mise en oeuvre de campagnes de vaccination d'urgence

- Consolidation de la surveillance pendant l'activité de riposte
- Information et éducation de la communauté
- Amélioration de l'accès à l'eau potable
- Amélioration des pratiques d'évacuation des excréta de l'homme
- Amélioration des pratiques d'hygiène alimentaire
- Réduction de l'exposition aux moustiques
- Lutte antivectorielle
- Diffuser des directives techniques relatives à la riposte.

5.4.1 Renforcer la prise en charge des cas

Prenez des mesures pour appuyer l'adoption de pratiques cliniques améliorées, notamment:

- En vérifiant, en collaboration avec la formation sanitaire, si le personnel clinique connaît et utilise les protocoles recommandés pour la prise en charge des cas liés aux maladies épidémiques.
- En s'assurant que les cliniciens obtiennent confirmation de la maladie épidémique par le laboratoire, si cette maladie peut être confirmée de cette manière.
- En demandant, lors d'une épidémie importante, au médecin-administrateur de chaque formation d'identifier un lieu pouvant accueillir un nombre élevé de patients.
- Rendre disponibles et accessibles les médicaments nécessaires.

5.4.2 Mettre à niveau les compétences du personnel de santé

1. **Mettre à la disposition des agents de santé des directives claires et concises**
2. **Choisir les thèmes de recyclage à traiter lors des sessions de formation.** Mettez l'accent sur la prise en charge de la maladie visée en conformité avec les recommandations spécifiques aux maladies. Selon le risque de transmission de la maladie concernée, d'autres thèmes peuvent être abordés, notamment ceux-ci:

- Intensification des précautions standard (eau propre, lavage des mains et élimination sans risque des aiguilles)
- Traitement par méthodes de stérilisation et utilisation de vêtements de protection
- Précautions d'isolement
- Protocoles de traitement tels que l'administration de sels de réhydratation orale (SRO) et l'utilisation de liquides intraveineux
- Désinfection des surfaces, vêtements et équipements
- Manipulation sans risque des cadavres
- Obsèques sans risque.

3. Mettre en oeuvre des cours de formation. Dans une situation d'urgence, il n'y a généralement pas assez de temps pour organiser une formation conventionnelle. On fournira donc une formation en cours d'emploi ou individuelle, selon les besoins. Demandez, par exemple, à un clinicien qualifié d'effectuer des démonstrations individuelles au sein d'une unité de soins. Assurez-vous que le médecin ou le personnel infirmier qui dirige la formation a la possibilité d'observer les stagiaires mettant en pratique les nouvelles compétences.

5.4.3 Mener une activité de vaccination d'urgence

Si nécessaire, une activité de vaccination d'urgence sera menée en collaboration avec le district ou l'administrateur du programme national de PEV et de lutte contre la maladie. Commencez à planifier cette activité le plus rapidement possible car il faudra du temps pour obtenir et distribuer le vaccin. *Créez à l'avance un plan d'acquisition des stocks de vaccins d'urgence.*

1. Déterminez la population cible pour cette activité sur la base des résultats de l'enquête portant sur les cas et la flambée épidémique
2. Consultez les directives du programme PEV pour les recommandations spécifiques concernant l'administration du vaccin indiqué.

Une fiche de travail intitulée ‘Planifier une campagne de vaccination d’urgence’ figure à l’Annexe 24 à la fin de cette section.

A l’Annexe 25 ci-après est présentée une autre fiche de travail intitulée ‘Evaluer les stocks de vaccins pour les activités de vaccination’.

5.4.4 Renforcer la surveillance au cours des activités de riposte

Au cours d’une action de riposte, incitez le personnel de santé de toutes les formations sanitaires à être vigilants dans la surveillance de la maladie ou de l’affection. Assurez-vous que ces agents de santé :

- Recherchent d’autres personnes ayant contracté la maladie visée, les orientent vers la formation sanitaire ou les centres de soins pour traitement (pour le choléra, par exemple) ou placent la famille en quarantaine (pour la peste notamment) et prennent le patient en charge.
- Mettent à jour les listes descriptives des cas et suivent l’efficacité des activités de riposte à l’épidémie.

5.4.5 Informer et éduquer la communauté

Maintenir le public informé pour apaiser les craintes et encourager la coopération avec les personnes chargées de la riposte épidémiologique. On veillera également à élaborer des messages éducatifs visant à fournir à la communauté des informations sur les symptômes de la maladie, la manière de prévenir sa transmission et le moment où il faut chercher à obtenir un traitement. Des activités de communication avec la communauté doivent être entreprises dès qu’un problème épidémiologique ou de santé publique est identifié.

1. Déterminez **ce qu’il faut communiquer** en vous référant aux recommandations spécifiques aux maladies présentées dans la Section 8. Veillez à inclure les informations suivantes:
 - Signes et symptômes de la maladie
 - Comment traiter la maladie à domicile, si le traitement à domicile est recommandé

- Comportements préventifs applicables et susceptibles d'empêcher la transmission de la maladie
- Moment opportun pour une consultation dans une formation sanitaire à des fins d'évaluation et de traitement
- Recommandations concernant la vaccination, s'il y a lieu.

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

- Utilisent une terminologie locale
- Sont clairs et concis
- Sont culturellement appropriés
- S'appuient sur les traditions locales
- Prennent en compte les croyances relatives à la maladie.
- Messages clairs et concis

On trouvera à l'Annexe 27, à la fin de cette section, des exemples de messages pour l'éducation communautaire.

3. Choisissez des moyens de communication appropriés et disponibles dans le district. Par exemple:

- Radio
- Télévision
- Journaux
- Rencontres avec le personnel de santé, la communauté, les dirigeants religieux et politiques
- Affiches
- Brochures
- Présentations sur les marchés, dans les centres de soins et les écoles, parmi des groupes de femmes et autres associations communautaires, à l'intention des organisations prestataires de services et dans les centres religieux.

4. Diffusez des messages d'éducation sanitaire auprès des groupes communautaires et des organisations prestataires de services et demandez-leur de les disséminer au cours de leurs réunions.

5. Diffusez des messages d'éducation sanitaire auprès de responsables communautaires de bonne réputation et respectés et demandez-leur de les disséminer au sein de la collectivité.
6. Choisissez un chargé de liaison communautaire ou un membre du personnel de santé qui fera fonction de porte-parole auprès des médias. Dès que l'épidémie a été décelée:
 - Communiquez aux médias le nom du porte-parole et signalez que toutes les informations concernant la flambée épidémique seront communiquées par le biais de cette personne.
 - Ne diffusez l'information aux médias que par le biais du porte-parole pour vous assurer que la communauté reçoit des informations claires et cohérentes.
7. Rencontrez régulièrement le porte-parole communautaire pour lui donner:
 - Des informations fréquentes et à jour sur l'épidémie et les activités de riposte
 - Des messages sanitaires clairs et simples que les médias devraient utiliser tels quels
 - Des instructions claires quant à la nécessité de communiquer aux médias uniquement les informations et les messages d'éducation sanitaire provenant du Comité de lutte contre les épidémies.

5.4.6 Améliorer l'accès à l'eau potable

Assurez-vous que la communauté a accès à des quantités d'eau potable suffisantes pour la boisson et d'autres usages. Le tableau ci-après présente les besoins quotidiens en eau par personne dans des situations non épidémiques. En période d'épidémie, en particulier pendant les flambées de maladies diarrhéiques, les quantités requises sont beaucoup plus importantes.

Besoins quotidiens en eau par personne*		
	Dans une situation non épidémique	Pendant une flambée de maladie diarrhéique
A domicile	20 litres par jour	50 litres
Dans un établissement de soins	40 à 60 litres par jour	50 litres en salle d'hospitalisation 100 litres en chirurgie 10 litres en cuisine

* *Refugee Health : an approach to emergency situations*, Medecins sans frontieres, 1997
MacMillan

Les sources d'eau que les populations boivent sont les suivantes:

- Eau courante chlorée
- Sources d'eau exposées (rivière, mare ou puits ouvert).
- Sources d'eau protégées (par exemple, puits fermés avec couvercle)
- Eau bouillie provenant de n'importe quelle source fiable.

Si, pendant une épidémie, aucune source d'eau potable n'est disponible localement, on peut faire venir de l'eau par camion bien que cette mesure soit coûteuse et difficile à maintenir.

Pour vous assurer que les familles **disposent à domicile d'une eau de boisson saine**, fournissez:

- Une éducation communautaire sur la manière de conserver à domicile l'eau potable dans des conditions sûres.
- Des récipients qui empêcheront la contamination de l'eau, notamment des conteneurs à bec étroit dans lesquels il est impossible d'introduire la main.
- L'éloignement (30m au moins) entre les points de défécation et la source d'eau.

5.4.7 Assurer l'évacuation sans risque des excréta d'origine humaine

Pour s'assurer que les excréments d'origine humaine sont éliminés de manière sûre, il conviendra:

- D'affecter des équipes à l'inspection de certaines localités pour évaluer la sécurité des pratiques d'élimination: utilisation de latrines ou enfouissement à une distance de plus de 10 mètres de la source d'eau notamment.
- De fournir des informations à la communauté s'il s'avère que les pratiques utilisées comportent des risques et de faire construire des latrines adaptées aux conditions locales en coopération avec la communauté.
- De mener des activités d'éducation communautaire sur l'hygiène publique.

5.4.8 Améliorer les pratiques de manipulation des aliments

On s'assurera qu'à domicile, dans les restaurants, sur les marchés publics et dans les usines les aliments sont manipulés conformément aux règles d'hygiène. Se reporter aux normes et procédures de contrôle nationaux 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 communautaire 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 alimentaire, en attachant une attention particulière à la sûreté des pratiques, notamment le lavage des mains, la propreté et le respect des normes nationales.
- Fermer des restaurants, des marchés publics ou des usines si l'inspection révèle que les pratiques de manipulation des aliments présentent des risques.

- Si nécessaire, renforcer les contrôles nationaux.

5.4.9 Réduire l'exposition aux moustiques

Encouragez la prévention des maladies transmises par les moustiques en aidant les habitants de votre district à réduire l'exposition à ces insectes pendant la journée et la nuit. Travaillez avec le programme de lutte antipaludique de votre district pour:

- Mettre en oeuvre un programme visant à promouvoir l'utilisation de moustiquaires.
- Organiser un programme d'éducation communautaire sur l'utilisation correcte des moustiquaires et la manière d'éviter les piqûres de moustique entre le crépuscule et l'aube.

5.4.10 Lutter contre les vecteurs

Encouragez la prévention des maladies transmises par les rongeurs en aidant les habitants de votre district à réduire l'exposition à ces animaux qui peuvent avoir contracté la fièvre de Lassa ou être infestés de puces porteuses de la peste. Travaillez avec le responsable de la lutte antivectorielle de votre district pour encourager la communauté:

- A éviter tout contact avec le sang et la salive de rongeurs morts
- 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 désencombrées pour éviter que les rongeurs y nichent.

5.5 Préparer un rapport sur la flambée épidémique

Un rapport détaillé sur l'épidémie peut aider à prendre des dispositions pour contrer une prochaine flambée. Une fois l'épidémie maîtrisée, préparez un rapport qui comprendra les éléments suivants:

- Informations détaillées sur les activités de riposte, notamment les dates, lieux et participants pour 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.

- Changements éventuellement apportés aux activités de riposte initiales.
- Modifications recommandées pour améliorer les futures réponses aux épidémies. Suggérer, par exemple, de modifier la stratégie et le programme de vaccination afin de renforcer l'efficacité de cette activité. Ou encore proposer d'améliorer la procédure d'acheminement des échantillons pour qu'ils parviennent en bon état et plus rapidement au laboratoire de référence.
- Diffuser un rapport sur la flambée épidémique.

Annexes à la Section 5

- ANNEXE 22 Traiter les cas pendant une épidémie
- ANNEXE 23 Préparer des solutions de désinfectants à l'aide de divers produits chlorés
- ANNEXE 24 Planifier une campagne de vaccination d'urgence
- ANNEXE 25 Evaluer les stocks de vaccins pour les activités de vaccination
- ANNEXE 26 Pratiques de vaccination recommandées
- ANNEXE 27 Exemples de messages pour l'éducation communautaire
 - Lavage des mains
 - Manipulation sans risque des aliments
 - Evacuation sans risque des excréta d'origine humaine
 - Salubrité et conservation de l'eau de boisson
 - Ensevelissement sans risque des cadavres
 - Réduction de l'exposition aux moustiques

ANNEXE 22 Traitement de cas dans une situation épidémique

Utiliser les médicaments et traitements appropriés pour soigner les cas pendant une épidémie. Ci-dessous sont les traitements recommandés pour des épidémies de Choléra, Dysenterie, Rougeole et de Méningite bactérienne.

1. Traitement du Choléra dans une situation épidémique

Source: WHO guidelines for management of the patient with cholera, WHO/CDD/SER/91.15

1. Evaluer le niveau de déshydratation du patient. (Voir le guide d'évaluation ci-dessous).
2. Donner des fluides en accord avec les plans de traitement (Voir prochaine page.)
3. Collecter un prélèvement de selles des cinq premiers patients suspects examinés au centre de santé.
4. Donner un antibiotique par voie orale aux patients qui présentent une déshydratation sévère.

< Evaluer le niveau de déshydratation du patient	
\$ Evaluer la condition générale du patient: Est-il?:	léthargique ou inconscient? Agité et irritable?
\$ A-t-il les yeux enfoncés.	
\$ Offrir des fluides au patient. Est-ce que le patient?	N'arrive pas à boire ou boit mal? Boit rapidement, a soif?
\$ Pincer la peau de l'abdomen. Revient-elle en place?:	Très lentement (plus de 2 seconds)? Lentement?
< Décider si le patient est déshydraté: sévèrement, légèrement, ou pas du tout et puis donner des fluides selon le plan de traitement	
Si deux des signes suivants sont présents:	DESHYDRATATION SEVERE*
\$ léthargique or inconscient	Donner des fluides en cas de déshydratation sévère (Plan C)
\$ les yeux enfoncés	
\$ N'arrive pas à boire ou boit mal	
\$ peau pincée revient très lentement	
Si deux des signes suivants sont présents:	DESHYDRATATION LEGERE
\$ Agité et irritable	Donner des fluides en cas de déshydratation légère (Plan B)
\$ les yeux enfoncés	
\$ Boit rapidement, à soif	
\$ peau pincée revient lentement	
S'il n'y a pas assez de signes pour classer comme déshydratation sévère ou légère	PAS DE DESHYDRATION
	Donner des fluides et à manger pour traiter la diarrhée à domicile. (Plan A)
*Pour adultes et enfants âgés de plus de 5 ans, d'autres signes de déshydratation sévère sont "absence de pouls radial" et "hypotension".	

< Donner des antibiotiques recommandés pour le traitement de patients cholériques qui sont sévèrement déshydratés.		
Antibiotique	Enfants	Adultes
Doxycycline <i>une dose seulement</i>	–	300 mg ¹
Tetracycline <i>4 fois par jour pour 3 jours</i>	12.5 mg par kg	500 mg
Trimethoprim-sulfamethoxazole (TMP-SMX) <i>2 fois par jour pour 3 jours</i>	TMP 5 mg par kg et SMX 25 mg par kg ²	TMP 160 mg et SMX 800 mg
Furazolidone <i>4 fois par jour pour 3 jours</i>	1.25 mg par kg	100 mg ³
Erythromycin⁴ <i>adultes: 4 fois par jour pour 3 jours</i> <i>enfants: 3 fois par jour pour 3 jours</i>	10 mg par kg	250 mg

- \$ Si le patient vomit en buvant le fluide, attendre 10 minutes. Puis redonner au patient pour finir, mais plus doucement cette fois.
- \$ Continuer de suivre le patient et remplacer les fluides jusqu'à ce que la diarrhée s'arrête.
- \$ Quand le patient est prêt à partir de l'hôpital, lui expliquer comment traiter la diarrhée à domicile.
- \$ Prendre comme référence le guide technique de IMCI pour traiter les enfants de moins de 5 ans et le guide technique national pour plus d'information sur le traitement diarrhée aqueuse aiguë et du choléra confirmer.

¹Doxycycline est le choix de l'OMS comme antibiotique pour adultes (exceptés les femmes enceintes) par ce qu'il ne faut qu'une seule dose.

²TMP-SMX est le choix de l'OMS comme antibiotique pour enfants. Les Tétracyclines sont aussi efficaces, mais dans quelques pays, ils ne sont pas disponibles pour traitements pédiatriques.

³Furazolidone est le choix de l'OMS comme antibiotique pour les femmes enceintes.

⁴Erythromycine ou chloramphénicol peuvent être utilisés quand les autres antibiotiques recommandés ne sont pas disponibles, ou si *V. cholerae* présente des résistances à certains antibactériens.

< Plan A: Traiter la diarrhée à domicile

\$ Si le patient ne montre aucun signe de déshydratation lors de l'examen, il peut-être traité à domicile. Donner assez d'ORS pour un traitement de 2 jours et expliquer comment prendre la solution ORS en suivant le guide suivant:

AGE	Quantité de solution après chaque selle liquide	Donner assez d'ORS pour préparer:
jusqu'à 2 ans	50 to 100 ml après chaque selle liquide	500 ml par jour
de 2 ans à 10 ans	100 to 200 ml après chaque selle liquide	1000 ml par jour
plus de 10 ans	autant que le patient désire	2000 ml par jour

< Plan B: Traitement de déshydratation légère avec ORS

Dans la clinique, donner la dose recommandée de ORS pendant une période de quatre heures. Déterminer la quantité par rapport au poids du patient. Utiliser l'âge du patient seulement si le poids n'est pas connu.

< Déterminer la quantité d'ORS à donner dans les premières 4 heures						
AGE ou POIDS	Jusqu'à 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	plus de 14 ans
Poids en kg	< 6 kg	6 - < 10 kg	10 - < 12 kg	12 - < 19 kg	19 - 30 kg	30 kg ou plus
Donner cette dose ORS	200 - 400	400 - 700	700- 900	900 - 1400	1400 - 2200	2200 - 4000

\$ Si le patient désire plus d'ORS que ce qui est recommandé, le lui donner.

\$ Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner 100-200 ml d'eau propre en plus pendant cette période.

\$ Donner des petites gorgées fréquentes d'une tasse.

\$ Si le patient vomit en buvant le fluide, attendre 10 minutes. Puis redonner au patient pour finir, mais plus doucement cette fois.

\$ Pour les enfants qui sont nourris au sein, donner le sein à la demande.

\$ Evaluer les patients toutes les 1-2 heures pour assurer qu'ils prennent la dose d'ORS prescrite et pour surveiller la perte de fluides. Réévaluer complètement le niveau de déshydratation du patient après 4 heures, et puis suivre le plan de traitement correspondant **B** la classification de déshydratation du patient.

< Plan C: Traiter la déshydratation sévère rapidement

- Commencer à donner les fluides intraveineux immédiatement. Si le patient est un enfant et peut boire, donner l'ORS par voie orale en attendant que la voie veineuse soit prête. Donner 100 ml par kg de solution de Ringer lactate, diviser comme indiqué ci-dessous:

Pour Donner des fluides IV:		
Pour adultes (patients âgés d'au moins 1 an) , donner 100ml par kg IV en 3 heures comme indiqué:	Donner 30 ml par kg aussi rapidement que possible en 30 minutes	Puis, donner 70 ml par kg pendant les 2 heures et demi suivantes
Pour des patients âgés de moins de 1 an , donner 100 ml par kg IV en 6 heures comme indiqué:	Donner 30 ml par kg dans la première heure*	Puis, donner 70 ml par kg pendant les 5 heures suivantes

* Répéter une fois si le pouls radial est toujours très faible ou est non détectable après que la première dose de 30 ml par kg a été donnée.

- Réévaluer le patient après les premiers 30 ml par kg, et par la suite chaque 1 ou 2 heures. Si la déshydratation ne s'améliore pas, accélérer la voie intraveineuse.
- Donner aussi de l'ORS (à peu près 5 ml par kg par heure) dès que le patient peut boire. Après 3 to 4 heures pour les enfants et après 1 à 2 heures pour les patients âgés de plus d'un an.
- Réévaluer le patient après 6 heures (pour jeunes enfants) ou 3 heures (si le patient est âgé d'un an ou plus). Evaluer la déshydratation puis choisir le plan approprié (Plan A, Plan B, Plan C) pour continuer le traitement.
- Donner l'antibiotique recommandé pour traitement des déshydrations sévères chez les malades atteints de choléra. (Voir le guide sur la prochaine page.)
- Donner au patient de l'information sur le traitement à domicile avant qu'il ne parte de l'hospital.
 - En cas de vomissement lors de la prise d'ORS, attendre 10 minutes. Puis redonner au patient pour finir la dose, mais plus doucement cette fois.
 - Continuer la nourriture au sein des nourrissons et des jeunes enfants.
 - Revenir pour un traitement dès l'apparition de :

- ? nombre croissant de selles liquides
- ? boit et mange mal
- ? soif marquée
- ? vomissements répétés
- ? fièvre
- ? sang dans les selles.

2. Donner l'antibiotique par voie orale approprié pour une épidémie de diarrhée sanglante causée par la bactérie *Shigella dysenteriae* type 1.

Source: WHO Guidelines for the control of epidemics due to *S. dysenteriae* type 1, 1995

	ACIDE NALIDIXIQUE <Donner quatre fois par jour pendant 5 jours	CIPROFLOXACIN <Donner deux fois par jour pendant 5 jours	COTRIMOXAZOLE (trimethoprim + sulphamethoxazole) <Donner deux fois par jour pendant 5 jours		
POIDS	COMPRIME 250 mg	COMPRIME 250 mg	COMPRIME ADULTE 80 mg trimethoprim + 400 mg sulphamethoxazole	COMPRIME PEDIATRIQUE 20 mg trimethoprim + 100 mg sulphamethoxazole	SIROP 40 mg trimethoprim + 200 mg sulphamethoxazole par 5 ml
Dose Enfant					
3 - 5 kg	1/4	1/4	1/4	2	5.0 ml
6 - 9 kg	1/2	1/2	1/2		
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	Comprimé 250 mg	Comprimé 250 mg	Comprimé 160 mg TMP + 800 mg SMX		
	4 Comprimés	4 Comprimés	2 Comprimés		

3. Donner de la vitamine A aux enfants qui ont la Rougeole

Source: WHO guidelines for epidemic preparedness and response to measles outbreaks, WHO/CDS/CSR/ISR/99.1

\$ Donner la première dose au centre de santé ou à la clinique.

\$ Donner la prochaine dose à la mère pour qu'elle la donne à l'enfant le lendemain.

AGE	Capsules de Vitamine A		
	200 000 IU	100 000 IU	50 000 IU
jusqu'à 6 mois		½ capsule	1 capsule
de 6 mois à 12 mois	½ capsule	1 capsule	2 capsules
12 mois à 5 ans	1 capsule	2 capsules	4 capsules

4. Donner l'antibiotique approprié pour une méningite bactérienne pendant une épidémie

Source: *Control of epidemic-prone meningococcal disease, WHO practical guidelines, 2nd edition 1998, WHO/EMC/BAC/98.3*

1. Recevoir le patient au centre de santé pour le diagnostic et le traitement.
2. Commencer un traitement antibiotique immédiatement. Chloramphénicol huileux par voie intramusculaire est le meilleur choix pendant une épidémie. Il est très efficace et une seule dose suffit la plus part du temps. Si le traitement injectable n'est pas disponible, donner de l'amoxicilline ou de la contrimoxazole par voie orale ou bien traiter avec un antimicrobien recommandé par le guide technique national pour le traitement de méningite.
3. L'isolation du malade n'est pas nécessaire. Fournir de bons soins de support et simplifier la surveillance des cas.

Donner une seule dose de chloramphénicol

AGE	CHLORAMPHENICOL HUILEUX INTRAMUSCULAIRE < 100 mg par kg dans une seule dose Si le malade ne guéri pas, donner une seconde dose 24 à 48 heures plus tard.	
	Dose en grammes	Dose en millilitres
Adulte: au moins 15 ans	3.0 g	12 ml
Enfant: 10 à 14 ans	2.5 g	10 ml
6 à 9 ans	2.0 g	8 ml
3 à 5 ans	1.5 g	6 ml
1 à 2 ans	1.0 g	4 ml
2 à 11 mois	0.5 g	2 ml
1 à 8 semaines	0.25 g	1 ml

Voir la prochaine page pour d'autres antibiotiques recommandés.

< **Autres antibiotiques recommandés pour traiter une méningite**

Agent	Route	Dose pour adultes	Dose pour enfants	Durée du traitement
Penicillin G	IV	3-4 MU toutes les 4-6 heures, par jour	400 000 Unités par kg	4 jours
Ampicilline or Amoxicillin	IV	2-3 g toutes les 6 heures, par jour	250 mg par kg	4 jours
Amoxicillin	Orale	2-3 g toutes les 6 heures	250 mg par kg	4 jours
Chloramphénicol	IV	1g toutes les 8-12 heures	100 mg par kg	4 jours
Chloramphénicol (huileux)	IM	une seule dose 3 g	une seule dose - 100 mg par kg	1-2 jours
Cefotaxime	IV	2 g toutes les 6 heures	250 mg par kg	4 jours
Ceftriaxone	IV	1-2 g pendant 12-24 heures	50-80 mg par kg	4 jours
Ceftriaxone	IM	1-2 g une seule dose	50-80 mg par kg	1-2 jours

ANNEXE 23 Préparer des solutions de désinfectants à l'aide de divers produits chlorés

Dans le cadre de la riposte à une épidémie de maladie transmise par contact direct avec des liquides corporels infectés (sang, urine, selles, sperme, expectoration par exemple), un système peu coûteux basé sur un désinfectant ménager ordinaire peut être mis en place. Dans le tableau ci-après nous expliquons comment préparer des solutions chlorées à 1:10 et 1:100 à partir d'un désinfectant ménager et d'autres produits chlorés.

Produit chloré à utiliser	Pour préparer une solution à 1:10 servant à désinfecter - les excréments - les cadavres - les liquides corporels infectieux répandus	Pour préparer une solution à 1:100 servant à désinfecter: - les mains gantées - les mains et la peau nues - les sols - les vêtements - les équipements - la literie
Désinfectant ménager contenant 5% de chlore actif	1 litre de désinfectant 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
Poudre ou granules d'hypochlorite de calcium à 70% (HTH)	7 grammes ou ½ cuillerée à soupe pour 1 litre d'eau	7 grammes ou ½ cuillerée à soupe pour 10 litres d'eau
Désinfectant ménager contenant 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 au phénol à 1 - 2%
- désinfecter rapidement et à fond les vêtements du patient:
 - laver les vêtements au savon et à l'eau
 - faire bouillir ou laisser tremper dans une solution désinfectante
 - laisser sécher au soleil
 - laver les ustensiles à l'eau bouillante ou avec une solution désinfectante
 - ne pas laver les articles contaminés dans des rivières ou des mares utilisées pour l'eau de boisson ou près d'un puits.

ANNEXE 24 Planifier une campagne de vaccination d'urgence

1. Préciser la population visée par l'activité d'immunisation.
2. Evaluer les quantités nécessaires de vaccin, de diluant et de fournitures telles que seringues, aiguilles stériles et boîtes de sûreté (voir fiche de travail à l'Annexe 3).
3. Choisir les sites de vaccination et en informer les populations.
 - Identifier, en coordination avec le responsable du PEV ou du programme de lutte contre la maladie dans le district, les sites propices à la mise en oeuvre de l'activité de vaccination.
 - Identifier les formations sanitaires qui pourront prendre part à l'activité de vaccination.
 - Identifier, au besoin, une équipe mobile de vaccination.
 - Déterminer si certaines zones sont difficilement accessibles (un camp temporaire de travailleurs par exemple) et former une équipe mobile de vaccination pour les atteindre.
 - Contacter les formations sanitaires et prendre des rendez-vous pour les vaccinations au niveau des sites de vaccination.
4. Contacter le niveau national pour obtenir les vaccins. S'il n'y a pas de stock national de réserve, le responsable national du PEV demandera à l'OMS un approvisionnement d'urgence.
5. S'assurer que les capacités sont suffisantes pour stocker des quantités de vaccin supplémentaires pendant le stockage et le transport jusqu'au site de vaccination.
6. Former les équipes de vaccinateurs. Pour 100 à 150 personnes à vacciner sur le site, on prévoira le personnel suivant:
 - 1 à 2 vaccinateurs pour effectuer les vaccinations
 - 1 personne chargée de l'enregistrement sur les cartes de vaccination
 - des bénévoles pour vérifier l'âge et l'état vaccinal.
7. En collaboration avec le responsable PEV 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 transfert de l'équipe jusqu'au site et à partir de celui-ci
 - Réserver des véhicules et prévoir le carburant et autres frais
 - Evaluer le coût des per diem et 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

5. Pour obtenir le nombre total de flacons de vaccin à commander, divisez le nombre total de doses estimé par le nombre de doses contenues dans un flacon (généralement mentionné sur l'étiquette).

$$\frac{\text{Nombre total de doses estimées}}{\text{Doses par ampoule}} = \frac{\text{Nombre total d'ampoules requis}}$$

6. Si le vaccin nécessite un diluant, multipliez le nombre de millilitres de diluant par ampoule par le nombre total d'ampoules requis.

$$\frac{\text{Diluant requis par ampoule}}{\text{Nombre total d'ampoules}} = \frac{\text{Quantité totale de diluant à commander}}$$

7. Estimez le nombre d'aiguilles et seringues stériles nécessaires pour réaliser l'activité. Si vous utilisez des aiguilles et seringues à usage unique, la quantité à commander est la même que pour le nombre estimé de doses (voir 4e étape).
8. Seringues de dilution nécessaires pour la préparation du vaccin.

Source :

Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication, World Health Organization, Geneva 1997.

District guidelines for yellow fever surveillance, Division of Emerging and Other Communicable Diseases Surveillance and Control. World Health Organization, Geneva 1998.

ANNEXE 26 Pratiques de vaccination recommandées

En collaboration avec votre représentant PEV, organisez un cours de recyclage à l'intention des équipes de vaccinateurs qui mèneront l'activité de vaccination d'urgence. Assurez-vous que ces équipes connaissent au moins les étapes suivantes:

1. Reconstituer correctement le vaccin:
 - déterminer la quantité de diluant nécessaire pour reconstituer le vaccin lyophilisé
 - utiliser une seringue et une aiguille stériles
 - tirer et évacuer le diluant plusieurs fois dans la fiole contenant le vaccin.
2. Envelopper la fiole dans du papier aluminium ou la couvrir avec un morceau de tissu foncé pour la protéger du soleil.
3. Sur le terrain, protéger le vaccin et le diluant de toute contamination. Couvrir la fiole ouverte avec du papier aluminium pour éviter les impuretés et les mouches.
4. Placer immédiatement le vaccin dans un récipient contenant de la glace ou le poser sur un paquet de glace. Garder la glace et les vaccins à l'ombre.
5. A la fin de la séance, ne pas jeter le reste de vaccin reconstitué : appliquer la politique de rentabilisation des flacons entamés.
6. Pour chaque personne vaccinée, enregistrer la dose sur une carte de vaccination si la politique nationale stipule que les personnes vaccinées doivent être munies d'une carte.
7. Rassembler des données pour contrôler l'activité. Par exemple, enregistrer sur une fiche de pointage le nombre de doses administrées de manière à pouvoir calculer la couverture de la campagne.
8. Rappeler aux agents de santé qu'il existe un risque de contracter des maladies transmises par le sang à la suite d'une piqûre d'aiguille accidentelle. Passer en revue les pratiques sûres de manipulation et d'élimination des instruments tranchants et des aiguilles.
9. Organiser l'enlèvement sans risque, à la fin de l'activité, des matériels d'injection utilisés. Ces fournitures peuvent être brûlées ou enterrées dans un trou.
10. Technique vaccinale à utiliser. Rappeler aux agents la nécessité de planifier les vaccins.
11. Appliquer la politique des flacons entamés.

ANNEXE 27 Exemples de messages pour l'éducation communautaire

Améliorer le lavage des mains

Le moyen le plus efficace d'éviter la transmission de certains organismes provoquant des maladies infectieuses est probablement de se laver les mains avec du savon. Il est donc important d'encourager chaque famille à observer cette pratique, en particulier après avoir déféqué, après avoir lavé un enfant qui a déféqué, après s'être débarrassé des selles d'un enfant, avant de préparer ou de manipuler des aliments et avant et après le repas.

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 lavage de l'eau de boisson. 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.

ETES-VOUS A L'ABRI DE LA DYSENTERIE (diarrhée sanglante)?

En vous lavant les mains, vous vous protégez, vous-même et les autres, de cette maladie.

Lavez-vous ***toujours*** les mains:

- après avoir déféqué
- après avoir lavé un enfant qui a déféqué
- après vous être débarrassé des selles d'un enfant
- avant de manger et après le repas
- avant de préparer ou de manipuler des aliments

ETES-VOUS PRET A VOUS LAVER LES MAINS?

Avez-vous

- de l'eau propre
- du savon (si vous n'en avez pas, utilisez des cendres pour vous nettoyer les mains)
- un linge propre pour les essuyer

Manipulation sûre des aliments

Encouragez les pratiques de salubrité alimentaire suivantes:

- Ne pas manger d'aliments crus, à l'exception des fruits et légumes en bon état qui sont pelés et consommés immédiatement
- Cuire les aliments de manière à ce qu'ils soient totalement chauds
- Consommer les aliments quand ils sont encore chauds ou les réchauffer avant de manger
- Laver et bien laisser sécher 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
- Bien se laver les mains avec du savon avant de préparer la nourriture
- Protéger les aliments des mouches à l'aide d'un filet à mouches.

VOTRE PREPARATION DES ALIMENTS EST-ELLE SANS RISQUES?

La cuisson tue les germes

- Cuisez à fond les viandes, poissons et légumes
- Mangez les viandes, poissons et légumes cuits quand ils sont encore chauds

La propreté protège contre la maladie

- Lavez-vous les *mains* avant de préparer ou de servir les aliments
- Lavez vos *plats et ustensiles* avec du savon et de l'eau propre
- Lavez surtout à fond et avec du savon votre *planche à couper*

L'épluchage protège contre la maladie

- Mangez uniquement des fruits qui ont été fraîchement pelés (bananes et oranges par exemple)

UNE REGLE D'OR: CUISINEZ-LE, PELEZ-LE SINON N'Y TOUCHEZ PAS

Evacuation sans risque des excréta de l'homme

Une haute priorité sera accordée à l'élimination sans risque des excréments à tous moments et en particulier pendant les épidémies de diarrhée. A cet effet, des systèmes sanitaires adaptés aux conditions locales devront être construits en coopération avec la communauté.

Les messages communautaires mettront l'accent sur les pratiques suivantes:

- Chacun, y compris les enfants, doit utiliser correctement les latrines
- Les excréments des enfants doivent être transférés dans les latrines à l'aide d'une pelle ou enterrés dans un trou
- Il faut éviter de déféquer sur le sol ou dans la source d'approvisionnement en eau ou à proximité de celle-ci.

On s'assurera également que l'élimination des excréta ne présente pas de risque pour la santé lors d'importants rassemblements publics, notamment à l'occasion de foires, funérailles ou festivals religieux. S'il n'y a pas de latrines, il faut indiquer les endroits de défécation et fournir une pelle pour y enterrer les excréments.

ETES-VOUS PROTEGE CONTRE LA DYSENTERIE (diarrhée sanglante)? UTILISEZ-VOUS DES TOILETTES OU DES LATRINES?

Les germes qui provoquent la dysenterie vivent dans les matières fécales. Même une personne en bonne santé peut être porteuse des germes de cette maladie.

- *Utilisez toujours* des toilettes ou des latrines. Si vous n'en avez pas, construisez-en une!
- Tenez les toilettes ou les latrines *propre*
- *Lavez-vous les mains* avec du savon (ou des cendres) et de l'eau propre après avoir utilisé les toilettes ou les latrines.

PENSEZ A LA PROPRETE: UTILISEZ DES TOILETTES OU DES LATRINES

Salubrité et conservation de l'eau de boisson

• Approvisionnement en eau potable et conservation dans la communauté

1. *Eau courante.* Pour être potable, l'eau courante doit être correctement traitée au chlore. Pour éviter que l'eau de la nappe phréatique pénètre dans les conduites, réparez les joints qui fuient et maintiennent une pression constante dans le système.
2. *Source d'eau exposée* (rivière, mare ou puits ouvert sans margelle). Si ces sources sont utilisées pour l'eau de boisson, protégez-les lorsque cela est possible de toute contamination par les hommes et les animaux. Creusez des rigoles d'écoulement pour éviter que l'eau de pluie ou d'autres eaux de surface altèrent la source d'eau potable. Toute défécation sera interdite dans un périmètre de 10 mètres autour de la source d'eau et doit se faire en contrebas ou en aval de celle-ci.
3. *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.
4. *Par camion.* Si l'eau disponible localement risque d'être contaminée, l'eau de boisson doit être fournie par camions-citernes ou transportée dans des bidons si elle a été correctement chlorée et si le ravitaillement peut être régulier. Cependant, cette forme d'approvisionnement coûte cher et est 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 à domicile

Lorsque la salubrité de l'eau de boisson est incertaine, il y a lieu de chlorer ou de faire bouillir l'eau à domicile.

Pour empêcher toute contamination, les familles conserveront 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 qu'une main puisse y être insérée. L'eau en est extraite par versage ou à l'aide d'un robinet.

L'eau utilisée pour les toilettes, la lessive et à des fins autres que la boisson peut ne pas être traitée et se conserve séparément.

Manipulation sans risque des cadavres

Les liquides corporels des personnes décédées à la suite de choléra ou d'une fièvre hémorragique virale demeurent infectieux. Soyez extrêmement prudents lorsque vous préparez les corps de patients suspectés d'avoir été atteints de choléra ou de fièvre hémorragique virale.

- 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

Réduire l'exposition aux moustiques

Protection personnelle

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">• Utilisez des insecticides• Utilisez des moustiquaires (si possible imprégnées d'insecticide)• Enfoncez le bord inférieur de la moustiquaire sous la literie |
|---|

Section 6

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
- Produire des bulletins, des fiches et des rapports de district.

6.0 Fournir des informations en retour

Très souvent, les formations 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.

Lorsque les administrateurs de district ou nationaux reçoivent des données, ils devraient 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 d'une réunion mensuelle du personnel.

Dans cette section nous nous pencherons sur le retour d'information au niveau du district, mais les procédures recommandées peuvent également être appliquées dans les installations de soins et au niveau national.

6.1 Rédiger un rapport sur la riposte épidémiologique

Après avoir mené des actions de riposte pour combattre l'épidémie, le personnel de district qui a dirigé l'enquête doit préparer un rapport (ci-joint en annexe, un exemple de canevas recommandé pour ce rapport). Une copie de ce rapport pourra être utilisée pour la rétro information à l'intention des niveaux sanitaires qui ont en premier lieu notifié les cas.

6.2 Créer des fiches d'information récapitulatives

Ce type de fiche est un rapport présentant les données et leur interprétation sous forme de tableau ou de graphique. Par exemple:

- Lors d'une réunion du personnel ou d'une visite de supervision, présentez un rapport ou des commentaires sur les données notifiées par la formation sanitaire pendant une période de temps déterminée. Représentez les données sous la forme d'un tableau simple. Montrez-les au personnel de santé et discutez avec eux des conclusions que l'on peut en tirer. Envisagez des conclusions non seulement pour l'établissement mais aussi pour l'ensemble du district.
- Sur une feuille séparée, présentez un tableau montrant la différence entre les données transmises pour cette période et celles communiquées pour une autre période ou population cible. Montrez, par exemple, le nombre de cas de diarrhée déshydratante chez les enfants de moins de 5 ans recensés l'an dernier au cours de la même période. Comparez ces chiffres avec ceux couvrant une période correspondante pendant l'année en cours, par exemple après la mise en oeuvre d'un projet de réservoir d'eau dans une zone à haut risque.
- Utilisez les fiches récapitulatives pour appuyer les demandes de fonds, de fournitures et de ressources supplémentaires introduites auprès des niveaux supérieurs.

6.3 Créer et diffuser un bulletin de santé publique

Dans de nombreux pays ou régions internationales, le niveau national ou la région publie régulièrement un bulletin de santé publique. Ces lettres d'information s'adressent à un public plus large que le personnel de santé d'un district ou d'une formation sanitaire spécifique. Elles sont généralement courtes (2 à 8 pages).

Les bulletins contiennent 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.

Si un bulletin national de santé publique est envoyé au bureau de district, exposez-le de manière à ce qu'il puisse être consulté par d'autres personnes. Faites-en plusieurs copies que vous distribuerez au personnel des établissements sanitaires. Emportez un exemplaire du bulletin lors de votre prochaine visite d'inspection pour montrer au personnel de santé que les données qu'il communique contribuent à améliorer la santé de la population.

6.4 Créer un bulletin de district

L'objectif d'un bulletin de santé publique est de présenter les faits sous un format et dans des délais réduits. Cette lettre d'information ne décrira pas en détail les leçons tirées d'une flambée épidémique et ne s'attardera pas sur des exemples spécifiques d'une campagne antipaludique. Elle servira à informer et à motiver les agents de santé. Le public visé pourrait être le personnel de santé du district ou de la région. Cette publication de 2 à 4 pages est produite de manière simple avec un texte tapé sur ordinateur ou à la machine.

Voici quelques exemples d'articles pouvant figurer dans un bulletin d'information:

- Synthèse des données nationales ou de district pour une maladie prioritaire spécifique
- Etat d'avancement d'activités visant à atteindre un objectif de santé publique particulier
- Reportage sur une intervention de santé publique spécifique exécutée par un ou plusieurs agents de santé
- Description d'événements ou d'activités spéciales (par exemple, changement du jour de marché)

6.5 Créer des fiches d'information

Ces fiches présentent des résumés succincts sur 1 ou 2 page(s). Préparées par le personnel de santé à l'intention du grand public, elles traitent généralement d'un seul sujet ou ne contiennent pas plus d'un message. Par exemple, le district souhaite donner à la communauté des informations sur une flambée de shigellose. La fiche présentera, outre un tableau indiquant le nombre de cas et décès, les étapes à suivre pour le lavage des mains et la préparation sans risque des aliments. Ces publications peuvent être présentées sur un tableau d'affichage ou distribuées à des associations communautaires qui planifient des campagnes d'éducation sanitaire.

D'autres méthodes de rétro-information peuvent être utilisées, notamment celles-ci:

- Discussions avec le personnel ou envoi de courrier électronique à son attention
- Directives et manuels techniques
- Rapports d'information
- Matériels d'éducation sanitaire
- Rapports oraux.

Annexe à la Section 6

- ANNEXE 28 Modèle de plan de rapport d'enquête épidémiologique

ANNEXE 28 Modèle de plan de rapport d'enquête épidémiologique

Titre/Description (inclure la maladie/affection investiguée)

Période

Lieu (Villages, Quartier, District, Province)

Résumé d'orientation

Introduction:

Historique:

Raisons de l'investigation
(importance en santé publique,
seuil atteint, etc.)

Objectifs spécifiques de
l'investigation et préparation
de la riposte à l'épidémie:

Méthodes

Dates de l'investigation:

Site(s) d'investigation (formation
sanitaires, villages, autres):

Recherche de cas (indiquer ce qui a été fait
concernant la recherche de cas, ex., examens
des registres médicaux, investigation de
proximité, alerte des autres formations
sanitaires, autres)

Spécimens de laboratoire collectés:

Décrire la riposte et l'intervention
(donner les dates):

Résultats

Date et localisation du premier cas connu (cas indice):

Date et formation sanitaire du premier
cas vu par le système de santé.

Résultats d'une recherche supplémentaire de cas:

Résultats de laboratoire et analyse de données:

Décrire les caractéristiques des résultats dans le temps, le
lieu, et les personnes

Pour les résultats détaillés par caractéristiques de temps
(courbe EPI), de lieu (carte), et de personnes (tableau) et
listes linéaires voir annexe.

Résultats de la Riposte et preuves
de l'impact.

Modèle de Plan de Rapport d'Epidémie du District/suite

Résultats (suite)

Auto-évaluation de la promptitude et la qualité de détection de l'épidémie, de l'investigation, et de la riposte

Détection de l'épidémie:

- Intervalle entre le début du cas indice (ou apparition d'un groupe de cas inhabituels au niveau de la communauté) [date 1] à l'arrivée du premier cas dans la formation sanitaire [date 2] (cible: <3 jours):

Date 1	Date 2	Intervalle
--------	--------	------------

- Intervalle entre le premier cas vu à la formation sanitaire (ou date de dépassement du seuil épidémique à la formation sanitaire) [date 1] et la notification à l'équipe de santé du district [date 2] (Cible: dans 24 heures):

Date 1	Date 2	Intervalle
--------	--------	------------

- Intervalle cumulatif entre le début du cas indice (ou apparition d'un groupe des cas inhabituels dans la communauté ou la formation sanitaire) [date 1] de la notification au district [date 2] (Cible: <7 jours):

Date 1	Date 2	Intervalle
--------	--------	------------

Investigation de l'épidémie:

- Fiche des cas/listes complètes des patients? Oui Non - échantillons prélevés pour le labo (en cas de besoin)? Oui Non

- Intervalle entre la notification du district [date 1] et l'investigation du district sur le terrain [date 2] (Cible: dans 48 heures)

Date 1	Date 2	Intervalle
--------	--------	------------

- Intervalle entre l'envoi des spécimens au labo [date 1] et la réception des résultats par le district [date 2] (Cible: 3-7 jours, en liaison avec le type de test)

Date 1	Date 2	Intervalle
--------	--------	------------

Riposte à l'épidémie:

- Intervalle entre notification de l'épidémie au district [date 1] et réponse concrète du district [date 2] (Cible: Dans les 48 heures qui suivent la notification)

Date 1	Date 2	Intervalle
--------	--------	------------

Evaluation et Retro - Information:

- Intervalle entre la fin de l'épidémie [date 1] et la finalisation du rapport de l'épidémie avec les fiches/listes linéaires envoyées au niveau national [date 2] (cible: 2 semaines)

Date 1	Date 2	Intervalle
--------	--------	------------

Le comité de gestion de l'épidémie s'est réuni? Oui Non

La Retro-Information a-t-elle été faite à la formation sanitaire et à la communauté? Oui Non

Méthode utilisée pour l'information en retour

Le comité de gestion de l'épidémie s'est réuni?
Autres aspects, évaluation:

Interprétations, discussion, et conclusions:

Actions de santé publique recommandées: Commentaires à différents niveaux: communauté, Formation sanitaire, district, partenaires, province, et national

Président du Comité de District sur les Epidémies: _____

Nom

Signature

Médecin Chef du District: _____

Nom

Signature

Date du rapport: _____

Section 7

Evaluer et améliorer la surveillance et la riposte

Dans cette section nous expliquerons comment:

- Contrôler la qualité des activités de surveillance au niveau du district
- Notifier la ponctualité et l'exhaustivité aux autres niveaux
Identifier les objectifs et les indicateurs
- Superviser les activités de surveillance et de riposte
- Prendre des mesures visant à améliorer la surveillance dans le cadre du plan de l'année suivante.

7.0 Evaluer et améliorer la surveillance et la riposte

Dans la Section 3 du présent guide technique il est décrit comment chaque mois le personnel de santé responsable de la surveillance au niveau des formations sanitaires et du district passe en revue et analyse les données notifiées au cours du mois écoulé. Tous les mois ces responsables évaluent la ponctualité (promptitude) et l'exhaustivité (complétude) de la notification et le déroulement des activités systématiques de prévention et de lutte de manière à ce que le district puisse prendre des mesures adéquates lorsqu'un problème est détecté.

Les mêmes renseignements peuvent aussi être utilisés pour contrôler et évaluer la qualité de la notification des maladies à déclaration immédiate, des enquêtes épidémiologiques, des ripostes et de la notification systématique des données synthétiques

Remarque - L'évaluation des enquêtes et ripostes épidémiologiques est étudiée dans la Section 5.5.

Dès que des améliorations ont été apportées au système de surveillance des maladies dans votre district et que les nouvelles activités sont devenues systématiques, procédez à une évaluation annuelle du système. Au cours de cet exercice de bilan, déterminez

- Si les objectifs de surveillance ont été atteints
- Si les données de surveillance sont utilisées pour l'action sanitaire
- Si la surveillance améliorée a eu un impact sur les événements sanitaires dans le district

Dans cette section nous décrirons comment contrôler systématiquement et évaluer annuellement la performance du système de surveillance et des programmes de lutte et de prévention spécifiques aux maladies.

7.1 Contrôler la qualité du système de surveillance

Pour l'évaluation du système de surveillance, l'un des principaux indicateurs de qualité est le degré de ponctualité et d'exhaustivité. Lorsque les rapports sont envoyés et reçus à temps, la probabilité de mener des interventions rapides et efficaces est plus forte. L'indicateur d'exhaustivité

détermine si toutes les unités déclarantes ont communiqué leurs données comme prévu. Si les rapports parviennent en retard ou ne sont pas transmis, l'information agrégée pour le district (ou une autre zone administrative) ne sera pas exacte. Des flambées épidémiques peuvent alors passer inaperçues et d'autres occasions d'intervention face à des problèmes identifiés ne pourront être mises à profit.

7.1.1 Suivre et évaluer la détection des maladies immédiatement notifiables

Il faut contrôler et évaluer l'intervalle de temps écoulé entre l'apparition du premier cas connu et le moment où ce cas initial a été vu dans la formation sanitaire. Ce délai à l'utilisation des services de santé est un des facteurs-clés de l'évolution de la maladie, donc du pronostic.

Il faut aussi contrôler le temps que met la communauté pour rapporter à la formation sanitaire (dans les 48 heures qui suivent le début de la maladie), et celui que la formation sanitaire prend pour rapporter au district. Il faut aussi mesurer l'intervalle entre le moment où le seuil épidémique ou d'action a été franchi et la mise en oeuvre d'une intervention concrète.

7.1.2 Suivre 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 rapports. A cet effet, il est conseillé d'utiliser au niveau du district un outil de contrôle, tel qu'un registre des rapports reçus. A la fin de cette section (Annexe 29) nous présentons un modèle de formulaire pour l'enregistrement de la ponctualité des déclarations.

Si vous enregistrez et observez systématiquement les dates de réception des rapports, vous pourrez, tous les mois, évaluer facilement l'efficacité du système au cours de l'analyse des données relatives à la surveillance de routine et par cas. Utilisez, par exemple, le registre des rapports reçus pour

- Déterminer le nombre d'unités déclarantes ayant fait rapport pendant une période donnée
- Identifier les unités déclarantes qui ont transmis leur notification

- Évaluer le nombre de rapports soumis à temps.

7.1.3 Identifier les problèmes et prendre des mesures

Si l'opération de contrôle révèle qu'une formation sanitaire ou une autre unité déclarante n'a pas remis de rapport ou si le rapport n'est pas soumis en temps voulu, prenez contact avec le responsable de la surveillance au sein de l'établissement. En collaboration avec le personnel compétent, déterminez la cause du problème et, ensemble, élaborer des solutions. Vérifiez, par exemple, si le personnel de santé dispose d'un stock de formulaires de déclaration suffisant. Il se peut également qu'une personne nouvellement recrutée dans l'établissement ne connaisse pas la procédure de notification ou que le personnel ne soit pas encouragé à envoyer les rapports par ce qu'il ne saisit pas leur importance et ne dispose pas de moyens d'action.

En collaboration avec l'unité déclarante, élaborer des stratégies visant à améliorer la situation. Expliquez que lorsque l'information est complète, le district peut aider plus efficacement le personnel sanitaire à planifier les ripostes et à les mettre en oeuvre. Par exemple, si le problème est dû à un manque de ressources, le district peut s'appuyer sur les informations fournies dans les notifications pour sensibiliser les niveaux supérieurs du système.

7.1.4 Notifier la ponctualité et l'exhaustivité aux autres niveaux

Lorsque vous envoyez un rapport de routine sur le nombre de cas recensés à l'attention des niveaux district, provincial, régional ou national, joignez-y les données relatives à la ponctualité et à l'exhaustivité pour permettre aux autres 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 faudrait aussi qu'il donne des informations sur le nombre de formations sanitaires ayant remis une déclaration. Pour les autres niveaux qui évalueront les données, il importe de savoir si ces deux cas proviennent de rapports de seulement 20% ou de 100% des unités déclarantes.

7.1.5 Identifier les objectifs et les indicateurs

L'utilisation d'indicateurs permet d'évaluer les performances d'un programme ou d'une activité. Les résultats obtenus sont comparés aux pratiques de qualité standard généralement recommandées et, grâce à cette méthode, il est également possible de mesurer les progrès accomplis en vue d'atteindre l'objectif général d'un programme. Par exemple, un district peut s'être fixé comme objectif 100% d'exhaustivité dans les notifications soumises à une certaine échéance. Un indicateur peut être élaboré pour mesurer la proportion ou le pourcentage des structures soumettant leurs déclarations. Cette proportion est ensuite mise en rapport avec le but ou l'objectif recherché et servira à évaluer les progrès réalisés et, par conséquent, la qualité du service ou de l'activité.

Dressez une liste des indicateurs qui pourraient être utilisés dans le district. Ceux-ci pourront être liés à des objectifs et indicateurs nationaux ou à des projets spécifiques d'amélioration des activités de surveillance intégrée et de riposte au sein d'un district. Choisissez les indicateurs les mieux adaptés à la stratégie d'amélioration de la surveillance adoptée par le district pour l'année à venir et les plus aptes à fournir des informations utiles au district. Le tableau figurant à la page suivante contient des exemples d'indicateurs destinés aux districts.

Indicateurs à utiliser au niveau du district pour contrôler la qualité de la surveillance et de la riposte dans les formations sanitaires

Pour évaluer la qualité des fonctions de surveillance ci-après (1^{ère} colonne du tableau ci-dessous) il faut régulièrement noter et suivre l'évolution des niveaux des indicateurs suivants (2^{ème} colonne). Lorsque l'on veut comparer plusieurs structures sanitaires ayant le même niveau dans le système de santé – exemples plusieurs districts sanitaires-, les indicateurs comparés seront des proportions plutôt que des nombres absolus (exemple proportion des districts ayant commencé l'investigation et la riposte de la plus récente épidémie de choléra dans les 48 heures qui ont suivi sa mise au courant de l'existence du phénomène).

Domaine ou fonction de surveillance	Indicateurs
Identification et enregistrement des cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui possèdent un registre clinique • nombre de formations sanitaires qui enregistrent correctement l'information dans ce registre
Confirmation des cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui ont accès à un laboratoire opérationnel capable de traiter correctement les échantillons (expectoration, selles, sang, sérum, liquide céphalo-rachidien, par exemple) pour la confirmation de maladies prioritaires • nombre de formations sanitaires qui recueillent en toute sécurité et emballent correctement les échantillons à expédier vers un laboratoire de niveau supérieur • nombre de formations sanitaires qui soumettent en temps voulu des échantillons pour confirmation
Examen et analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui tiennent à jour les tendances relatives aux maladies prioritaires sélectionnées • nombre de formations sanitaires qui n'ont pas manqué de détecter une épidémie nouvelle • nombre de formations sanitaires qui ont un seuil d'intervention pour chaque maladie prioritaire
Notification des données	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui communiquent des informations par cas pour les maladies à déclarer immédiatement • nombre de formations sanitaires qui disposent d'un stock suffisant de formulaires de déclaration • nombre de formations sanitaires qui enregistrent correctement les données du registre des cas sur les fiches de notification synthétique • nombre de formations sanitaires qui ont remis à temps tous leurs rapports au district au cours des 3 derniers mois • nombre de formations sanitaires qui ont remis le nombre requis de rapports au cours des 3 derniers mois
Intervention liée aux seuils épidémiologiques et aux résultats de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui ont utilisé au cours des 12 derniers mois des informations locales pour réaliser une activité communautaire de prévention et de lutte contre la maladie • nombre de formations sanitaires qui ont mis en oeuvre des mesures de prévention et de lutte sur la base de données locales pour au moins une maladie à potentiel épidémique
Communication d'informations en retour	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui ont reçu de la part du district ou d'un autre niveau un bulletin d'information ou un rapport sur les données notifiées par l'établissement à d'autres niveaux au cours de l'année • nombre de formations sanitaires qui ont rencontré au cours des 6 derniers mois des membres de la communauté pour examiner des résultats d'enquête
Maintien d'un état de préparation à la riposte épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui utilisent les protocoles standard de prise en charge des cas pour les maladies prioritaires • nombre de formations sanitaires qui observent un niveau minimal de précautions standard avec tous les patients atteints de fièvre accompagnée de saignement(s) • nombre de formations sanitaires qui ont un stock de sécurité de médicaments d'urgence contre les principales maladies à potentiel épidémique fréquentes dans la localité

Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui ont utilisé au moins une fois au cours des 6 derniers mois une liste de contrôle pour la surveillance lors de visites de supervision • nombre de formations sanitaires qui ont été supervisées au moins une fois au cours des 6 mois passés
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui ont organisé au cours des 12 derniers mois une formation à l'intention du personnel de santé concernant au moins un des sujets suivants: utilisation des définitions de cas, manipulation sans risque des échantillons, collecte et notification des données, analyse et interprétation des tendances, utilisation des seuils pour l'action, techniques de supervision
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • nombre de formations sanitaires qui disposent de moyens de transport fiables et du carburant nécessaire (bicyclettes, motocyclettes, autres véhicules, carburant) • nombre de formations sanitaires qui ont accès à des moyens de communication fiables (téléphone, télécopie, radiotéléphone, courrier électronique, autres) • nombre de formations sanitaires qui disposent des ressources nécessaires pour les enquêtes épidémiologiques • nombre de formations sanitaires qui disposent des fonds nécessaires pour mettre en oeuvre les activités de riposte

7.1.6. Choisir les données à évaluer

Après avoir choisi les indicateurs qui conviennent, précisez le numérateur et le dénominateur. Par exemple, un district a pour objectif de faire incorporer par toutes les formations sanitaires les courbes de tendance relatives aux maladies prioritaires choisies dans un registre d'analyse. Ce registre est vérifié au cours de visites de supervision.

Indicateur: la proportion d'informations sanitaires dans le district qui enregistrent les tendances relatives aux maladies prioritaires.

Numérateur: le nombre d'informations sanitaires qui enregistrent les tendances relatives aux maladies prioritaires.

Dénominateur: le nombre de formations sanitaires dans le district.

7.2 Mettre en oeuvre la supervision

Une bonne supervision du personnel de santé cherchera à améliorer sa performance de travail. Il ne s'agit donc pas d'une inspection. Une bonne supervision cherchera à soutenir des services de bonne qualité plutôt qu'à

déceler des défauts. Aussi, l'agent à superviser doit être informé de la visite.

Dans un bon système, les superviseurs et professionnels de la santé collaborent pour mesurer les progrès, identifier les problèmes, déterminer la cause des difficultés et élaborer des solutions réalistes.

7.2.1 Améliorer les descriptions de poste pour y inclure des tâches de surveillance adaptées à chaque catégorie de personnel sanitaire

Les descriptions de poste constituent le point d'appui de tout exercice de supervision et d'évaluation des performances. Examinez 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 par la catégorie de personnel spécifique
- Autorité dont dépend le membre du personnel de santé
- Autres membres du personnel supervisés par la catégorie ou la personne spécifique.

7.2.2 Préparer un plan de supervision

Incorporez les objectifs de surveillance et de riposte dans le plan général de supervision de votre district. Par exemple:

- Déterminez la fréquence avec laquelle il faudra contrôler la performance du personnel de santé. Un district peut, par exemple, décider d'effectuer une visite de supervision au moins 2 fois par an dans chaque structure de soins. Dans certains pays, selon les ressources disponibles, ces visites seront plus fréquentes (une fois par mois, par exemple).
- Demandez aux superviseurs des formations sanitaires de programmer la supervision qu'ils effectueront l'année suivante dans leur propre établissement et sur les sites communautaires transmettant des déclarations à cette formation sanitaire.

- Prévenir les agents à superviser.
- Assurez-vous qu'un moyen de transport est disponible pour les activités de supervision et de surveillance qui l'exigent. Coordonnez, par exemple, les déplacements ou la logistique des visites de supervision avec les missions prévues par d'autres programmes ou activités.
- Incluez dans le plan général d'autres sites de notification chargés de la supervision des activités de surveillance du district, notamment les dispensaires, centres médicaux et sites de notification communautaires. Inclure les formations sanitaires privées
- Réunir les ressources nécessaires à la supervision.

7.2.3 Effectuer des visites de supervision

Les visites de supervision périodiques et programmées que vous effectuerez dans le district permettront de s'assurer:

- Que les agents de santé savent comment identifier et utiliser les définitions de cas standard pour enregistrer les cas suspects de maladie prioritaire consultés dans leur établissement.
- Que les maladies prioritaires sont enregistrées dans le registre des cas en conformité avec la définition de cas.
- Que certaines données sont analysées dans la formation sanitaire afin d'identifier les seuils d'intervention aussi bien pour les maladies prioritaires notifiées systématiquement (importantes pour la santé publique) que pour les maladies faisant l'objet d'une surveillance par cas (à potentiel épidémique et faisant l'objet de mesures d'éradication ou d'élimination).
- Que les cas notifiés de maladies pour lesquelles un cas unique constitue une flambée épidémique probable font rapidement l'objet d'une enquête.

- Que des mesures de riposte sont prises après la confirmation d'une épidémie ou l'identification de problèmes par le biais de la notification de routine.
- Que les activités de riposte sont soumises à un contrôle et que la formation sanitaire prend des mesures pour améliorer la surveillance et la planification de la lutte contre les épidémies?

Lors de chaque visite:

1. Informez en retour le personnel sanitaire. Dites leur ce qui marche bien. Donnez également une rétro information sur la manière dont les données communiquées précédemment ont été utilisées pour détecter les épidémies et prendre des mesures visant à endiguer la maladie, la mortalité et l'incapacité dans le district. Si des améliorations sont nécessaires, examinez les solutions avec le personnel.
2. Fournissez, le cas échéant, une formation en cours d'emploi si un problème est 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 et rencontre le personnel chargé de ces calculs pour passer en revue la procédure à suivre.
3. Donnez suite aux demandes d'assistance, notamment pour des équipements ou autres ressources destinés à des interventions d'urgence.
4. Si, au cours d'une visite antérieure, une solution à un problème préexistant à été identifiée, assurez-vous que la solution a été correctement appliquée. Vérifiez si les problèmes se présentent à nouveau et, si nécessaire, modifiez la solution.

7.2.4 Utiliser une fiche de 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 liste de contrôle graduée qui guidera la visite de supervision. Les points qui y figurent sont choisis sur la base de ce qui a été réalisé jusqu'à présent dans la formation sanitaire.

Par exemple, lorsque l'établissement a atteint un objectif (utilisation cohérente des définitions de cas normalisées, par exemple), vous incluez, en collaboration avec le personnel, le point ou l'indicateur suivant pour le contrôle de la performance (en utilisant notamment des seuils d'intervention). Réviser en conséquence la liste de pointage pour la supervision. Utilisez-la au cours des prochaines visites pour aider le personnel de santé à contrôler ses activités et les progrès qu'il a réalisés dans l'amélioration du système.

Lors de la visite, utilisez une liste de contrôle pour évaluer si le personnel de santé applique correctement les fonctions de surveillance recommandées. A titre d'exemple, en tant que responsable de la surveillance au niveau du district, vous vérifierez, lors d'une visite de supervision dans une installation, les fonctions suivantes:

Identification et enregistrement des cas	Examinez le registre clinique pour voir si les diagnostics correspondent à la définition de cas recommandée. Assurez-vous que toutes les colonnes du registre ont été remplies correctement.
Confirmation des cas	Comparez les registres des laboratoires pour les maladies prioritaires avec le nombre de cas consultés dans le dispensaire pendant la même période. Comparez, par exemple, le nombre de frottis positifs pour le paludisme avec le nombre de cas notifiés de paludisme en consultation interne.
Notification	Demandez de pouvoir examiner les rapports les plus récents ou portant sur la dernière période de notification. Comparez le nombre de cas notifiés de maladies prioritaires avec le chiffre mentionné dans le registre. Comparez la date à laquelle la notification des cas a été envoyée avec la date recommandée pour la remise du rapport. Vérifiez les rapports pour vous assurer qu'ils sont complets et exacts.
Examen et analyse des données	Vérifiez si les profils tendanciels sont élaborés et mis à jour pour les maladies prioritaires. Demandez de pouvoir examiner le 'Registre d'analyse de la formation sanitaire' si ces registres sont utilisés dans votre district. Vérifiez si les tendances relatives aux maladies sélectionnées sont à jour.

Remarque - A l'Annexe 31, à la fin de cette section, est présenté un modèle de liste de contrôle pour la supervision. Les questions à poser durant la visite de supervision peuvent être adaptées ou modifiées pour répondre à des préoccupations particulières et aux progrès accomplis dans la mise en place d'un système de surveillance intégrée au sein de l'établissement.

7.2.5 Rédiger un rapport sur la visite de supervision

Dans le rapport mentionnez les progrès constatés au cours de la visite. Précisez également les interventions planifiées avec le personnel de santé et les demandes éventuelles de ressources ou fonds complémentaires ou tout problème particulier.

7.3 Utiliser les 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 ou provinciaux de lutte contre les maladies constituent de bonnes occasions d'évaluer et améliorer la lutte contre la maladie dans votre district. Par exemple, si un responsable national de la lutte 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.

7.4 Procéder à une évaluation annuelle de la qualité de la surveillance et de la riposte

7.4.1 Déterminer les indicateurs et les objectifs de programme à évaluer

Selon l'état de développement de la surveillance dans le district, sélectionnez les indicateurs d'évaluation qui fourniront des informations relatives aux priorités et objectifs du district pour l'année à venir. Les indicateurs suivants figureront probablement dans votre sélection:

- Indicateurs mesurant la qualité de la surveillance en général. Par exemple, pour évaluer la ponctualité de la notification, il est

recommandé d'utiliser comme indicateur le pourcentage de structures sanitaires ayant communiqué à temps des informations de routine.

- Indicateurs mesurant la qualité de la surveillance pour des maladies spécifiques (par exemple, pour contrôler la réponse aux données de surveillance relatives à la méningite, sélectionnez comme indicateur le pourcentage d'établissements où des flambées de méningite ont été détectées et qui ont été confirmées en laboratoire, parmi celles où il y avait des épidémies).

7.4.2 Rassembler et organiser les résultats des contrôles et d'autres analyses

Il s'agira de recueillir des données provenant de plusieurs sources. Par exemple:

- Examinez les objectifs pour l'année à venir, tels que mentionnés dans le plan annuel de district, en matière d'amélioration de la surveillance et de la riposte.
- Rassemblez les synthèses mensuelles des cas et décès notifiés au district, les cartes détaillées et autres résultats d'analyse obtenus par le district.
- Recueillez éventuellement les résultats d'enquêtes ou études spéciales effectuées dans le district au cours de l'année écoulée.
- Incorporez les formulaires d'investigation de cas et les rapports sur les activités de riposte épidémiologique menées dans le district;
- Collectez des informations récapitulatives auprès des communautés et du personnel de santé.

7.4.3 Analyser les résultats

Lors de l'évaluation des données synthétiques pour l'année écoulée, clarifiez les points suivants:

- Les rapports étaient-ils complets et précis? Ont-ils été remis à temps?
- Quels ont été, pendant l'année, les changements de tendance significatifs pour la maladie?

- Si une augmentation a été enregistrée, le problème a-t-il été identifié?
- Si des cas supplémentaires continuent d'être enregistrés, quelle est leur cause et où se présentent-ils?
- Des mesures ponctuelles et appropriées ont-elles été prises en riposte aux données de surveillance?
- A-t-on, comme prévu, entrepris des visites de supervision et des activités de suivi?
- 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?

7.4.4 Identifier les problèmes et leurs causes

Si, face à certains problèmes, le district n'a pas atteint un objectif visé ou un niveau de performance souhaité, tel que prescrit par un indicateur, recherchez la cause de l'écart entre ce qui a été planifié et le résultat obtenu. Si un problème est décelé, discutez avec l'équipe de district et le personnel de l'établissement pour en déterminer l'origine probable.

7.4.5 Classer par ordre de priorité les projets visant à améliorer la surveillance et la riposte dans le plan de l'année suivante

Incorporez dans le plan de district portant sur l'année suivante les activités réussies qu'il convient de poursuivre. Mentionnez également des solutions pratiques envisagées en fonction d'une analyse de l'évaluation annuelle concernant l'année écoulée.

Planifiez l'application de la solution. Par exemple:

- Décrivez la nouvelle activité et ses objectifs
- Identifiez le personnel qui réalisera l'activité
- Estimez le coût de l'activité
- Elaborez un calendrier pour cette activité et établissez la séquence logique des interventions

- Déterminez la logistique requise pour la nouvelle activité (équipement, personnel, transport, attribution des ressources).

7.4.6 Fournir aux formations sanitaires des informations en retour sur l'évaluation

Fournissez aux formations sanitaires et autres parties intéressées au sein du district un rapport et des informations en retour sur les résultats de l'évaluation.

Dans le rapport de rétro-information exposez:

- Les objectifs pour 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 à la Section 7

- ANNEXE 29 Modèle de formulaire pour l'enregistrement de la ponctualité (promptitude) et l'exhaustivité (complétude) des notifications mensuelles soumises au district par la formation sanitaire
- ANNEXE 30 Exemples d'indicateurs destinés au contrôle des activités de surveillance au niveau du district par le niveau provincial ou national
- ANNEXE 31 Modèle de liste de contrôle pour la supervision des activités de surveillance et de riposte dans la formation sanitaire

ANNEXE 29 Modèle de rapports pour le suivi de la promptitude et de la complétude des rapports mensuels que les formations sanitaires ont envoyé au district

Nota bene : légende

T = parvenu à temps

L = parvenu après le délai prescrit (retard)

W = rapport non parvenu

Pays _____ District _____ Année _____

Formation sanitaire	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Dec
Total des rapports attendus (N)												
Total des rapports transmis à temps (T)												
Total des rapports transmis en retard (L)												
Nombre total de rapports non parvenus (W)												
Promptitude des rapports = $100 * T / N$												
Complétude des rapports = $100 * (N-W) / N$												

Noter que promptitude et complétude sont exprimées en %. Lorsque le système de surveillance est bon, leurs taux respectifs doivent avoisiner 100%. Ce tableau permet de suivre l'amélioration de ces deux indicateurs dans le district, et l'amélioration de la promptitude pour chaque formation sanitaire du district.

ANNEXE 30 Indicateurs destinés à contrôler la qualité des activités de surveillance au niveau du district

Pour évaluer la qualité des fonctions de surveillance ci-après (1^{ère} colonne du tableau ci-dessous) il faut régulièrement noter et suivre l'évolution des niveaux des indicateurs suivants (2^{ème} colonne). Lorsque l'on veut comparer plusieurs structures sanitaires ayant le même niveau dans le système de santé – exemples plusieurs districts sanitaires –, les indicateurs comparés seront des proportions ou des taux.

Domaine et fonction de surveillance	Indicateurs
Maintien de l'état de préparation à la riposte épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de districts qui ont établi un plan de lutte contre les épidémies • Nombre de districts ont constamment disposé de stocks d'urgence de médicaments et ressources au cours des 12 derniers mois • Nombre de districts disposent de fond destinés à la lutte contre les épidémies • Nombre de districts ont une équipe formée à la mise en oeuvre d'enquêtes épidémiologiques
Identification de cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de districts ont un coordinateur responsable de la surveillance au niveau du district • Nombre de districts vérifient les registres de cas
Enquête sur les flambées épidémiques notifiées et confirmation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de districts ont enquêté sur au moins une flambée notifiée au cours des 12 derniers mois • Nombre de districts disposent, au sein de leur zone, de laboratoires capables de confirmer les cas probables de maladies prioritaires • Nombre de districts confirment les maladies prioritaires en temps voulu • Nombre de districts sont capables de manipuler, emballer, conserver et transporter en toute sécurité des échantillons destinés à un laboratoire de niveau supérieur
Notification des données	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de districts ont disposé à tout moment au cours des 6 derniers mois d'un stock suffisant de formulaires recommandés • Nombre de districts ont remis à temps tous les rapports requis à l'échelon supérieur au cours des 6 derniers mois
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de districts décrivent les flambées épidémiques en fonction de caractéristiques chronologiques, spatiales et individuelles • Nombre de districts effectuent une analyse des tendances par établissement sanitaire • Nombre de districts ont un seuil d'intervention pour chaque maladie prioritaire et des dénominateurs adéquats et ont défini des actions de riposte • Nombre de districts comparent les données trimestrielles
Riposte	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de districts sont intervenus dans un délai de 48 heures après avoir franchi le seuil d'intervention • Nombre de districts rencontrent au moins une fois tous les 6 mois des responsables communautaires pour discuter d'un problème sanitaire • Nombre de districts ont enregistré des taux de létalité acceptables au cours de la dernière flambée épidémique (par exemple, pas plus de 10% pour la méningite et 1% pour le choléra) • Nombre de districts disposent de comités de gestion ayant, au cours des 12 derniers mois, évalué leur état de préparation et leurs activités de riposte
Rétro-information	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de districts ont préparé et diffusé un rapport de surveillance au moins une fois par trimestre au cours de l'année écoulée • Nombre de districts ont, au cours de l'année écoulée, reçu de la part d'un niveau supérieur un rapport écrit ou un bulletin contenant des informations notifiées par le district • Nombre de districts fournissent une rétro-information à la communauté
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de formations sanitaires ayant reçu une visite de supervision de la part du responsable de la surveillance au niveau du district au cours des 6 derniers mois • Nombre de membres du personnel de santé dans le district ayant reçu, au cours des 12 derniers mois, une formation portant sur une fonction de surveillance ou un sujet connexe (l'enquête épidémiologique, par exemple)
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Nombre de membres du personnel de santé dans le district ayant reçu, au cours des 12 derniers mois, une formation portant sur une fonction de surveillance ou un sujet connexe (l'enquête épidémiologique, par exemple)
Ressources et personnel	<p>Nombre de districts disposant de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moyens de transport ou logistiques (véhicule avec carburant, motocyclottes) • ressources pour la gestion des données (ordinateurs, logiciels de statistiques) • moyens de communication (service téléphonique fiable, télécopie, radiotéléphone, courrier électronique) • matériels d'information et éducatifs (magnétoscope et moniteur, groupe électrogène portable, écran, projecteur de diapositives ou films) • ressources humaines (épidémiologiste qualifié, techniciens de laboratoire, gestionnaires de données)

ANNEXE 31 Grille de supervision des activités de surveillance et de riposte dans la formation sanitaire

ACTIVITE	QUESTION DE SUPERVISION	REPONSE	COMMENTAIRE (cause du problème)
Identification de cas suspects	1. Avec quelle fréquence collectez-vous auprès de la communauté des informations concernant la notification de cas et décès probablement imputables à une maladie ou affection prioritaire?	_____ _____	
Enregistrement des cas	2. Les diagnostics des cas de maladie prioritaire sont-ils consignés dans le registre clinique conformément à définition de cas standardisée?	• Oui • Non	
Notification	1. Le personnel de santé utilise-t-il une définition de cas standardisée pour déclarer les cas et flambées épidémiques probables?	• Oui • Non	
	2. Enregistrez-vous les informations concernant les maladies immédiatement notifiables sur une fiche par cas ou une liste descriptive?	• Oui • Non	
Analyse et interprétation	1. Portez-vous sur un graphique le nombre de cas et décès pour chaque maladie prioritaire? (Vérifiez dans le registre d'analyse de l'établissement si les tendances sont à jour)	• Oui • Non	
	2. Dressez-vous des cartes de la distribution géographique des cas ?	• Oui • Non	

ACTIVITE	QUESTION DE SUPERVISION	REPONSE	COMMENTAIRE (cause du problème)
Investigation et confirmation des cas et flambées épidémiques notifiés	<ol style="list-style-type: none"> 1. Si on suspecte une maladie à potentiel épidémique, celle-ci a-t-elle été notifiée immédiatement au bureau de district? 2. Pour les cas de maladie prioritaire consultés depuis la dernière visite de supervision, combien de résultats de laboratoire ont été obtenus (si la maladie nécessite des tests de laboratoire)? 3. Disposez-vous de ressources suffisantes pour la collecte d'échantillons dans une situation d'urgence et nous en montrer votre stock? 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non Nombre de Résultats obtenus: _____ Nombre de résultats attendus: _____ <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non 	
Riposte	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disposez-vous de ressources suffisantes pour la riposte à un cas ou à une épidémie ayant fait l'objet d'une confirmation (<i>par exemple: matériels de vaccination et vaccins, SRO, antibiotiques, etc</i>)? 2. Pouvez-vous montrer les ressources destinées à la mise en oeuvre d'une riposte recommandée? 3. Qui coordonne les activités épidémiologiques dans cet établissement? 4. Avec quelle fréquence fournissez-vous au personnel de cet établissement des informations et des cours de formation concernant la lutte contre les épidémies? 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non <ul style="list-style-type: none"> • Oui • Non Nom: _____ Titre: _____ _____	

ACTIVITE	QUESTION DE SUPERVISION	REPONSE	COMMENTAIRE (cause du problème)
Fourniture d'informations en retour	1. Avec quelle fréquence communiquez-vous des informations à la communauté? 2. Avez-vous reçu le dernier numéro du bulletin publié par le niveau central / sous-national?	_____ • Oui • Non	
Evaluation et amélioration du système	1. Les 3 dernières notifications mensuelles de routine ont-elles été transmises au bureau de district? 2. Les 3 dernières notifications mensuelles de routine ont-elles été transmises à temps?	• Oui • Non • Oui • Non	
Etat de préparation aux épidémies	1. Quelles sont les précautions prises systématiquement par le personnel de santé (y compris le personnel de laboratoire) avec tous les patients, quel que soit le type d'infection? 2. Comment évaluez-vous la quantité des ressources à stocker pour des situations d'urgence?	Niveau minimum de précautions standard: _____ Méthode d'évaluation des quantités: _____ _____	

Section 8

Tableau récapitulatif des directives relatives aux maladies et affections prioritaires spécifiques

Dans cette section nous expliquerons comment:

- Prendre des mesures pour répondre aux seuils d'alerte et d'action de maladies spécifiques
- Identifier les buts et objectifs de la surveillance pour chaque maladie prioritaire
- Identifier les données à analyser et à interpréter pour chaque maladie prioritaire
- Se préparer à utiliser le cahier d'exercices d'analyse de district

La présente section dresse le tableau récapitulatif des directives pour chacune des maladies prioritaires visées par l’OMS/AFRO dans le cadre de la surveillance intégrée des maladies. Reférez-vous au tableau ci-dessous pour savoir quelles informations vous pouvez trouver dans les tableaux récapitulatifs des directives. Vous pouvez obtenir auprès de l’OMS/AFRO, de l’administrateur national de programme ou du responsable de lutte contre les maladies de votre pays des directives détaillées pour chaque maladie ou affection.

Maladies prioritaires en matière de surveillance intégrée des maladies

<p>Présentation</p>	<p>Dans cette partie, vous trouverez des informations générales sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • La maladie, l'agent qui cause la maladie ou l'affection, la zone géographique touchée, ainsi que d'autres informations épidémiologiques. • Les modes de transmission, tels que la transmission d'un individu à l'autre, les contacts non protégés des liquides organiques infectieux ou des matières contaminées, la transmission par vecteur, etc. • La raison pour laquelle la maladie est prioritaire en matière de surveillance. Elle peut, par exemple, avoir un taux de mortalité élevé, provoquer l'invalidité et la morbidité, surtout dans les pays africains. • Les facteurs généraux et spécifiques de risque dans les pays africains. • Toute information supplémentaire pouvant être utile à l'équipe de surveillance de district.
<p>But de la surveillance</p>	<p>Cette section définit le but de la surveillance pour cette maladie.</p> <p>De manière générale, le but de la surveillance de ces maladies prioritaires est la détection précoce et la riposte rapide aux facteurs principaux de mortalité, de morbidité et d'invalidité.</p>
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Une définition est donnée qui permet de suspecter soit un cas, soit une flambée de la maladie.</p> <p>Cas confirmé: Une définition est donnée qui permet de considérer un cas comme confirmé après des examens diagnostics en laboratoire.</p>
<p>Répondre aux seuils d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique</p> <p><i>ou</i></p> <p>Répondre à une flambée suspecte pour d'autres maladies importantes au plan de la santé publique</p>	<p><i>Pour les maladies à potentiel épidémique, et celles visées pour l'élimination ou l'éradication, un cas unique peut constituer une flambée suspecte et devrait susciter des mesures telles que la notification immédiate du cas, la prise en charge du cas, le prélèvement d'échantillons pour la confirmation du cas, et les investigations sur le cas pour déterminer s'il s'agit d'une épidémie et, si c'est le cas, voir quels sont les facteurs de risque associés au cas.</i></p> <p>Certaines maladies ont des seuils spécifiques auxquels il convient de saisir l'établissement de santé ou le district du problème.</p> <p><i>Pour les autres maladies prioritaires importantes au plan de la santé publique, une épidémie est suspectée si on constate tout accroissement anormalement élevé du nombre de cas par rapport aux périodes similaires d'observation antérieures. Ceci devrait susciter des mesures telles que la notification de l'accroissement que l'on suspecte anormalement élevé et des investigations</i></p>

	<p>sur les causes éventuelles de cet accroissement inhabituel. Si la confirmation en laboratoire est préconisée, les échantillons doivent être prélevés pour confirmation en laboratoire.</p>
<p>Réagir au seuil d'action pour les maladies à potentiel épidémique</p> <p><i>ou</i></p> <p>Lutter contre une épidémie suspecte pour les autres maladies importantes au plan de la santé publique</p>	<p><i>Pour les maladies à potentiel épidémique grave en santé publique et celles ciblées pour l'élimination ou l'éradication, un cas confirmé doit susciter des mesures telles que l'organisation urgente d'activités de vaccination, l'amélioration de l'accès à de l'eau potable, des campagnes d'éducation communautaire, et l'amélioration de la prise en charge des cas.</i></p> <p><i>Pour d'autres maladies prioritaires importantes au plan de la santé publique, une épidémie confirmée doit donner lieu à des mesures appropriées telles que l'amélioration de la couverture pour des vaccinations spécifiques, le renforcement de la prise en charge des cas pour ce qui est des maladies cibles de la PCIME, des activités d'information, d'éducation et de communication, sur la prévention et la lutte contre les maladies, etc.</i></p>
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Cette partie comporte des informations d'ordre général sur les données à recueillir, analyser et interpréter. Ces données peuvent provenir de la riposte aux épidémies ou d'une analyse à plus long terme. Les points essentiels à prendre en compte pour l'interprétation des données et les éléments spécifiques importants pour l'analyse sont indiqués (temps, lieu, personne).</p> <p>Des directives supplémentaires sur l'analyse et l'interprétation des données pour des maladies spécifiques se trouvent dans le manuel d'analyse de district qui pourrait compléter les présentes directives.</p>
<p>Référence</p>	<p>Des références appropriées pour des informations supplémentaires sont disponibles auprès de l'OMS. Celles les plus indiquées pour le niveau de district sont spécifiées pour chaque maladie.</p>

Choléra

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie grave caractérisée par des diarrhées liquides abondantes, causée par <i>Vibrio cholerae</i> de groupes sérologiques O1 ou O139. La maladie se contracte principalement lorsqu'on mange ou boit des aliments ou de l'eau contaminée, autrement dit, le vibriion cholérique se transmet à travers la voie oro-fécale. • Le choléra cause plus de 100 000 décès par an. Il peut provoquer des épidémies à évolution rapide ou des pandémies. Des cas sporadiques (moins de 5% de tous les cas de diarrhée non-liées aux épidémies) et de petites flambées peuvent être observés dans les régions endémiques. • La période d'incubation varie de quelques heures à 5 jours, et dure très souvent de 2 à 3 jours. • Il y a eu à partir du milieu des années 1980 une résurgence de choléra en Afrique, où sont apparus 80% de l'ensemble des cas en 1999, la majorité de cas se déclarant de janvier à avril. • Le choléra peut provoquer une déshydratation grave en quelques heures seulement. Le taux de létalité peut dépasser 50% chez les malades non-traités présentant une déshydratation grave. En cas de traitement correct de malades utilisant à temps les services de santé, le taux de létalité est généralement inférieur à 1%. Au moins 90% des cas de choléra sont bénins, et passent inaperçus. • Facteurs de risque : consommation d'aliments contaminés tels que les fruits de mer crus ou des crustacés provenant des estuaires, manque d'accès permanent à de l'eau de boisson et à des denrées alimentaires saines, participation à de grands rassemblements, y compris des cérémonies telles que mariages ou enterrements, contact physique avec des personnes décédées de choléra. • D'autres diarrhées entériques peuvent provoquer des diarrhées liquides, surtout chez les enfants de moins de 5 ans. Bien vouloir se référer au tableau récapitulatif des directives sur la Diarrhée accompagnée de déshydratation.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter les cas et flambées de diarrhée liquide sévères afin d'y répondre rapidement et correctement. Pour confirmer une flambée, recueillir des échantillons de selles à transporter dans du Cary-Blair. • Notifier immédiatement chaque cas et décès lorsqu'une flambée est suspectée.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Chez un malade âgé de 5 ans ou plus, déshydratation grave ou décès des suites de diarrhée aqueuse aiguë.</p> <p>En cas d'épidémie de choléra, toute personne âgée de 5 ans ou plus présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissement constituer un cas suspect.</p> <p>Cas confirmé: Cas suspect dans les selles duquel le vibriion cholérique O1 ou O139 a été isolé.</p>

<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si un seul cas est suspecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier immédiatement en donnant des renseignements détaillés sur le cas. • Prendre en charge et traiter le cas conformément aux directives nationales. • Appliquer des mesures strictes de lavage de mains et d'isolement. • Mener des investigations pour rechercher des cas similaires insoupçonnés, et confirmer l'épidémie. • Recueillir des échantillons de selles chez 5 malades dans les cinq jours qui suivent l'apparition de la diarrhée aqueuse aiguë, et avant l'administration du traitement antibiotique. Consulter les directives de laboratoire pour savoir comment préparer, stocker et expédier les prélèvements.
<p>Répondre au seuil d'action pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si un cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place un centre de traitement dans la localité où les cas sont observés. Traiter les cas sur place plutôt que d'envoyer les malades dans des centres permanents situés ailleurs. • Renforcer la prise en charge et le traitement des cas. • Mobiliser rapidement la communauté pour une détection et un traitement rapide des cas. Faire une enquête de salubrité du milieu et des eaux consommées • Collaborer avec les dirigeants des communautés en vue de limiter le nombre d'enterrements ou autres grands rassemblements à l'occasion de cérémonies ou pour d'autres raisons, surtout pendant une épidémie. • Réduire les cas sporadiques et ceux liés aux épidémies en assurant un accès permanent à de l'eau potable. Promouvoir une bonne préparation des aliments (notamment les fruits de mer, les fruits, et les légumes). Promouvoir l'évacuation sans risque des déchets humains.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Faire un graphique des cas et décès hebdomadaires et tracer une courbe épidémique pendant les flambées. Notifier immédiatement les données sur chaque cas et les données sommaires chaque mois pour la surveillance de routine.</p> <p>Lieu : Faire le diagramme de l'emplacement des lieux d'habitation des cas.</p> <p>Personne: Faire le décompte des cas et décès hebdomadaires pour les cas sporadiques et les cas liés aux flambées. Analyser la répartition par âge, la distribution selon l'eau de boisson consommée, évaluer les facteurs de risque pour améliorer la lutte contre les cas sporadiques et les flambées.</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Prise en charge du malade souffrant du choléra, Organisation mondiale de la Santé, 1992. WHO/CDD/SER/91.15 REV1 (1992).</i></p> <p><i>Préparation et riposte à la maladie diarrhéique épidémique – Formation et pratique. Manuels du facilitateur et du participant. Organisation mondiale de la Santé, 1997. WHO/EMC/DIS/97.3 et WHO/EMC/DIS/97.4.</i></p>

Diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans est due à des infections de l'appareil gastro-intestinal causées par des virus (notamment les rotavirus), des bactéries (<i>E. Coli</i>, <i>Salmonellae</i>, <i>shigellae</i>, <i>Campylobacter</i>, <i>Yersinia</i> et autres), et des parasites (<i>Giardia</i>, <i>Entamoeba</i>, <i>cryptosporidia</i>, <i>cyclospora</i>). Ces maladies se transmettent lorsqu'on consomme des aliments ou de l'eau contaminée, autrement dit par la voie oro-fécale. • Les maladies diarrhéiques constituent la deuxième cause majeure de décès chez les enfants de moins de 5 ans dans de nombreux pays africains, avec plus de 3 millions de décès par an. • Différents profils épidémiologiques (par exemple, saisonnalité) sont observés pour différents pathogènes. • L'OMS et l'UNICEF recommandent que chaque équipe de district utilise la stratégie de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME) pour réduire la morbidité et la mortalité des diarrhées de l'enfant.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter rapidement les épidémies de diarrhée. La confirmation de laboratoire peut permettre de confirmer une flambée d'agent pathogènes spécifiques, mais elle n'est pas nécessaire pour la surveillance de routine de la diarrhée accompagnée de déshydratation. • Surveiller la résistance antimicrobienne lors des flambées d'origine bactérienne.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Passage d'au moins 3 selles molles ou liquides au cours des dernières 24 heures avec ou sans déshydratation et :</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Déshydratation légère</i> – au moins deux des signes suivants : agitation, irritabilité ; yeux enfoncés ; soif ; peau qui se détend lentement après pincement, ou</p> <p style="padding-left: 20px;"><i>Déshydratation grave</i> – au moins deux des signes suivants : léthargie ou perte de connaissance ; yeux enfoncés ; incapacité de boire ou maladresse à boire ; peau qui se détend très lentement après pincement.</p> <p>Cas confirmé: Cas suspect confirmé avec culture de selles révélant la présence d'un pathogène entérique connu.</p> <p><i>Remarque :</i> La confirmation en laboratoire de l'agent spécifique à l'origine de l'épidémie n'est pas souvent recommandée dans le cadre de la surveillance.</p>
<p>Réagir à une flambée suspecte pour d'autres maladies importantes pour la santé publique</p>	<p>Si vous constatez que le nombre de cas ou de décès augmente pendant une période donnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le problème au niveau suivant. • Rechercher la cause de l'accroissement des cas ou des décès et identifier le problème. • Vérifier que les cas sont pris en charge conformément aux directives de la PCIME. • Encourager le traitement à domicile grâce à la réhydratation orale.

<p>Répondre à une épidémie confirmée en cas d'autres maladies importantes au plan de la santé publique</p>	<p>Si le nombre de cas ou de décès atteint deux fois le nombre habituellement observé au cours de périodes antérieures semblables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'application par les agents de santé des directives de la PCIME dans la prise en charge des cas et améliorer la performance en matière de classification de la diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans. • Familiariser les mères au traitement à domicile grâce à la réhydratation orale. • Assurer l'éducation communautaire au sujet des mesures consistant à bouillir et à chlorer de l'eau, du stockage de l'eau saine et de la préparation des aliments.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Faire un graphique des cas et des décès pour les comparer aux périodes similaires précédentes d'une part, d'autre part à la même période des années précédentes si possible. Préparer des graphiques pour les malades externes présentant une diarrhée avec déshydratation légère et pour ceux présentant une diarrhée avec déshydratation grave. Tracer une courbe épidémique lorsque des flambées sont détectées.</p> <p>Lieu : Matérialiser l'emplacement des ménages présentant des cas.</p> <p>Personne : Notifier, pour les services de consultation externe, les totaux mensuels des cas de diarrhée avec déshydratation légère et ceux relatifs à la diarrhée avec déshydratation grave. Notifiez également le total mensuel de cas et de décès dus à la diarrhée avec déshydratation grave.</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Prise en charge des maladies de l'enfant : Cours de formation aux techniques cliniques pour les formations sanitaires de premier niveau. Organisation mondiale de la Santé. WHO/CDR/95.14.</i></p> <p><i>Prise en charge intégrée des maladies de l'enfant : Une initiative OMS/UNICEF. Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Vol. 75, 1997, Supplément 1, 1997. ISBN 92 4 068750 5.</i></p>

Diarrhée sanguinolente (dysenterie)

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Shigella dysenteriae</i> est la cause la plus courante des infections entériques et se transmet de personne à personne par la voie oro-fécale. • <i>Shigella dysenteriae</i> type 1 (SD1) peut être à l'origine des grandes épidémies, avec jusqu'à 30% des sujets infectés. Le taux de létalité peut approcher 20% chez les jeunes enfants et les personnes âgées présentant une déshydratation grave. • La période d'incubation dure 1 à 4 jours. • La maladie clinique est caractérisée par une fièvre grave et de la diarrhée sanguinolente, et peut s'accompagner également de symptômes et de signes systémiques ainsi que de déshydratation, particulièrement chez les petits enfants. • Facteur de risque : lieux surpeuplés ne disposant pas d'eau saine et d'un bon système d'assainissement (par exemple, populations de réfugiés et celles victimes de la famine). • SD1 résiste très souvent à de multiples antibiotiques y compris le triméthoprim-sulfaméthoxazole. • <i>Le colibacille E. coli</i> entérohémorragique et entéroinvasif et d'autres bactéries ou parasites tels qu' <i>Entamoeba histolytica</i> peuvent aussi provoquer la diarrhée sanguinolente.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter et répondre rapidement aux flambées de dysenterie. • Améliorer le pourcentage de cas confirmés en laboratoire et évaluer la proportion vérifiée comme appartenant au type 1 (SD1). • Déterminer la courbe de sensibilité des agents isolés (surtout SD1) aux antibiotiques, tant pour la surveillance de routine que pendant les flambées.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Toute personne présentant de la diarrhée avec du sang visible dans les selles.</p> <p>Cas confirmé: Cas suspect dont la culture des selles révèle la présence de <i>Shigella dysenteriae</i> 1.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si un seul cas est suspect ou si un adulte qui présentait une diarrhée sanguinolente décède :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le cas suspect au niveau suivant du système de santé. • Traiter les cas suspects par la réhydratation orale et les antibiotiques sur la base de résultats de sensibilité récents, s'il en existe. • Recueillir un échantillon de selles ou faire un prélèvement rectal pour confirmer l'épidémie. • Faire des investigations sur le cas pour déterminer les facteurs de risque qui favorisent la transmission.
<p>Répondre au seuil d'action pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si un cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rechercher d'autres cas dans la localité où le cas a été confirmé. • Renforcer la prise en charge et le traitement des cas. • Mobiliser la communauté en vue de la détection et du traitement rapide des cas. • Identifier les populations à haut risque grâce aux données personne, lieu et temps.

	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les cas sporadiques et ceux liés aux flambées en encourageant le lavage des mains au savon ou à la cendre et à l'eau après avoir déféqué et avant de manipuler des aliments, en renforçant l'accès à une eau saine, l'utilisation de latrines et l'évacuation sans risque des déchets humains.
Analyser et interpréter les données	<p>Temps : Faire un graphique des tendances mensuelles des cas et des décès. Tracer une courbe épidémique des cas liés aux épidémies.</p> <p>Lieu : Matérialiser l'emplacement des ménages où les cas se sont déclarés.</p> <p>Personne : Faire chaque mois le décompte des cas et de décès. Pendant une flambée, faire le décompte des cas liés à la flambée par semaine. Analyser régulièrement la répartition par âge. Evaluer les facteurs de risque pour améliorer la prévention et la lutte contre les maladies sporadiques et les flambées.</p>
Référence	<p><i>Guidelines for the control of epidemics due to Shigella dysenteriae type 1.</i> WHO/CDR/95.4.</p> <p><i>Safe Water Systems for the Developing World: A Handbook for Implementing Household-based Water Treatment and Safe Storage Projects.</i> Department of Health & Human Services. Centers for Disease Control and Prevention. Atlanta. 2000.</p>

Draconculose

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La dracunculose est plus communément connue sous le nom de ver de Guinée. Elle est causée par un grand nématode, un parasite incapacitant qui émerge à travers la peau de la personne infectée. • Connue depuis l'antiquité, elle entraîne chez de nombreux malades des conséquences socio-économiques malheureuses. Elle se transmet par l'ingestion d'un crustacé (le cyclops) infesté par une forme immature du nématode (larve). Le cyclops vit dans les eaux stagnantes (lacs, marais et rivières) en région rurale dans les pays africains. La période d'incubation dure de 9 à 12 mois. Au contact du malade avec l'eau, la femelle du nématode libère ses œufs à travers la peau de l'hôte. Il n'existe aucun traitement ou vaccin contre la maladie. • Des stratégies efficaces de lutte contre la maladie mises en œuvre par une coalition internationale et leurs partenaires ont amené la draconculose près de l'éradication. Au cours du premier trimestre 2000, 27 000 cas de ver de Guinée ont été notifiés à l'OMS, par rapport à 892 000 cas notifiés dans l'ensemble de 1989, soit une réduction de 87%. • La maladie est endémique dans 13 pays d'Afrique : Bénin, Burkina, République centrafricaine, Côte d'Ivoire, Ghana, Ethiopie, Mali, Mauritanie, Niger, Nigeria, Soudan, Togo et Ouganda.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détection active et enquête sur chaque cas au niveau communautaire. Notification mensuelle des cas au niveau suivant. • Dans les régions où le ver de Guinée a été éradiqué, continuer la recherche active des cas supplémentaires. • Notifier tous les cas importés aux pays ou aux régions d'origine. • En faire l'objet de la surveillance pour confirmer l'absence de transmission.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Personne présentant ou ayant présenté au cours des 12 derniers mois une lésion de la peau et l'émergence du ver de Guinée.</p> <p>Cas confirmé: Aucune confirmation n'est nécessaire.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies dont l'éradication est prévue</p>	<p>Si un seul cas est suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le cas conformément aux directives du programme national relatives à l'éradication de la draconculose. • Traiter le cas au metronidazole pour réduire l'incapacité associée aux lésions douloureuses de la jambe. • Mener des investigations en vue de confirmer les facteurs de risque. • Améliorez l'accès à une eau saine conformément aux directives nationales.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Etablir chaque trimestre un graphique des cas.</p> <p>Lieu : Matérialiser la répartition des ménages et des lieux de travail où des cas se sont déclarés.</p> <p>Personne : Faire chaque trimestre le décompte des cas, et analyser la répartition par âge. Adresser un rapport mensuel aux niveaux hiérarchiques suivants.</p>
<p>Référence</p>	<p>Dracunculiasis or guinea-worm, Geneva, World Health Organization, WHO/CDS/CEE/DRA/99.2, 1999.</p>

Fièvres hémorragiques virales

<p>Description</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Il s'agit d'un syndrome fait de fièvre avec saignements, pouvant être causé par les virus suivants : virus Ebola ou virus de Marburg (filovirus), la fièvre Lassa, la fièvre de la Vallée du Rift, la fièvre hémorragique du Congo-Crimée et la dengue. La maladie est transmise de personne à personne (Ebola, Marburg, Lassa, fièvre hémorragique du Congo-Crimée), ou par les moustiques (vallée du Rift, dengue), les tiques (fièvre hémorragique du Congo-Crimée), les rongeurs (Lassa) ou le contact avec des animaux infectés (fièvre de la vallée du Rift, fièvre hémorragique Congo-Crimée). Les virus Ebola et de Marburg peuvent être transmis par contact sexuel. • Certaines fièvres hémorragiques virales (FHV) sont à potentiel épidémique explosif. D'où le fait qu'une notification internationale à l'OMS de tout cas même suspect soit requise dans les 24 heures. • La période d'incubation est variable, de 3 à 21 jours selon l'étiologie. • La minorité des cas a des symptômes hémorragiques, mais chez les sujets qui ont ces symptômes, le taux de létalité est élevé (15% à 90%). • Facteurs de risque : en milieu médical, les épidémies peuvent être amplifiées quand les précautions standard de barrière ne sont pas prises, ou dans les cérémonies impliquant le contact avec des patients ou des sujets infectés décédés ou avec leurs sécrétions. Des cas sporadiques peuvent survenir suite à un contact sexuel ou par une exposition à la forêt (par exemple par la profession), ou suite éventuellement à un contact direct avec des animaux infectés. • D'autres affections hémorragiques qui peuvent ressembler à une fièvre hémorragique virale sont : la fièvre jaune, le charbon, la leptospirose, les rickettsioses, les fièvres récurrentes et certaines intoxications.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter rapidement les cas et les épidémies de fièvre hémorragique et rechercher une vérification de laboratoire de l'étiologie de tous les cas suspects de FHV. • Dans les situations d'épidémies, le spectre des agents responsables de FHV peuvent inclure des syndromes fébriles non-hémorragiques, et un test de laboratoire doit être envisagé pour les personnes ayant des symptômes bénins indiquant une maladie virale.
<p>Définition recommandée de cas</p>	<p>Cas suspect: maladie avec début de fièvre rebelle au traitement des causes habituelles de fièvre dans la zone, et au moins un des signes suivants : diarrhée sanguinolente, saignement des gencives, saignement de la peau, saignement des yeux et hématurie.</p>

	<p>Cas confirmé: Un cas suspect avec confirmation de laboratoire (anticorps IgM positif ou isolement viral), ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie de la maladie.</p>
Conduite à tenir	<p>Si un seul cas est suspecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • notifier l'information cas par cas immédiatement aux instances compétentes. • Prendre immédiatement les précautions d'isolement des cas de fièvre hémorragique virale et renforcer les précautions standard sur l'ensemble du milieu médical. Utiliser du matériel (y compris les vêtements) de protection, désinfecter les surfaces et les éclaboussures, destruction sans risque des matériels utilisés pour la prise en charge du patient et évacuation sans risque des déchets du patient. • Traiter et prendre en charge le patient avec des soins palliatifs. • Pour la confirmation des cas collecter les échantillons sans prendre de risque.
Répondre au seuil d'action pour les maladies à potentiel épidémique	<p>Si un seul cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • maintenir des pratiques strictes de lutte contre les infections de fièvre hémorragique virale pendant toute la durée de l'épidémie. • Mobiliser la communauté pour une détection et une prise en charge précoce. • Entreprendre une sensibilisation communautaire sur le cas confirmé, comment la maladie est transmise et comment mener la lutte contre l'infection en cas de prise en charge à domicile. • Rechercher activement d'autres cas qui peuvent ne pas se présenter dans une formation sanitaire (vieilles femmes ou petits enfants par exemple) et donner des informations sur la prévention à domicile et quand chercher les soins. Former et superviser des agents de santé communautaires pour le suivi des contacts communautaires des cas et l'appui à l'investigation des rumeurs • Demander une aide supplémentaire aux instances nationales en cas de besoin. • Créer un pavillon d'isolement pour gérer les cas supplémentaires qui peuvent se présenter au centre de santé
Analyser et interpréter les données	<p>Temps : faire pour l'ensemble et par foyer atteint, un graphique des cas et des décès hebdomadairement, voir quotidiennement.</p> <p>Personne : notification immédiate cas par cas des patients et des décès. Pendant l'épidémie, compter et notifier les cas et les décès. Analyser la répartition des cas par âge, par sexe et selon les autres variables de la feuille de déclaration cas par cas. Evaluer les facteurs de risque immédiatement et envisager de demander une assistance pour renforcer la lutte contre l'épidémie.</p>
Référence	Lutte contre les infections à fièvre hémorragique virale en milieu médical africain, OMS, 1998. OMS/EMC.

Fièvre Jaune

<p>Description</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie hémorragique virale causée par un flavivirus transmis de l'homme-à-l'homme par l'intermédiaire de moustiques Aedes (épidémies urbaines) ou à travers des espèces forestières de moustiques et de réservoirs de primates forestiers (cycle selvatique). • Les épidémies à grande échelle tous les 3 à 10 ans surviennent dans les villages ou villes à risque. Des cas sporadiques peuvent se produire régulièrement dans les zones endémiques. Résurgence de la maladie en Afrique depuis le milieu des années 1980. La vraie incidence dépasse largement les cas notifiés. Bien que peu de cas soient graves, le taux de létalité peut être de 25% à 50% chez les patients ayant un syndrome d'hémorragie, de jaunisse et de maladie rénale. • Période d'incubation de 3 à 6 jours après la piqûre d'un moustique infecté. • Facteur de risque : cas sporadiques souvent liés à la profession ou à • l'emplacement des villages près des bois ou à des endroits où les singes sont nombreux. Non-vaccination antiamarile • Notification internationale à l'OMS requise dans les 24 heures. • La fièvre hémorragique virale et d'autres infections causant une hémorragie peuvent ressembler à la fièvre jaune.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter rapidement les cas et les épidémies de fièvre hémorragique, et chercher une vérification au laboratoire de l'étiologie de tous les cas suspects de fièvre jaune (d'autres fièvres hémorragiques virales, la dengue, l'anthrax, la leptospirose, les rickettsioses, le paludisme, et d'autres agents infectieux et expositions toxiques peuvent causer des épidémies similaires).
<p>Définition recommandée de cas</p>	<p>Cas suspect: un sujet souffrant d'un début de forte fièvre aiguë (plus de 39°C) avec une jaunisse survenant dans les deux semaines qui suivent le début des premiers symptômes.</p> <p>Cas confirmé: un cas suspect avec une confirmation de laboratoire (anticorps IgM positif ou isolement viral) ou lien épidémiologique aux cas confirmés ou aux épidémies de la maladie.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si un seul cas est suspecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • notifier immédiatement les renseignements cas par cas au niveau supérieur hiérarchique. • Traiter et prendre en charge le patient avec des soins palliatifs

	<p>administrés sous une moustiquaire (SRO, paracétamol pour la déshydratation, fièvre) et procédures strictes d'isolement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Collecter les échantillons pour une confirmation au laboratoire • Investiguer le cas pour déterminer comment la transmission s'est produite. • Planifier une activité de vaccination
Répondre au seuil d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique	<p>Si un seul cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • mobiliser la communauté tôt pour permettre une détection et un traitement rapides. • Mener une campagne de masse auprès du groupe d'âge approprié de la zone (les âges varient de 6 mois et plus) et dans les zones ayant une faible couverture vaccinale. • Identifier les groupes à haut risque et prendre des mesures pour réduire l'exposition aux moustiques. • Améliorer les campagnes de vaccination de routine et de masse en incluant la fièvre jaune dans les zones à haut risque.
Autres actes de surveillance	<p>Temps : graphique des cas et des décès hebdomadairement. Pendant une épidémie, faire un graphique des cas et des décès chaque semaine. Faire une courbe épidémique pendant l'épidémie.</p> <p>Lieu : marquer l'emplacement des ménages des cas et leur profession sur une carte précise.</p> <p>Personnes: rapporter les renseignements épidémiologiques cas par cas pour les patients et les décès. Notifier les totaux récapitulatifs chaque mois. Pendant l'épidémie, compter les cas et les décès chaque semaine. Analyser selon l'âge, et aussi selon le statut vaccinal . Evaluer les facteurs de risque pour renforcer la prévention des épidémies sporadiques. La description des cas selon l'âge, couplée à l'histoire vaccino-logique locale, aidera à rationaliser la recommandation d'un groupe d'âge prioritaire en cas de campagne de vaccinations de masse.</p>
Référence	Directives de district pour la surveillance de la fièvre jaune, OMS 1998.

Infections Sexuellement Transmissibles (Écoulement urétral, ulcère génital de l'homme et de la femme)

Description	<p>Les infections des appareils génito-urinaires et de reproduction humaine (maladies sexuellement transmissibles, IST) sont transmises par contact sexuel. Les causes les plus courantes de l'écoulement urétral chez l'homme sont : a) l'agent de la gonococcie (<i>Neisseria gonorrhoea</i>) et b) <i>Chlamidia trachomatis</i>. Les causes les plus courantes de l'ulcère génital de l'homme et de la femme sont : c) la syphilis (<i>Treponema pallidum</i>), d) le virus de l'herpès simplex (HSV1 ou 2) et e) le chancre (<i>Haemophilus ducreyi</i>).</p> <p>Endémiques dans la plupart des pays du monde, les IST peuvent avoir une forte prévalence dans les zones frappées par le VIH et facilitent la transmission du VIH. Les IST sont une des principales causes de l'avortement et des morts-nés, de la prématurité et des infections congénitales. Elles peuvent causer la maladie inflammatoire pelvienne (MIP), une cause importante de la baisse de la fécondité.</p> <p>Les périodes d'incubation de la gonorrhée sont de 2 à 7 jours ; la chlamydiae 7 à 14 jours (ou plus) ; la syphilis, 1 à 12 semaines (généralement autour de 3 semaines), et le chancre, 3 à 14 jours. Les IST sont souvent plus faciles à diagnostiquer chez l'homme que chez la femme, car chez l'homme les symptômes cliniques de l'infection sont plus visibles.</p>
But de la surveillance	<p>Prévention secondaire par la détection et le traitement précoce</p> <p>Suivre la sensibilité anti-microbienne au laboratoire et modifier en conséquence les directives de traitement au niveau national.</p> <p>Comparer les données de surveillance aussi bien pour les IST que pour le VIH/SIDA étant donné que les IST peuvent indiquer une co-présence du VIH.</p>
Définition recommandée des cas	<p>Cas suspect:</p> <p>Syndrome de l'ulcère génital (non vésiculaire) : tout homme ayant un ulcère sur le pénis, le scrotum ou le rectum avec ou sans adénopathie inguinale ou toute femme ayant un ulcère sur la lèvre, le vagin ou le rectum avec ou sans adénopathie inguinale.</p> <p>Syndrome de l'écoulement urétral : tout homme ayant un écoulement urétral avec ou sans dysurie.</p> <p>Cas confirmés:</p> <p>Syndrome de l'ulcère génital (non vésiculaire) : tout cas suspect confirmé par un test de laboratoire.</p> <p>Syndrome de l'écoulement urétral : un cas suspect confirmé par un test de laboratoire (par exemple</p>
Référence	<p><i>Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance</i>. Geneva. UNAIDS and World Health Organization. WHO/CDS/CSR/EDC/99.3. UNAIDS/99.33E.</p>

Lèpre

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La lèpre est une maladie mycobactérienne chronique de la peau, des nerfs périphériques et des muqueuses des voies aériennes supérieures. La maladie se transmet essentiellement par la voie aérienne à partir de sécrétions nasales de malades infectés par le bacille de Hansen (BH) et par inoculation à travers une lésion de la peau. La lèpre est endémique dans plusieurs régions tropicales à travers le monde, y compris l'Afrique. • Les malades sont classés en deux groupes, en fonction de la présence ou de l'absence de signes cutanés et nerveux : <ul style="list-style-type: none"> -- Les malades multibacillaires (MB) présentant plus de 5 taches cutanées et plusieurs épaissements nerveux. -- Les malades paucibacillaires (PB) présentant une à cinq taches cutanées et un seul épaissement nerveux. • La lutte contre la lèpre s'est améliorée considérablement grâce à la polychimiothérapie préconisée par l'OMS. La polychimiothérapie alliant deux ou trois médicaments (rifampicine, clofazimine et dapsone) est très efficace dans le traitement de la lèpre. À la fin de l'année 1999, la prévalence de la lèpre dans les pays africains était de 1,6 cas par 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 rare, même parmi les contacts les plus proches des malades. Les malades multibacillaires sont très contagieux, mais leur caractère infectieux baisse rapidement dès l'administration de la polychimiothérapie. La lèpre peut être compliquée par des névrites et des réactions lépreuses, entraînant une détérioration et des invalidités aux mains, aux pieds, et aux yeux. • Historiquement, la lèpre a été associée à l'isolement social et des conséquences psychosociales. Cette stigmatisation sociale persiste encore dans certains pays d'Afrique. • Certaines maladies de la peau telles que la dartre (ou pytiriasis versicolor), les mycoses, le vitiligo, la sclérodermie, le psoriasis, le lupus érythémateux disséminé et la maladie de Von Recklinghausen peuvent être prises pour la lèpre.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Suivre les tendances des pays vers l'objectif d'élimination de la lèpre qui est définie comme la réduction de la prévalence à moins de 1 cas pour 10 000 habitants. • Là où la bacilloscopie est de mise, surveiller la sensibilité des BH aux médicaments utilisés pour la polychimiothérapie.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Personne présentant l'un des trois signes cardinaux de la lèpre : lésion hypopigmentée ou rougeâtre de la peau, perte ou baisse de sensibilité sur les taches cutanées, épaissement du nerf périphérique.</p> <p>Cas confirmé: Personne présentant au moins deux signes cardinaux de la lèpre et qui n'a pas achevé un traitement complet grâce à la polychimiothérapie.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies dont l'élimination est prévue</p>	<p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le cas suspect au niveau approprié du système de santé. • Faire des investigations sur le cas pour rechercher les facteurs de risque.

	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer une prise en charge appropriée : <ul style="list-style-type: none"> -- Les malades MB doivent être traités pendant 12 mois avec un schéma thérapeutique à trois médicaments (12 plaquettes de MB à prendre pendant une période de 18 mois). -- Les malades PB doivent être traités pendant 6 mois avec un schéma thérapeutique à deux médicaments (6 plaquettes de PB à prendre pendant une période de 9 mois)
Répondre au seuil d'action pour les maladies dont l'élimination est prévue	<p>Si un cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Examiner les malades pour rechercher les signes cutanés et nerveux à chaque visite en vue de diagnostiquer et traiter les réactions et détériorations dues à lèpre. • Déterminer les facteurs de risque d'interruption du traitement (par exemple, stocks insuffisants des médicaments de polychimiothérapie dans les centres de santé, mauvaise accessibilité des villages où résident les malades, etc.) Donner suffisamment de plaquettes pour un traitement complet aux malades incapables de se rendre tous les mois dans un centre de santé. • Identifier tout accroissement ou baisse rapide de nouveaux cas pendant une période donnée. Evaluer la qualité de la surveillance dans les régions où on suspecte la sous ou la sur-notification. Contrôler la distribution des médicaments de polychimiothérapie.
Analyser et interpréter les données	<p>Temps : Etablir un graphique des cas précisant la date de diagnostic et si le traitement a commencé.</p> <p>Lieu : Faire le diagramme des cas en tenant compte de l'emplacement des maisons et de la classification de la maladie (MB ou PB)</p> <p>Personne : Faire les totaux mensuels des cas détectés par type de lèpre (MB ou PB). Analyser la répartition par âge et par degré d'invalidité, ainsi que les résultats du traitement (guérison, défaillements, rechutes).</p>
Référence	<p><i>Guide pour l'élimination de la lèpre en tant que problème de santé publique, Deuxième édition, 1997. Programme d'action pour l'élimination de la lèpre, Organisation mondiale de la Santé. WHO/CTD/LEP/94.2.</i></p>

Méningite

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infection aiguë du système nerveux central généralement causée par <i>Neisseria meningitidis</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, ou <i>Streptococcus pneumoniae</i>, bactéries encapsulées transmises de l'homme à l'homme par des gouttelettes véhiculées par l'air. • Dans les pays où la méningite est épidémique, de grandes épidémies dues à <i>N. meningitidis</i> (incidence supérieure à 1 cas pour 1000 habitants) peuvent se déclarer de novembre à mai. En dehors de la région où la méningite est épidémique, des flambées moins importantes peuvent éclater toute l'année. La période d'incubation dure de 2 à 10 jours. Le taux d'attaque est plus élevé chez les enfants de moins de 15 ans. Les taux de létalité se situent généralement entre 10 et 20% chez les malades traités, et à plus de 70% pour les cas non traités. On n'a pas encore détecté de résistance antimicrobienne de <i>N. meningitidis</i> au chloramphénicol en Afrique. Cependant, la résistance aux sulfamides est répandue. • La méningite virale ou tuberculeuse et les infections opportunistes liées au VIH peuvent simuler la méningite épidémique. La méningite à hémophilus survient surtout chez les moins de 5 ans.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter rapidement les flambées de méningite et confirmer l'étiologie des 5 à 10 premiers cas. Effectuer la ponction lombaire et la coloration de Gram du liquide cérébro-spinal (CSF) sur tous les cas suspects de méningite là où c'est possible pour confirmer l'étiologie de la méningite en vue de meilleures prise en charge et surveillance. • Périodiquement, effectuer le sérogroupage de l'agent causal en vue de déterminer si l'épidémie est évitable par la vaccination. • Effectuer des tests périodiques de sensibilité des germes causaux pour la pénicilline et le chloramphénicol.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Toute personne présentant une fièvre apparue subitement (>38,5°C de température rectale ou 38,0°C de température axillaire) et l'un des signes suivants : raideur de la nuque, conscience altérée ou autre signe méningitique.</p> <p>Cas confirmé: Cas suspect confirmé par isolement de <i>N. meningitidis</i> du liquide cérébro-spinal ou du sang.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si le seuil d'alerte est atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Population supérieure à 30 000, 5 cas pour 100 000 habitants par semaine. • Population inférieure à 30 000, 2 cas en 1 semaine ou augmentation du nombre par rapport à la même période les années précédentes. <p>Répondre au seuil d'alerte :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le niveau suivant du système de santé et enquêter sur les cas • Confirmer les cas. • Traiter et assurer une prise en charge appropriée des cas grâce au chloramphénicol huileux. • Intensifier la surveillance pour rechercher d'autres cas dans la région. Préparer l'exécution d'une campagne de vaccination de masse.

<p>Répondre au seuil d'action pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si le seuil d'action est atteint :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Population supérieure à 30 000 : une survenue de 15 cas pour 100 000 habitants par semaine confirme l'épidémie en toute circonstance. S'il n'y a pas eu d'épidémie au cours des 3 dernières années et si la couverture vaccinale pour la méningite à méningocoques est < 80%, le seuil d'action se situe à 10 cas pour 100 000 habitants par semaine. • Population inférieure à 30 000 : 5 cas en 1 semaine ou la multiplication par deux du nombre de cas sur une période de 3 semaines. <p>Répondre au seuil d'action:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lancer la campagne de vaccination de masse • Distribuer les ressources pour le traitement des cas dans les centres de santé • Traiter conformément au protocole recommandé • Informer le public • Définir la tranche d'âge la plus exposée (généralement les personnes âgées de 1 à 30 ans) et achever la campagne de vaccination de masse dans les 10 jours qui suivent la détection de l'épidémie. • Mobiliser la communauté en vue de la détection et du traitement rapide des cas, et améliorer la couverture vaccinale pendant les campagnes de vaccination de masse pour lutter contre les épidémies.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Dans les pays sujets aux épidémies de méningite, pendant la période épidémique, établir un graphique des cas et des décès hebdomadaires. Sinon, faire un des tendances mensuelles relatives aux cas et aux décès. Tracer une courbe épidémique des cas liés à la flambée.</p> <p>Lieu : Pendant les épidémies, (pas en situation d'endémie), faire un diagramme relatif à l'emplacement des maisons ayant des cas. Evaluer la distance qui les sépare de la formation sanitaire la plus proche.</p> <p>Personne : Faire le total des cas sporadiques et des cas liés aux flambées. Faire l'analyse de la répartition par âge.</p> <p>Taux de létalité cible : < 10%</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Rapport épidémiologique hebdomadaire N° 38, septembre 2000</i> (http://www.who.int/wer/pdf/2000/wer7538.pdf).</p>

Nouveaux cas de SIDA

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA) est causé par un rétrovirus, le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) qui est transmis d'homme à homme à travers les rapports sexuels, les piqûres d'aiguilles souillées, la transfusion sanguine, les voies transplacentaires ou transvaginales, le lait maternel ou autres contacts directs avec des liquides biologiques humains infectés. • Le SIDA clinique apparaît à un stade avancé de l'infection à VIH et à la suite de l'immunodépression, avec des taux réduits de lymphocytes T et une baisse de leur activité. L'atteinte d'organes vitaux par le VIH et les infections opportunistes entraînent la mort si l'évolution du virus n'est pas interrompue par des médicaments capables d'éliminer le virus (thérapie aux antirétroviraux). Lorsque l'infection à VIH évolue vers la maladie, les symptômes sont généralement dus à l'incapacité du système immunitaire de résister à d'autres maladies infectieuses appelées infections opportunistes (IO). Il s'agit, entre autres, de la tuberculose, la pneumonie bactérienne ou septicémie, les candidoses oropharyngées, la diarrhée chronique, les infections chroniques de la peau, de l'herpès récidivant, etc. • Vingt-quatre millions d'Africains, près d'un adulte sur dix entre 15 et 49 ans, vivent avec le VIH. L'impact de l'épidémie peut déjà être mesuré avec une forte augmentation de la morbidité et de la mortalité chez les adultes et les enfants. Le VIH/SIDA est maintenant la cause principale de mortalité chez les adultes dans la région africaine. • La période d'incubation est approximativement de 1 à 3 mois à partir de l'infection jusqu'au moment où les anticorps peuvent être détectés par un examen de laboratoire. Le temps qui s'écoule de l'infection à VIH à l'apparition du SIDA déclaré est généralement de 7 à 9 ans. • Facteurs de risque : les populations qui courent le risque des plus élevés de contracter le VIH sont les professionnelles du sexe affectés ou non par d'autres infections sexuellement transmises (IST). Certaines IST peuvent favoriser la transmission du VIH. Les autres groupes à risque comprennent les consommateurs de drogue par voie intraveineuse, les malades qui reçoivent des produits sanguins non testés et les enfants nés de mères infectées par le VIH. • La tuberculose, la leishmaniose viscérale, la trypanosomiase, et d'autres infections bactériennes, parasitaires, et virales subaiguës ou chroniques peuvent provoquer des syndromes similaires.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mesurer l'impact des interventions contre le SIDA à travers le suivi des tendances de l'incidence et de la prévalence des infections VIH, du SIDA et des IST : sites sentinelles, enquêtes et études spéciales (voir deuxième génération de surveillance VIH/SIDA/IST) • Mesurer le poids et suivre les tendances du VIH/SIDA dans le district grâce aux données recueillies • Suivre les changements survenus quand à l'épidémiologie locale du sida, des IST, des infections opportunistes, y compris la tuberculose, et des facteurs de risque (y compris comportementaux) afin d'adapter les stratégies de lutte contre les maladies. • Améliorer le dépistage du VIH/SIDA
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>L'OMS/AFRO recommande pour la surveillance du SIDA que les pays utilisent la définition de cas de Bangui ou celle d'Abidjan. Un ELISA positif pour le</p>

	dépistage du VIH et un test rapide de confirmation positif sont suffisants pour la définition d'un cas d'infection VIH aux fins de surveillance épidémiologique.
Interventions de santé publique	<ul style="list-style-type: none"> • Assurer le suivi des IST et infections opportunistes locales, y compris la TB, comme cofacteurs possibles du VIH. • Améliorer le pourcentage de cas suspects VIH/SIDA confirmés par un test sérologique. • Surveiller l'utilisation des préservatifs par les professionnels du sexe. • Fournir des services de conseil et de dépistage volontaire au niveau local et à celui du district. • Le traitement des cas individuels grâce aux antirétroviraux n'est pas encore largement répandu dans la plupart des pays africains. Le diagnostic et le traitement rapide des infections opportunistes liées au SIDA peuvent prolonger l'espérance de vie mais ceci n'a pas fait l'objet d'une évaluation importante dans les pays en développement. • Promouvoir l'utilisation des préservatifs, surtout parmi les groupes à haut risque. • Traiter les IST, notamment la syphilis, le chancre mou et d'autres ulcérations génitales. • Mobiliser des donateurs bénévoles de sang et rationaliser la transfusion. • Promouvoir de bonnes pratiques de lutte contre les infections dans les formations sanitaires de district. • Eduquer les malades et leurs partenaires sexuels afin qu'ils s'abstiennent de donner sang, tissus, sperme ou lait maternel.
Analyser et interpréter les données	Temps : notifier tous les nouveaux cas de SIDA du mois. En fin d'année, dresser le bilan y compris les tendances de la sero-surveillance VIH, de la surveillance des IST et des enquêtes spéciales (études socio-comportementales, sensibilité des agents pathogènes aux antimicrobiens) etc.
Référence	<i>Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance.</i> Geneva. UNAIDS and World Health Organization. WHO/CDS/CSR/EDC/99.3. UNAIDS/99.33E.

Onchocercose

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infection filarienne de la peau et de l'œil causé par <i>Onchocerca volvulus</i> transmise par la piqûre de la femelle de la simulie ou mouche noire du genre <i>Simulium</i>. • La quasi totalité des 18 millions de personnes qui seraient infectées dans le monde (parmi lesquelles plus de 250 000 sont aveugles) vivent dans 26 pays africains. L'onchocercose est la deuxième cause infectieuse majeure de cécité dans le monde. Elle provoque des problèmes débilissants de la peau, entraînant des baisses considérables de la productivité dans les régions où elle est endémique. Des villages entiers se sont éloignés des terres fertiles proches des rivières où les simulies se reproduisent. • La période d'incubation dure plusieurs années, voire des décennies et il faut des infections répétées pour que la maladie se manifeste. La forme clinique de la maladie est rare chez les enfants, même dans les régions d'endémie. • D'autres filaires (<i>Loa loa</i> par exemple) et maladies chroniques de la peau et de l'œil peuvent provoquer des manifestations cliniques similaires.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter précocement aux fins de réduction, les reprises de la transmission du parasite là où celle-ci avait été interrompue (zones couvertes par le programme oncho). • Surveillance périodique dans les villages choisis comme sites sentinelles : tests de dépistage par pansement à la diéthylcarbamazine (DEC) ; en cas de réaction positive du test à la DEC, il faut procéder à la confirmation par examen microscopique du prélèvement de biopsie cutanée exsangue que l'on doit pratiquer chez chaque suspect.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: dans une région d'endémie, toute personne présentant des nodules fibreux sous-cutanés, ou chez laquelle le test à la DEC est positif.</p> <p>Cas confirmé: cas suspect confirmé en laboratoire par la présence d'un ou de plusieurs éléments suivants : microfilaires dans les prélèvements de peau, vers adultes dans les nodules excisés, ou manifestations oculaires typiques (tel que l'observation grâce à la lampe à fente, de microfilaires dans la cornée, la chambre antérieure, ou le corps vitré).</p>
<p>Répondre à une flambée suspecte pour d'autres maladies importantes au plan de la santé publique</p>	<p>Si un cas suspect est détecté :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le cas selon les directives nationales • Recueillir un prélèvement pour la confirmation du cas • Mener des investigations sur le cas pour en déterminer la cause • Traiter le cas suivant les directives nationales.
<p>Répondre à une flambée confirmée pour d'autres maladies importantes au plan de la santé publique</p>	<p>Si un cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Faire une enquête sur les mouvements de population pour déterminer les origines de l'infection et lancer les activités de lutte. • Mener des activités de lutte antivectorielle suivant les directives du Programme de lutte contre l'onchocercose. • Administrer des traitements périodiques de masse avec l'ivermectine dans les régions endémiques au cours des 10 années précédentes. • Organiser la détection active des cas par des enquêtes sur la population (dépistage par test à la DEC) et des prélèvements de peau (biopsie cutanée exsangue)

Analyser et interpréter les données	<p>Temps : Faire le graphique trimestriel des cas.</p> <p>Lieu : Matérialiser sur un diagramme la répartition du lieu d'habitation et du lieu de travail des malades</p> <p>Personne : Faire chaque trimestre le décompte des cas et l'analyse de la répartition par âge.</p>
Référence	<p><i>Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance. Deuxième Edition, WHO/CDS/CSR/ISR/99.2.</i></p>

Paludisme

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le paludisme est une maladie tropicale à forte prévalence qui se manifeste par la fièvre suite à la piqûre infectante de l'anophèle femelle qui transmet un parasite, <i>Plasmodium falciparum</i>, <i>P. ovale</i>, <i>P. vivax</i>, ou <i>P. malariae</i>. Le paludisme grave est dû à <i>P. falciparum</i> et peut aboutir à une anémie grave et une complication cérébrale. • Le paludisme est encore la cause majeure de morbidité et de mortalité dans plusieurs pays africains. Il entraîne 900 000 décès par an sur le continent africain, principalement chez les enfants de moins de 5 ans et les femmes enceintes. • La période d'incubation (depuis la piqûre jusqu'au début des symptômes) est de 7 à 30 jours. Elle peut être plus longue, surtout avec les espèces non-<i>P. falciparum</i>. • La transmission du paludisme a un caractère hautement saisonnier dans certaines régions des pays africains. • Le <i>P. falciparum</i> est souvent résistant à la chloroquine et devient progressivement résistant à la sulfadoxine-pyriméthamine, et à d'autres médicaments.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter rapidement les épidémies de paludisme, surtout dans les régions à transmission épidémique saisonnière ou ayant une forte proportion de la population à risque. • Améliorer le pourcentage de cas de paludisme confirmé par microscopie. • Surveiller la résistance aux anti-paludiques des cas sporadiques et surtout des cas liés aux flambées. Désigner des groupes de populations sur des sites sentinelles pour surveiller la résistance anti-microbienne.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Paludisme simple : Toute personne présentant de la fièvre ou de la fièvre avec mal de tête, douleurs au dos, frissons, sueurs, myalgies, nausées, et vomissements, et diagnostiquée au plan clinique comme souffrant de paludisme.</p> <p>Paludisme simple confirmé : Toute personne présentant de la fièvre, ou de la fièvre avec mal de tête, douleurs au dos, frissons, sueurs, myalgies, nausées et vomissements et ayant reçu une confirmation de laboratoire après l'examen de goutte épaisse ou d'autres examens à la recherche des parasites du paludisme.</p> <p>Paludisme grave Toute personne hospitalisée avec un premier diagnostic de paludisme confirmé par un examen de laboratoire positif (goutte épaisse ou frottis) quand à la présence d'hématozoaires.</p> <p>Paludisme avec anémie grave Tout enfant de 2 mois à 5 ans souffrant de paludisme et, s'il s'agit d'un malade en consultation externe, présentant une pâleur palmaire grave, ou d'un malade hospitalisé, avec un examen de laboratoire confirmant l'anémie grave. <i>(Remarque : Les nourrissons de moins de 2 mois sont souvent considérés comme des cas d'infection bactérienne grave et sont transférés pour une meilleure évaluation.)</i></p>

Répondre à une flambée suspecte pour d'autres maladies importantes au plan de la santé publique	Si le nombre de nouveaux cas ou de décès de paludisme augmente de façon inhabituelle par rapport à la même période au cours des années précédentes non-épidémiques : <ul style="list-style-type: none"> • Notifier une épidémie suspecte au niveau suivant. • Traiter les cas avec des antipaludiques 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 pour que les cas soient rapidement dépistés et conduits vers les formations sanitaires.
Répondre à une flambée confirmée pour d'autres maladies importantes au plan de la santé publique	Si le nombre de nouveaux cas dépasse la limite supérieure des cas observés pendant une période non - épidémique précédente au cours des années antérieures : <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer et améliorer, le cas échéant, les stratégies de prévention, telles que l'utilisation des moustiquaires imprégnées d'insecticides, surtout pour les petits enfants, les femmes enceintes, et les autres groupes à haut risque.
Analyser et interpréter les données	Temps : Faire le graphique du nombre mensuel de cas. Tracer une courbe épidémique pendant les flambées. Lieu : Faire le diagramme de l'emplacement des maisons ayant de nouveaux cas et des décès. Personne : Faire le décompte mensuel des nouveaux cas et des décès liés au paludisme et faire l'analyse de la répartition par âge et par temps d'apparition de la maladie.
Référence	<i>Malaria epidemics: Detection and control, forecasting and prevention.</i> Geneva. World Health Organization. WHO/MAL/98.1084.

Remarque : Définition du seuil épidémique

Le Programme national de lutte contre le paludisme peut aider les districts et les centres de santé à déterminer des seuils appropriés leur permettant de détecter d'éventuelles épidémies. En l'absence d'un seuil défini par le programme national, la méthode suivante peut être utilisée pour déterminer le seuil de détection d'une épidémie de paludisme. Le seuil est déterminé à l'aide de la moyenne et du 3e quartile d'une période donnée (par exemple, des données mensuelles d'une formation sanitaire ou d'un district de santé sur 5 ans) :

1. Vérifier le nombre de cas mensuels de paludisme dans une formation sanitaire ou un district de santé spécifique pendant les 5 dernières années.
2. Déterminer la moyenne pour chaque mois (par exemple, chaque mois de janvier pendant les 5 dernières années). Classer par ordre croissant les données mensuelles pour chacune des cinq années, de bas en haut. Identifier le nombre qui se trouve au milieu de chaque série de mois (par exemple, la série de données pour les mois de janvier) pendant les cinq années. C'est la médiane. Répéter ce processus pour chaque mois pendant les cinq années.
3. Déterminer en partant du bas vers le haut le 4e nombre le plus élevé dans chaque série. Ce nombre est le 3e quartile des séries de données mensuelles. Il représente la limite supérieure du nombre normal de cas de paludisme attendu.

4. Matérialiser sur un diagramme le 3e quartile de chaque série de données mensuelles pendant la période de cinq ans et joindre les points par une ligne. Cette ligne représente la limite supérieure du nombre de cas attendu.
5. Matérialiser sur un diagramme la moyenne de chaque série de données mensuelles pendant la période de cinq ans et joindre les points par une ligne. Cette ligne représente la limite inférieure du nombre de cas attendu.
6. Si le nombre de nouveaux cas mensuels est au-dessus du 3e quartile (limite supérieure), c'est le signe d'une éventuelle épidémie de paludisme.

Source : Programme régional OMS/AFRO de lutte contre le paludisme

Peste

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Zoonose, infection bactérienne systémique causée par <i>Yersinia pestis</i> (bacille de la peste) généralement transmis à l'homme par les rongeurs et leurs puces. • Formes principales de la maladie : bubonique, pulmonaire, et septicémique ; de grandes épidémies peuvent éclater tant dans les milieux urbains que ruraux. • La période d'incubation est de 1 à 7 jours. • Le taux de létalité peut dépasser 50-60% pour la peste bubonique non traitée et avoisiner 100% pour la peste pulmonaire ou septicémique non traitée ; cependant, il est souvent inférieur à 1% en cas de traitement approprié. • Facteurs de risque : vie en milieu rural ; exposition à des populations de rongeurs sauvages ou domestiques infectés et à leurs puces.
<p>Le but de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter rapidement les épidémies de peste. Vérifiez l'étiologie de tous les cas suspects non liés aux épidémies et des 5 à 10 premiers cas liés aux épidémies.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Toute personne présentant les signes suivants : fièvre d'apparition soudaine, frissons, maux de tête, malaise grave, prostration et inflammation très douloureuse des ganglions lymphatiques, ou toux avec crachats teintés de sang, douleurs de la poitrine, et difficulté à respirer.</p> <p>Cas confirmé: Cas suspect confirmé par l'isolement de <i>Yersinia pestis</i> dans le sang ou aspiration de bubons, ou lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une épidémie.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier les données de ce cas au niveau suivant. • Faire un prélèvement pour la confirmation du cas. • Faire des recherches sur le cas. • Traiter le malade avec la streptomycine, la gentamicine ou le chloramphénicol, et soumettre les contacts proches à la chimioprophylaxie avec administration de la tétracycline pendant sept jours à compter de la date de dernière exposition.
<p>Répondre au seuil d'action pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si le cas suspect est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Isoler les malades de la peste pulmonaire et leurs contacts en prenant des mesures contre la transmission par l'air (port de masques, par exemple) jusqu'à ce qu'ils aient été soumis pendant 48 heures au moins à un traitement antibiotique approprié. • Mobiliser la communauté pour la détection et le traitement rapide des cas, et pour qu'elle puisse identifier la mort massive des rongeurs comme le signe d'une éventuelle épidémie imminente. • Identifier les groupes de la population à haut risque grâce à l'analyse selon le temps, le lieu et les caractéristiques de personne. • Réduire l'incidence des cas sporadiques et de ceux liés aux épidémies par l'amélioration de la lutte contre les rongeurs (évacuer les ordures, les restes de nourriture, et détruire les gîtes de rats) et promouvoir la protection contre les puces par application de répulsifs sur la peau et les

	vêtements, et lutte contre les puces (surtout dans les habitations, les ports et les aéroports).
Analyser et interpréter les données	<p>Temps : Faire le graphique des tendances mensuelles des cas et des décès. Tracer la courbe épidémique des cas liés aux flambées.</p> <p>Lieu : Faire un diagramme de l'emplacement du lieu d'habitation des cas.</p> <p>Personne : Notifier sans tarder chaque cas et décès pour la surveillance de routine. Faire le décompte hebdomadaire des cas et des décès liés aux flambées. Analyser la répartition selon l'âge et estimer les facteurs de risque en vue d'améliorer la lutte contre les cas sporadiques et les épidémies.</p>
Référence	<i>Manuel de la Peste: Epidémiologie, Répartition, Surveillance et Lutte</i> WHO/CDS/CSR/EDC/99.2.

Paralysie flasque aiguë et Poliomyélite (PFA/Polio)

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les poliovirus (genre Enterovirus) de types sérologiques 1, 2, et 3 sont transmis d'un individu à l'autre par la voie oro-fécale. • La période d'incubation est de 7 à 14 jours pour les cas paralytiques et la période de contagiosité est de 3 à 35 jours environ. Noter que les personnes immunodéprimées peuvent héberger le virus pendant plusieurs années. • L'infection est généralement asymptomatique, mais elle peut provoquer un syndrome fébrile avec ou sans méningite. Moins de 5% des infections aboutissent à la paralysie, le plus souvent d'une seule jambe. • La polio infection est presque exclusivement l'apanage des enfants, avec n'importe laquelle des 3 types sérologiques du poliovirus. L'immunité est spécifique au type sérologique et dure toute la vie. • La poliomyélite avec paralysie, bien que n'étant souvent pas fatale, a des conséquences sociales et économiques dévastatrices pour les individus affectés. • Le Programme d'éradication de la polio a presque interrompu la transmission du poliovirus sauvage dans le monde grâce au vaccin poliomyélique oral (VPO). Au plan mondial, le poliovirus de type 2 semble avoir été éliminé. Les types sérologiques 1 et 3 circulent encore dans plusieurs pays africains, et la surveillance n'est pas encore adéquate pour assurer l'éradication dans de nombreux pays. • Les régions à faible couverture vaccinale favorisent la poursuite de la transmission du poliovirus sauvage. • D'autres maladies neurologiques peuvent être à l'origine de la PFA. C'est le cas du syndrome Guillain-Barré et de la myélite transverse.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notification immédiate de chaque cas de poliomyélite. Notification mensuelle de l'ensemble des cas pour la surveillance de routine et hebdomadaire pour les flambées. • Détecter les cas de paralysie flasque aiguë (PFA) et obtenir la confirmation de laboratoire sur l'étiologie de tous les cas suspects de PFA. Obtenir au moins deux échantillons de selles dans les 14 jours qui suivent le début de la paralysie pour l'isolement du virus. • La surveillance des PFA est utilisée pour détecter tous les vrais cas de poliomyélite avec paralysie. La performance de surveillance cible pour la certification de l'éradication de la polio est de 1 cas de PFA par an pour 100 000 personnes de moins de 15 ans. On y a proposé d'ajouter une complétude et une promptitude du réseau de surveillance d'au moins 80% au niveau des districts sanitaires.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect : Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë ou toute personne souffrant d'une maladie paralytique à n'importe quel âge et chez qui le clinicien suspecte la poliomyélite.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect avec isolement du virus dans les selles.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies dont l'éradication est prévue</p>	<p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier immédiatement le cas suspect suivant les directives du programme national d'éradication de la polio. • Mener des investigations sur chaque cas. Tenir compte du passé vaccinal du malade. • Recueillir deux échantillons de selles. Recueillir le premier lors des investigations sur le cas. Recueillir un deuxième échantillon du même

	<p>malade 24 à 48 heures plus tard. Voir les directives de laboratoire pour les détails sur la façon de préparer, de stocker et d'acheminer les prélèvements.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obtenir les données virologiques du laboratoire de référence pour confirmer si la poliomyélite est due au poliovirus sauvage ou à celui vaccinal.
<p>Répondre au seuil d'action pour les maladies dont l'éradication est prévue</p>	<p>Si un cas est confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si un poliovirus sauvage a été isolé des échantillons de selles, consulter les directives du programme national d'éradication de la polio pour prendre connaissance des mesures préconisées. Le choix des actions à entreprendre se fera au niveau national et pourra inclure : <ul style="list-style-type: none"> -- l'énumération des raisons pour lesquelles chaque individu non-vacciné ne l'a pas été, et la correction des lacunes identifiées. -- l'organisation immédiate des campagnes de ratissage dans le voisinage du cas identifié. -- des enquêtes permettant d'identifier les zones à faible couverture VPO dans le cadre des activités de routine du PEV, et l'amélioration de la couverture de routine du VPO et d'autres antigènes du PEV. -- l'organisation de campagnes de vaccination supplémentaire lors des journées nationales de vaccination (JNV) ou des journées locales de vaccination (JLV). Axer les activités de vaccination supplémentaire sur les zones à faible couverture vaccinale. Envisager le recours aux équipes de vaccination porte à porte dans certaines localités.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Faire le graphique des cas mensuels (lequel devrait montrer la rareté des cas selon le lieu et par an), ou des cas hebdomadaires pendant une flambée. Calculer le pourcentage des cas suspects notifiés dans les 48 heures et le pourcentage des cas dont le prélèvement est parvenu en bon état au laboratoire.</p> <p>Lieu : Faire une carte de la distribution géographique (lieu d'habitation) des cas. Mener des investigations poussées sur les circonstances de la transmission du poliovirus dans chaque cas. Examiner la possibilité de l'existence d'autres zones potentielles de transmission.</p> <p>Personnes : Faire le décompte mensuel des cas de routine et des cas liés aux flambées. Analyser la répartition par âge et selon le statut vaccinal. Evaluer les facteurs de risque de la faible couverture vaccinale s'il y en a.</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Field Guide for Supplementary Activities Aimed at Achieving Polio Eradication.</i> World Health Organization.</p>

Pneumonie

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Infection des voies respiratoires inférieures causée par des bactéries ou des virus transmis d'une personne à l'autre par des gouttelettes respiratoires. Les principales bactéries responsables de la pneumonie chez les enfants sont : <i>Streptococcus pneumoniae</i> (pneumocoque) et <i>Haemophilus influenzae</i> type b (Hib). • Les infections respiratoires aiguës (IRA) et la pneumonie constituent la première cause de mortalité chez les enfants de moins de 5 ans. • La période d'incubation est généralement de moins de 7 jours, en fonction de l'étiologie. • L'OMS et l'UNICEF recommandent la mise en œuvre de la stratégie de la PCIME pour réduire la morbidité et la mortalité dues à la pneumonie chez l'enfant. Il a été démontré que le traitement antimicrobien rapide réduit la mortalité. • La résistance du pneumocoque et de l'Hib aux bêta-lactamines (par exemple, ampicilline), aux sulfonamides (par exemple, triméthoprim-sulfaméthoxazole) et autres antimicrobiens augmente. • Des virus tels que le virus syncytial respiratoire (VSR) peut aussi causer des IRA et la pneumonie.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détection rapide des cas de pneumonie et des épidémies à l'aide des définitions de cas cliniques. • Surveiller la résistance antimicrobienne de façon régulière et pendant les flambées. • Réduire l'incidence des cas de pneumonie grave par rapport aux cas de pneumonie simple pour contrôler la qualité des interventions.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Définition de cas clinique de la pneumonie (PCIME) : Enfant présentant de la toux ou des difficultés à respirer et :</p> <ul style="list-style-type: none"> -- 50 mouvements respiratoires ou plus par minute pour les enfants de 2 mois à 1 an -- 40 mouvements respiratoires ou plus par minute pour les enfants de 1 à 5 ans. <p><i>(Remarque : un bébé de 0 à 2 mois qui tousse et dont la respiration est rapide est classée dans le cadre de la PCIME dans la catégorie « infection bactérienne grave » et est orienté ailleurs pour un examen plus poussé.)</i></p> <p>Définition de cas clinique de la pneumonie grave (PCIME) : Enfant qui présente de la toux ou des difficultés à respirer et tout signe général de danger, ou une dépression de la poitrine (tirage) ou un stridor chez un enfant calme. Les signes généraux de danger chez les enfants de 2 mois à 5 ans sont : l'incapacité de boire ou de téter, le renvoi de tout ce qui est ingéré, les convulsions, la léthargie, ou la perte de connaissance.</p> <p>Cas confirmé : La confirmation de la pneumonie par radiographie ou en laboratoire ne sera pas possible dans la plupart des districts.</p>

<p>Répondre à une flambée suspecte pour d'autres maladies importantes au plan de la santé publique</p>	<p>Si vous observez une augmentation du nombre de cas ou de décès sur une période donnée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le problème au niveau suivant. • En rechercher les causes et identifier le problème. • Vérifier que les cas sont pris en charge d'après les directives de la PCIME. • Traiter convenablement les cas à l'aide des médicaments antimicrobiens recommandés.
<p>Répondre à une flambée confirmée d'autres maladies importantes au plan de la santé publique</p>	<p>Si le nombre de cas ou de décès augmente et atteint le double du nombre souvent enregistré par le passé lors de périodes semblables :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer l'application des directives de la PCIME par les agents de santé lorsqu'ils examinent, classent et traitent les enfants souffrant de pneumonie et de pneumonie grave. • Identifier les populations à haut risque à l'aide de l'analyse selon des caractéristiques de personne, de lieu et de temps. • Eduquer la communauté au sujet du moment où il faut se faire soigner en cas de pneumonie.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Faire le graphique mensuel des cas et des décès. Tracer la courbe épidémique des cas de flambée. Faire un diagramme des données mois après mois et comparer avec les périodes antérieures.</p> <p>Lieu : Faire un diagramme de l'emplacement du lieu d'habitation des cas.</p> <p>Personne: Faire le décompte mensuel des cas de pneumonie simple et de pneumonie grave. Faire le total des cas et des décès dus à la pneumonie. Analyser la répartition selon l'âge.</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Integrated Management of Childhood Illnesses.</i> World Health Organization. WHO/CDR/95.14.1.</p>

Rougeole

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La rougeole est une maladie fébrile éruptive due aux paramyxovirus (<i>Morbillivirus</i>) transmis entre humains par des gouttelettes véhiculées par l'air. C'est la quatrième cause majeure de décès chez les enfants de moins de 5 ans dans plusieurs pays africains. • La période d'incubation dure de 7 à 18 jours, de l'exposition à l'apparition de la fièvre. • Chez les enfants souffrant d'une déficience en vitamine A et de malnutrition protéino-énergétique, la rougeole peut entraîner une maladie grave due au virus lui-même et aux infections bactériennes connexes, telles que la pneumonie; seuls quelques cas de rougeole sont graves. • La rougeole fait partie des maladies humaines les plus transmissibles. De grandes épidémies éclatent régulièrement dans les régions ayant une faible couverture vaccinale et où l'on trouve une forte proportion 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 comprennent la faible couverture vaccinale (< 85 à 90%) qui permet l'accumulation d'une grande proportion de personnes fortement susceptibles à la rougeole. Les épidémies peuvent être explosives dans les régions à forte densité démographique. • D'autres maladies virales telles que la rubéole ressemblent à la rougeole et peuvent causer des épidémies ressemblant à celles de la rougeole.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter rapidement les flambées de maladie fébrile éruptive : <p><i>Dans les pays où l'élimination de la rougeole est prévue :</i> Notifier immédiatement chaque cas suspect et chaque décès de maladie fébrile éruptive ; confirmer tous les cas suspects de rougeole par un test de laboratoire (généralement le sérum IgM).</p> <p><i>Dans les pays ayant des programmes accélérés de lutte contre la rougeole :</i> notifier l'ensemble des cas et des décès pour la surveillance de routine et les flambées ; confirmer toutes les semaines par un test de laboratoire (généralement le sérum IgM) les cinq premiers cas suspects de rougeole examinés dans une formation sanitaire.</p>
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Toute personne présentant de la fièvre, une éruption maculo-papuleuse (non-vésiculaire) généralisée et la toux, le coryza ou la conjonctivite (yeux rouges) ou toute personne chez qui le clinicien suspecte la rougeole.</p> <p>Cas confirmé: Cas suspect confirmé par le laboratoire (anticorps IgM positif) ou lien épidémiologique à des cas confirmés lors d'une épidémie.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si une épidémie est suspectée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier le cas suspect au niveau supérieur. • Recueillir des prélèvements sanguins pour confirmer l'épidémie. • Traiter les cas par réhydratation orale, administration de la vitamine A et des antibiotiques pour prévenir la surinfection bactérienne. Prendre des précautions d'isolement là où c'est possible. • Investiguer le cas ou l'épidémie pour en déterminer les causes.

<p>Répondre au seuil d'action pour les maladies à potentiel épidémique</p>	<p>Si une épidémie est confirmée :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Améliorer la couverture de la vaccination de routine grâce au PEV, et mener des activités de vaccination supplémentaire dans les régions à faible couverture vaccinale. • Mobiliser sans tarder la communauté pour une détection et un traitement rapide des cas.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Etablir un graphique hebdomadaires des cas et des décès. Tracer la courbe épidémique pour les cas liés à une flambée.</p> <p>Lieu : Faire une carte montrant l'emplacement des maisons où il y a des cas.</p> <p>Personne : Faire les totaux des cas et procéder à l'analyse par tranche d'âge et selon le statut vaccinal.</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Using surveillance data and outbreak investigations to strengthen measles immunization programmes</i>, Geneva, World Health Organization. WHO/EPI/GEN/96.02.</p>

Tétanos néonatal

<p>Présentation</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Maladie due à une toxine neurotrope élaborée par <i>Clostridium tetani</i>, une bactérie anaérobie sporulée vivant dans la terre. La maladie se transmet lorsque les spores pénètrent dans l'organisme à travers des blessures (injections, section du cordon ombilical, plaies et autres lésions de la peau). • Bien que les adultes puissent être touchés, le tétanos affecte surtout les nouveau-nés. Le tétanos néonatal a baissé considérablement dans les pays ayant de bonnes couvertures vaccinales contre le tétanos maternel. En conséquence, l'élimination du tétanos est prévue dans plusieurs pays africains. • La période d'incubation est de 3 à 21 jours, avec une moyenne de 6 jours environ. • Facteurs de risque : soins du cordon ombilical pratiqués dans de mauvaises conditions d'hygiène lors de la naissance du bébé. Absence de protection par les anticorps chez les mères qui avant l'accouchement concerné n'avaient pas reçu toutes les doses requises de vaccin antitétanique.
<p>But de la surveillance</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Détecter immédiatement les cas de tétanos néonatal en vue de les confirmer et soigner, et surtout prévenir la survenue d'autres cas en vaccinant au moins les femmes enceintes vivant là où réside le cas confirmé. • Identifier les régions à haut risque et organiser des campagnes de vaccination à l'intention des femmes en âge de procréer.
<p>Définition de cas recommandée</p>	<p>Cas suspect: Tout nouveau-né pouvant téter et pleurer normalement pendant les deux premiers jours de sa vie, et qui, entre le 3e et 28e jour, devient incapable de téter normalement, devient raide ou/et a des convulsions.</p> <p>Cas confirmé: Aucune confirmation de laboratoire n'est recommandée.</p>
<p>Répondre au seuil d'alerte pour les maladies dont l'élimination est prévue</p>	<p>S'il y a un seul cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Notifier sans tarder les données sur le cas au niveau suivant. • Mener des investigations pour identifier les risques de transmission • Traiter et prendre en charge le cas conformément aux recommandations nationales, normalement en fournissant des soins palliatifs et, si possible, dans une unité de soins intensifs. Les mesures d'isolement habituelles ne sont pas nécessaires.
<p>Répondre au seuil d'action pour les maladies prévues pour l'élimination</p>	<p>Si un cas est confirmé après investigation :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Administrer à la mère du malade 2 doses au moins du vaccin antitétanique et vacciner aussi les autres femmes et filles vivant dans la même localité que le cas. • Organiser dans la localité des activités de vaccination supplémentaire à l'intention de la population féminine. • Améliorer la couverture de la vaccination de routine grâce au PEV et aux activités du programme de vaccination maternelle. • Eduquer les accoucheuses et les femmes en âge de procréer quant à la nécessité de couper et de soigner le cordon en observant de bonnes conditions d'hygiène. Multiplier le nombre d'accoucheuses compétentes.

<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Temps : Etablir le graphique mensuel des cas et des décès. La cible devrait refléter l'objectif de l'élimination dans chaque district.</p> <p>Lieu : Matérialiser sur un diagramme l'emplacement des maisons où des cas se sont déclarés et l'endroit où vivent les accoucheuses</p> <p>Personne : Faire le décompte mensuel des cas et des décès. Analyser chaque cas de TNN par rapport aux types de soins pratiqués sur le cordon ombilical</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Field manual for neonatal tetanus elimination.</i> Geneva, World Health Organization. WHO/V&B/99.14.</p>

Trypanosomiase

<p>Description</p>	<p>La trypanosomiase est une infection parasitaire du système sanguin, lymphatique et nerveux central. En Afrique, elle est causée par le protozoaire <i>Trypanosoma brucei rhodesiense</i> et <i>T.b gambiense</i>, qui sont transmis par la piqûre de mouches tsetse (ou glossines) infectées.</p> <p>La trypanosomiase est endémique dans plus de 30 pays d'Afrique de Occidentale, Centrale et de l'Est. Elle est très endémique en République Démocratique du Congo, en Angola et dans d'autres régions de conflit civil, où 80% de la population de certains villages peuvent être infectés. Le bétail constitue un réservoir important de <i>Trypanosoma brucei rhodesiense</i> et l'homme un réservoir important de <i>T.b. gambiense</i>.</p> <p>La période d'incubation varie généralement de plusieurs jours à plusieurs semaines pour les infections à <i>T.b. rhodesiense</i>, et de plusieurs mois à plusieurs années pour les infections à <i>T.b. gambiense</i>. Sans traitement, les deux formes de trypanosomiase sont généralement fatales.</p> <p>Les stratégies de lutte contre la trypanosomiase comprennent des enquêtes sur les populations humaine et animale pour traiter les personnes infectées et diminuer les réservoirs animaux, et la lutte contre les habitats de la mouche tse tse (par exemple, destruction des buissons et des hautes herbes près des villages et utilisation d'insecticides résiduels dont on imprègne des écrans ou des pièges bleus vis-à-vis desquels le vecteur a un tropisme).</p> <p>La tuberculose, le paludisme, la méningite bactérienne, le VIH/SIDA et d'autres infections du système nerveux central ou systémiques peuvent avoir des manifestations cliniques similaires à celles de la trypano ; il en est de même de certains tableaux psychiatriques.</p>
<p>But de la surveillance</p>	<p>Utiliser des enquêtes démographiques et un dépistage sérologique pour la recherche active de cas dans les zones faiblement endémiques avec risque de recrudescence/re-émergence de la maladie</p> <p>Faire un dépistage chez l'homme et l'animal dans les zones libérées de la trypanosomiase.</p>
<p>Définition recommandée des cas</p>	<p>Cas suspect : stade précoce : un chancre douloureux débutant comme une papule et évoluant ensuite en un nodule au premier endroit de la piqûre de la mouche. Il peut y avoir présence de fièvre, d'un mal de tête intense, d'une insomnie, d'une lymphadénopathie indolore, d'une anémie, d'un oedème local et de lésions.</p> <p>Stade final : cachexie, somnolence et signes du système nerveux central.</p> <p>Cas confirmé : un cas suspect confirmé par un test de trypanosomiase par agglutination sur colonne (CATT) ou par isolement de trypanosomes dans les ganglions ou le liquide céphalorachidien (microscopie directe de la lame).</p>

<p>Répondre à une épidémie suspecte d'autres maladies d'importance en santé publique</p>	<p>Si vous observez que le nombre de cas ou de décès augmente sur une période de temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> • signaler le problème selon les directives nationales. • Traiter chaque cas suspect ou confirmé par une thérapie appropriée dans un milieu étroitement suivi. • Collecter des échantillons pour une confirmation au laboratoire. • Rechercher la cause de l'augmentation du nombre de cas pour identifier les problèmes dans les activités de prévention.
<p>Répondre une épidémie confirmée d'autres maladies d'importance en santé publique</p>	<p>Si le nombre de cas ou de décès double d'une période d'observation à l'autre :</p> <ul style="list-style-type: none"> • évaluer les activités de prévention dans la zone autour des cas et entreprendre une action pour les améliorer comme recommandé • mener des activités vigoureuses de recherche de cas s'il s'agit d'une zone endémique. • Mener les activités de lutte anti-vectorielle définies par les directives du pays.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Périodicité : faire un graphique trimestriel des cas Compter mensuellement les cas et analyser la répartition par groupe d'âge, résidence et faire une carte de la répartition géographique des cas. Ceci permet de focaliser là où il faut poser les pièges et écrans bleus dans le cadre de la lutte antivectorielle.</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Control and Surveillance of African Trypanosomiasis. Report of a WHO Expert Committee, Geneva, World Health Organization, 1998. (WHO Technical Report Series, No. 881).</i></p>

Tuberculose

<p>Description</p>	<p>Infection des poumons et/ou d'autres organes causée par le bacille tuberculeux humain (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>) ou bovin (<i>M. bovis</i>). La tuberculose est transmise de personne-à-personne à travers les gouttelettes émises lors de la toux, l'éternuement ou le crachat, ou le lait non pasteurisé (bacille bovin). Du point de vue clinique, la forme pulmonaire de la maladie est la plus courante que la forme extra-pulmonaire. Elle est aussi celle qui est contagieuse.</p> <p>La tuberculose est l'une des maladies infectieuses les plus fréquentes et les plus mortelles du monde. Selon les estimations, 30 à 50% de tous les nouveaux cas de tuberculose détectés sont porteurs du VIH et 40% de tous les décès dus au SIDA sont causés par la tuberculose. Les personnes les plus à risque de mourir de la tuberculose sont celles souffrant du VIH/SIDA, de la malnutrition et d'autres affections affaiblissant le système immunitaire, les personnes très jeunes et les très vieilles personnes. La pandémie mondiale du VIH a été une cause majeure de l'augmentation des cas de tuberculose, en particulier dans les pays africains.</p> <p>La période d'incubation est d'environ 1 à 3 mois.</p> <p>L'OMS recommande la Stratégie de régime court de traitement sous observation directe (DOTS) pour maximiser l'assiduité et l'efficacité du traitement et pour réduire le risque de développement de souches résistantes aux médicaments. La stratégie DOTS a été mise en œuvre par au moins 40 des 46 Etats Membres de la Région Afrique. Des taux variables de succès ont été réalisés dans la lutte contre la tuberculose là où les ressources et la motivation pour le diagnostic, le traitement et le suivi des patients sont suffisants.</p> <p>Du point de vue clinique, la pneumonie, le paludisme, la trypanosomiase, le VIH/SIDA et diverses autres infections bactériennes, parasitaires et virales peuvent causer des syndromes similaires de fièvre, de toux, de fatigue ou de perte de poids ou peuvent elles-mêmes précipiter une tuberculose active chez un sujet déjà infecté. L'abdomen ou autres régions extra-pulmonaires d'infection peuvent apparaître après ingestion de lait de vache non pasteurisé (<i>M. bovis</i>).</p>
<p>Buts de la surveillance</p>	<p>Détection précoce de sujets souffrant de maladie pulmonaire infectieuse pour augmenter les chances d'amélioration clinique et réduire la transmission de la tuberculose.</p> <p>Augmenter le pourcentage de cas de tuberculose confirmés par analyse microscopique</p>
<p>Définition recommandée de cas</p>	<p>Cas suspect : toute personne ayant une toux de 3 semaines ou plus</p> <p>Cas confirmé : Frottis positif de tuberculose pulmonaire : a) un patient suspect ayant au moins deux échantillons de crachats positifs de bacilles acido-alcool résistants (baar) ou b) un échantillon de crachat positif de baar par microscopie et des anomalies radiologiques correspondant à la tuberculose pulmonaire active telle que définie par l'agent de santé traitant ou c) un frottis positif de crachat par microscopie et un échantillon de crachat positif à la culture pour la recherche de baar.</p>

	<p>Le frottis négatif de tuberculose pulmonaire : un patient qui remplit tous les critères suivants : a) deux prélèvements faits à un intervalle d'au moins 2 semaines d'au moins deux échantillons de crachat négatifs de baar à la microscopie, anomalies radiologiques correspondant à la tuberculose pulmonaire et absence de réaction clinique malgré une semaine de prise d'un antibiotique à large spectre, une décision d'un médecin de traiter avec une chimiothérapie anti-tuberculeuse complète, ou b) un patient qui remplit tous les critères suivants : gravement malade, au moins deux échantillons de crachat négatifs à l'examen microscopique, des anomalies radiologiques correspondant à une tuberculose pulmonaire (interstielle ou miliaire), une décision d'un médecin de traiter avec une chimiothérapie complète ou c) un patient dont les premiers frottis de crachat étaient négatifs, dont le crachat avait été envoyé au départ pour la culture et dont le résultat subséquent de culture de crachat est positif.</p>
<p>Répondre à une épidémie suspecte d'autres maladies d'importance en santé publique</p>	<p>Si vous observez que le nombre de cas ou de décès augmente au cours d'une période de temps :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signaler le problème au niveau supérieur hiérarchique, ou selon les directives nationales. • Traiter les cas individuels par la stratégie DOTS. • Dans la mesure du possible, isoler les sujets en utilisant des pratiques de lutte contre les infections respiratoires, en particulier si la tuberculose résistante à plusieurs médicaments est suspectée. • Rechercher la cause de l'augmentation du nombre de cas, y compris au niveau de la performance du programme DOTS dans votre aire.
<p>Répondre à une épidémie suspecte d'autres maladies d'importance en santé publique</p>	<p>Si le nombre de cas ou de décès atteint deux fois le nombre généralement observé dans une période similaire dans le passé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluer la performance de l'agent de santé en termes de détection et de traitement de la tuberculose pulmonaire à frottis positif et améliorer les pratiques en cas de besoin. • Evaluer le programme DOTS et prendre des mesures visant des améliorations jugées nécessaires. • Faire des tests de sensibilité aux médicaments pour définir les schémas de résistance.
<p>Analyser et interpréter les données</p>	<p>Périodicité : graphiques des cas et des décès mensuellement Sujet : compter les cas et les décès mensuels. Analyser la répartition des cas par âge et par sexe trimestriellement</p>
<p>Référence</p>	<p><i>Traitement de la tuberculose : Directives de Programmes Nationaux. OM/TB/97.230.</i> <i>Déclaration de Politique de Thérapie de Prévention de la Tuberculose chez les Personnes Vivant avec le VIH, OMS/TB/98.255.</i></p>