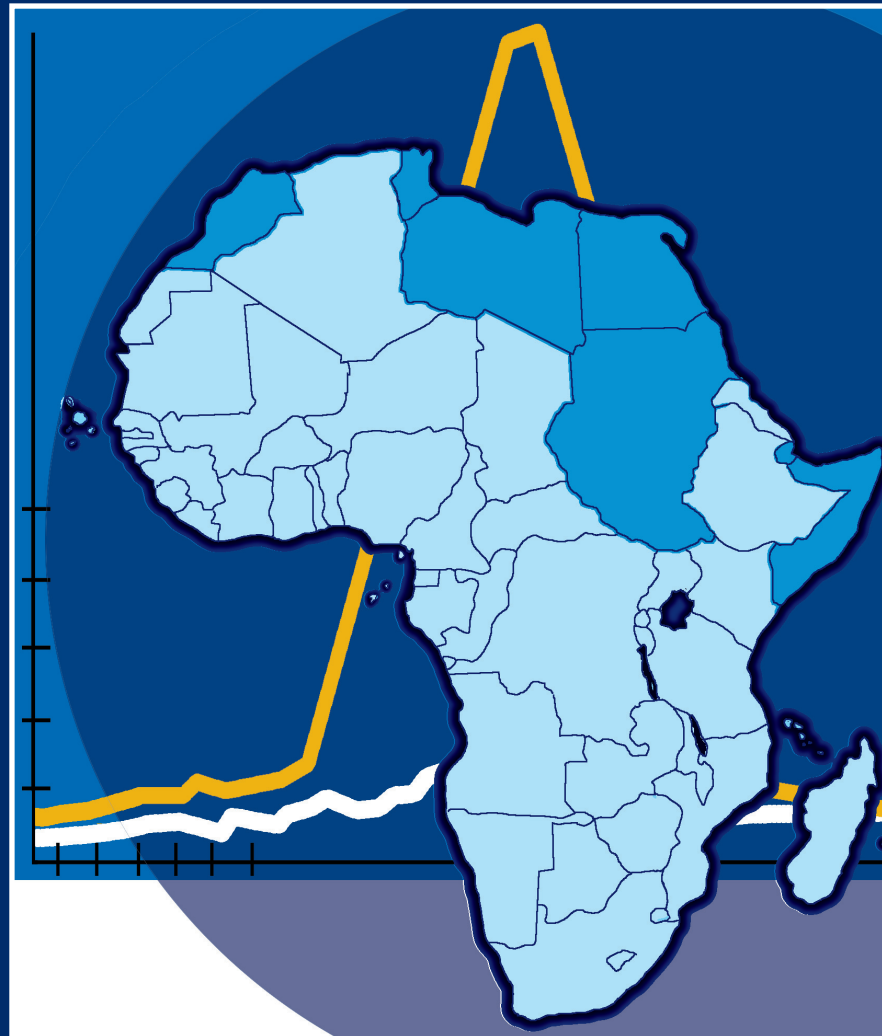


LIVRE D'ANALYSE DE DISTRICT

**Un Module du Guide Technique pour la Surveillance Intégrée
de la Maladie et la Riposte dans la Région Africaine**



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 et Prevention (CDC), Atlanta, USA, and supporté par l'USAID.

Développé par:

Wondi Alemu, MD, MPH, Chief IDSR Unit CSR, WHO African Regional Office (AFRO)

Mac W. Otten Jr, MD, MPH, Medical Epidemiologist, Global Immunization Division (CDC)

Helen Perry, MA, Educational Design Specialist, Division of Bacterial and Mycotic Diseases (CDC)

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

World Health Organization (WHO)

Division of Communicable Disease Surveillance and Response (CSR)

World Health Organization Regional Office for Africa (WHO/AFRO)

Division of Prevention and Control of Communicable Diseases

Communicable Disease Surveillance and Response (CSR)

Vaccine Preventable Diseases (VPD)

Tuberculosis Control Programme (TUB)

Other Tropical Disease Control Programme (OTD)

Leprosy Control Programme (LEP)

Integrated Management of Childhood Illnesses Programme (IMCI)

Regional Programme on AIDS (RPA)

Roll Back Malaria/Malaria Control Programme (RBM/MAL)

Centers for Disease Control and Prevention (CDC)

Epidemiology Program Office

Division of International Health

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 Vector-borne Infectious Diseases

National Center for HIV, STD, and TB Prevention

Division of HIV/AIDS Prevention, Surveillance and Epidemiology

Division of Sexually Transmitted Disease Prevention

Global AIDS Program

National Immunization Programme

Global Immunization Division

Office of Global Health

Design graphique de la couverture: Diane Speight

Gestion de la production : Jeanette St. Pierre

REGISTRE CLINIQUE DU DISTRICT

Un Module du Guide Technique pour la Surveillance Intégrée de la Maladie et la Riposte dans la Région Africaine

TOUS LES MOIS LES STRUCTURES SANITAIRES ET LES EQUIPES DU DISTRICT DOIVENT À INTERVALLES RÉGULIÈRES:

- Analyser les données synthétiques de routine pour les maladies prioritaires déclarées au District.
- Enregistrer les totaux généraux pour chacune des maladies prioritaires sur un tableau et représenter le total sur un graphique.
- Observer les tendances sur le graphique linéaire pour voir si elles sont à la hausse, à la baisse ou à un niveau statique.
- Interpréter les tendances en se référant sur les directives techniques pour des actions appropriées de surveillance et de riposte.

PALUDISME1

- Cas et décès déclarés de paludisme chez les malades hospitalisés de <5 ans
- Cas et décès déclarés de paludisme avec anémie grave chez les malades hospitalisés de <5 ans.
- Cas et décès déclarés de paludisme chez les malades hospitalisés de +5 ans
- Cas de paludisme non-complicqué chez les malades en consultation externes
- Cas de paludisme non-complicqué déclarés confirmés par un laboratoire chez les malades en consultation externes

PNEUMONIE.....6

- Cas déclarés de pneumonie chez les malades hospitalisés de <5 ans
- Cas et décès déclarés de pneumonie chez les malades en consultation externes de <5 ans

DIARRHÉE8

- Cas et décès déclarés de diarrhée chez les malades hospitalisés de <5 ans
- Cas déclarés de diarrhée chez les malades en consultation externes de <5 ans

CHOLERA10

- Total des cas et décès déclarés de choléra chez les malades hospitalisés et les malades en consultation externes

DIARRHÉE SANGUINOLENTE11

- Total des cas et décès déclarés de diarrhée sanguinolente chez les malades hospitalisés
- Cas déclarés de diarrhée sanguinolente chez les malades en consultation externes

ROUGEOLE.....13

- Total des cas déclarés de rougeole chez les malades hospitalisés et les malades en consultation externes

MENINGITE14

- Cas immédiatement déclarés de méningite par semaine pour détecter les flambées de *N. meningitidis* dans les districts à haut risque

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES15

- Cas d'ulcère génital non-vésiculaire chez l'homme et la femme
- Cas d'écoulement urétral chez l'homme

VIH ET SIDA17

- Nouveau cas et décès déclarés de SIDA chez les malades hospitalisés
- Nouveau cas déclarés de SIDA chez les malades en consultation externes
- Nombre de premières consultations en prénatal et nombre de femmes qui accepte un dépistage de VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant
- Séro-prévalence VIH de dépistage de VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant

TUBERCULOSE23

- Cas déclaré de frottis + pulmonaire et d'échecs de traitement
- Nouveaux cas déclarés de frottis + pulmonaire par groupe d'âge
- Examen d'une personne malade de tuberculose

LEPRE24

- Nouveaux cas déclarés de lèpre
- Examen d'une personne malade de lèpre et qualité du programme de surveillance

ANALYSER LES DONNÉES

Tous les mois ou trimestres:

Analyser les données des cas en consultation internes et Externe pour chacune des maladies et de façon, séparée. Les malades hospitalisés sont plus surs d'avoir les formes graves des maladies et font souvent l'objet de diagnostic précis. De nombreux programmes de contrôle de maladie ont pour des objectifs de réduire les formes graves et les décès . Alors, des informations à partir d'une analyse des données de malades hospitalisés sont plus précises pour évaluer si le programme de contrôle de maladie fonctionne bien.

- 1.1 Revoir les graphiques et les tableaux et s'assurer qu'ils sont complets et à jour.
- 1.2 Comparer les informations actuelles pour chaque maladie prioritaire avec les mois , saisons ou années antérieurs.
- 1.3 Decider si:
 - ▶ Le nombre des cas et des décès pour toutes les maladies est le même, plus élevé, ou plus faible que les mois , saisons et années antérieurs.
 - ▶ Le taux de cas de létalité est le même, plus élevé, ou plus faible que les mois , saisons et années antérieurs .
 - ▶ Un seuil d'alerte est atteint et nécessite une action immédiate. Se référer aux directives techniques nationales pour la surveillance intégrée des maladies pour les seuils d'actions spécifiques aux maladies.
- 1.4 Considérer les causes en dehors de la maladie pour toute croissance, ou baisse des données. Par exemple la croissance ou la baisse est due à:
 - ▶ Une nouvelle formation sanitaire ou un nouveau a ouvert ses portes dans la région provoquant un changement dans les composantes d'évacuation.
 - ▶ De nouveaux cliniciens utilisent de différents critères de diagnostic ou définitions de cas .
 - ▶ Une erreur dans l'enregistrement des données.
 - ▶ Un changement du nombre des formations sanitaires qui déclarent les informations.
 - ▶ Les variations saisonnières.
 - ▶ Un changement des programmes de dépistage ou de traitement qui justifie une croissance au nombre de personnes à la recherche de soins.
 - ▶ Un récent mouvement d'émigration ou d'immigration ou une croissance au nombre des réfugiés.
 - ▶ Un changement dans la qualité des services offerts dans les formations sanitaires. Par exemple, les médicaments sont plus disponibles, les centres sont plus courts, les agents de santé sont plus accueillants.
- 1.5 Se référer aux considérations spécifiques de la maladie dans les pages suivantes pour interpréter n'importe quelle croissance ou baisse des données. Se référer également aux directives techniques nationales pour la surveillance intégrée des maladies et la riposte.**

PALUDISME

PALUDISME

Introduction

- Le paludisme peut tuer jusqu'à 5% des enfants de <5 ans et est souvent responsable pour 25% de l'ensemble des décès d'enfants.
- 70-90% des enfants qui meurent de paludisme arrivent dans un établissement sanitaire vers la phase terminale de la maladie.
- Dans des districts à transmission intense 70-80% de la mortalité du paludisme chez les <5 ans est due à l'anémie. La plupart des anémies graves et mortelles interviennent entre 9 et 24 mois.
- Le taux de létalité à l'hôpital se situe souvent entre 10-40 % et la plupart des décès interviennent dans les 24 heures qui suivent l'admission. Le taux de mortalité cible doit se situer entre 3-4%.

Analyse en fonction du temps, du lieu et de l'individu. Les moustiquaires imprégnées et le traitement approprié du paludisme sont très efficaces dans la réduction des décès dus au paludisme.

- Les cas et les décès de paludisme chez les malades hospitalisés et les cas et les décès de paludisme avec anémie grave chez les malades hospitalisés doivent baisser de >50%.
- Les cas de paludisme en consultation externes doivent baisser de 30%. Il est plus difficile de baisser le nombre des cas de paludisme en consultation externes que les cas et les décès chez les malades hospitalisés parce qu'il n'y a qu'approximativement 50% des maladies diagnostiquées comme paludisme en consultation externes qui sont vraiment dues au paludisme.
- Les cas de paludisme confirmés par un laboratoire en consultation externes doivent baisser de >50%. Lors de l'interprétation des tendances des cas confirmés par un laboratoire, le nombre de personnes dépistées doit être pris en compte. Par exemple, s'il y a une rupture de stocks de matériel pendant plusieurs mois, une tendance à la baisse pourrait être mitigée et ne pourrait donc représenter une baisse réelle des cas de paludisme.
- Si la tendance des cas et des décès de paludisme chez les malades hospitalisés (y compris les cas et les décès de paludisme avec anémie grave) ne connaît pas une baisse, alors l'équipe du district doit revoir la couverture et l'efficacité de toutes les composantes de programme du paludisme du district.
- L'équipe du district doit considérer plusieurs autres facteurs qui expliquent que la tendance ne baisse pas: l'augmentation de la référence évacuation communautaire grâce aux aspects communautaires améliorés du paludisme dans le cadre du programme de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME), la disponibilité des médicaments aux prix réduits aux formations sanitaires, la qualité améliorée des services de santé (moins de queues, personnel plus accueillant, etc.) la variation saisonnière après la pluie, la résis-

tance croissante aux médicaments ou des changements d'agents de santé ou des diagnostics des agents de santé ou une quelconque fièvre paludique à l'origine de la maladie.

- Puisque la plupart des décès dus au paludisme avec anémie grave interviennent chez les enfants < 5 ans, les tendances des cas de paludisme et des décès chez les < 5 ans doivent être suivies de plus près.

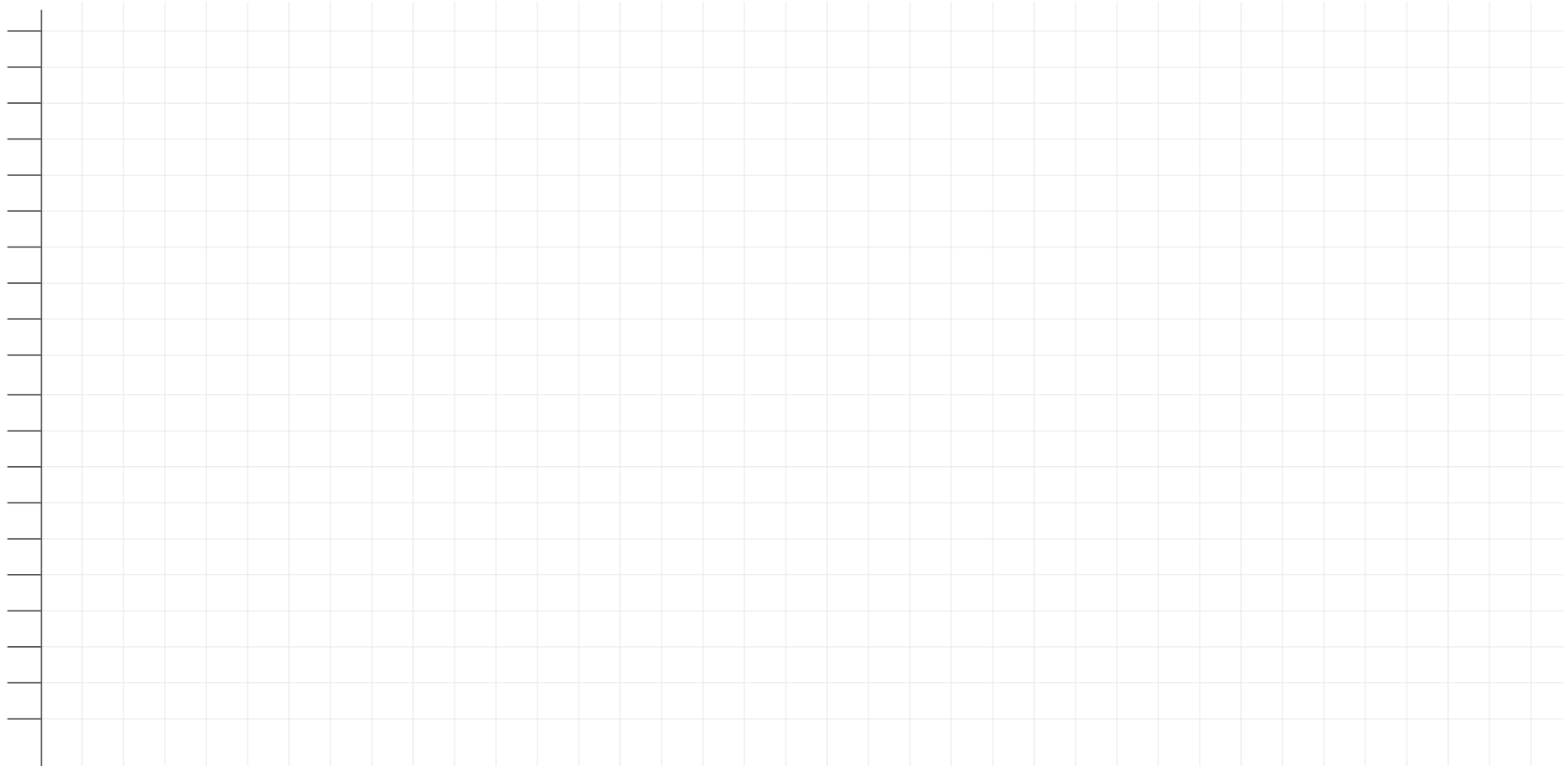
Action et objectifs de santé publique. Un programme de paludisme du district doit comporter les composantes suivantes de couverture du district entier.

- Diagnostic et traitement rapide des cas de fièvre dus au paludisme à domicile et au niveau communautaire
- Promotion de l'utilisation des moustiquaires imprégnées et d'autres matériaux traités à l'insecticide
- Chimio prophylaxie/traitement intermittent du paludisme au cours de la grossesse
- Désinfection résiduelle intérieure lorsque c'est possible
- Gestion intégrée de l'environnement
- La qualité des cas de gestation au niveau de la formation sanitaire: diagnostic rapide, traitement rapide et approprié des cas de paludisme à la formation sanitaire
- Prévision, détection rapide, prévention et contrôle des épidémies (dans les districts concernés)
- Assurance de la disponibilité des médicaments, équipements et matériaux
- Promotion de la santé

Cas et décès déclarés de paludisme avec anémie grave chez les malades hospitalisés de < 5 ans

Cas et décès par mois _____ - _____

cas
 décès

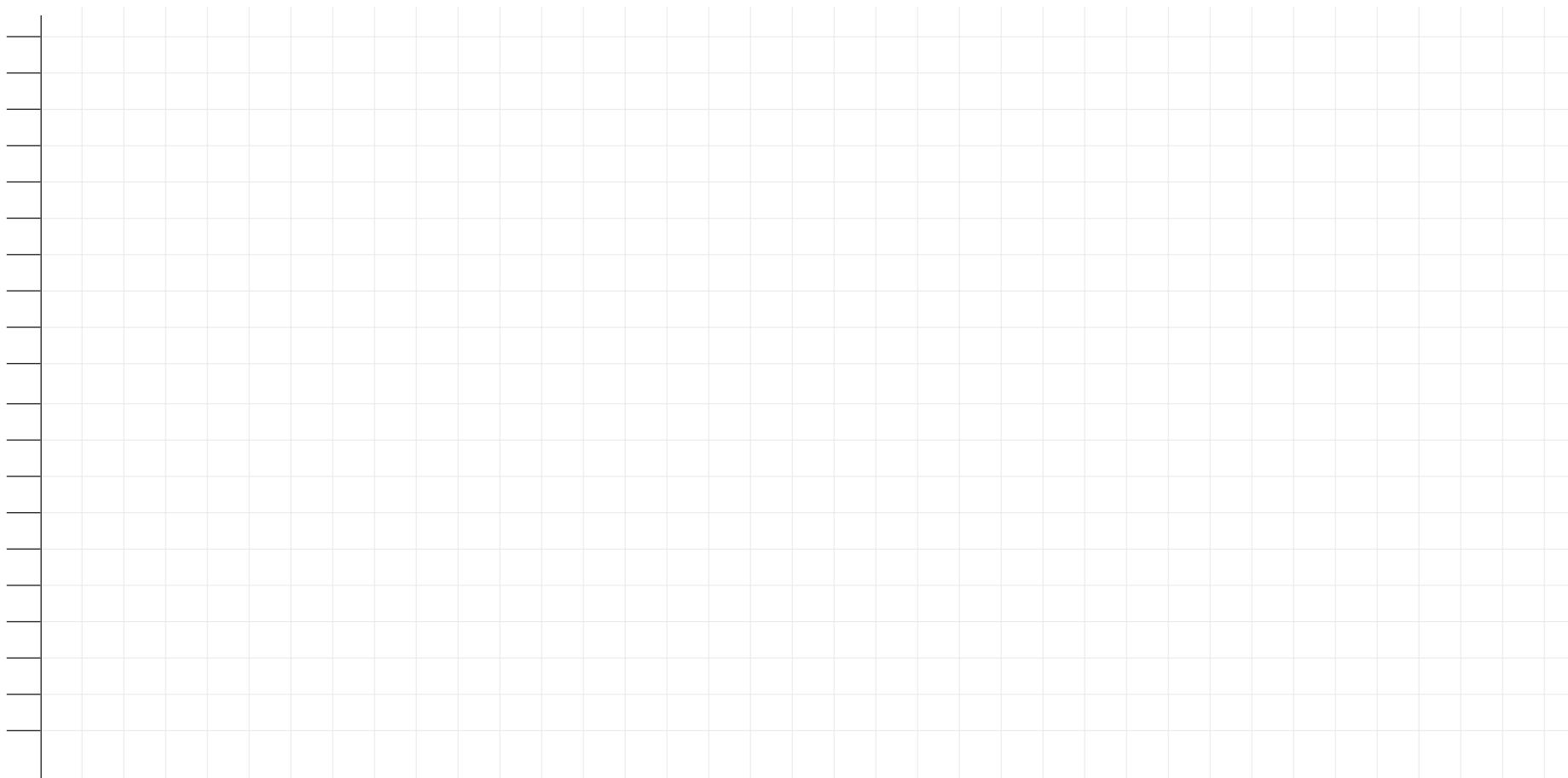


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Décès																								
Cas																								
Ratio de cas de létalité																								

Cas déclarés de paludisme non-complicé confirmés par un laboratoire chez les malades en consultation externes

Par mois _____ - _____

_____ cas des < 5 ans
 cas des + 5 ans



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Cas des <5 ans																																				
Cas des 5+ ans																																				

LA PNEUMONIE CHEZ LES < 5 ANS

PNEUMONIE CHEZ LES < 5 ANS

Introduction

Introduction

- La Pneumonie peut tuer jusqu'à 5% de tous les enfants de <5 ans et est souvent responsable pour 25% de l'ensemble des décès d'enfants.
- Les définitions de la stratégie IDS pour la pneumonie reposent sur le système de classification de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). En conséquence, tous les cliniciens dans le district doivent enregistrer les classifications pour la « pneumonie » et la « pneumonie grave » dans les registres de consultation externes pour le décompte mensuel des cas.
- Une incidence élevée ou une incidence croissante du VIH dans le district pourrait compliquer l'interprétation des données de la surveillance de la pneumonie chez les < 5 ans puisque les cas et décès de pneumonie vont augmenter avec l'existence d'une incidence du VIH élevée ou croissante.
- En l'absence d'un VIH élevé ou croissante, les niveaux élevés actuels des cas graves de pneumonie et des décès dus à la pneumonie doivent baisser de 50% grâce à un fonctionnement correct de la formation sanitaire et des composantes communautaires de la PCIME.
- Après l'introduction des vaccins de *Haemophilus influenzae* type b et de *streptococcus pneumoniae* dans le programme de vaccination du district, on doit pouvoir assurer une prévention des nombreux cas mineurs de pneumonie aussi bien que les cas graves de pneumonie et les décès.

Analyse en fonction du temps du lieu et de l'individu.

- Dans les districts où l'incidence du VIH n'est ni élevée ni croissante les catégories suivantes des cas de pneumonie chez les < 5 ans doivent baisser :
 - ▶ Des cas de pneumonie grave en consultation externe
 - ▶ Décès dus à la pneumonie chez les malades hospitalisés
 - ▶ Des cas de pneumonie en consultation internes
- Le nombre des cas de pneumonie (non grave, modérée) en consultation externes peut ne pas baisser puisque les interventions de la stratégie PCIME ne ciblent pas les cas de pneumonie modérée.

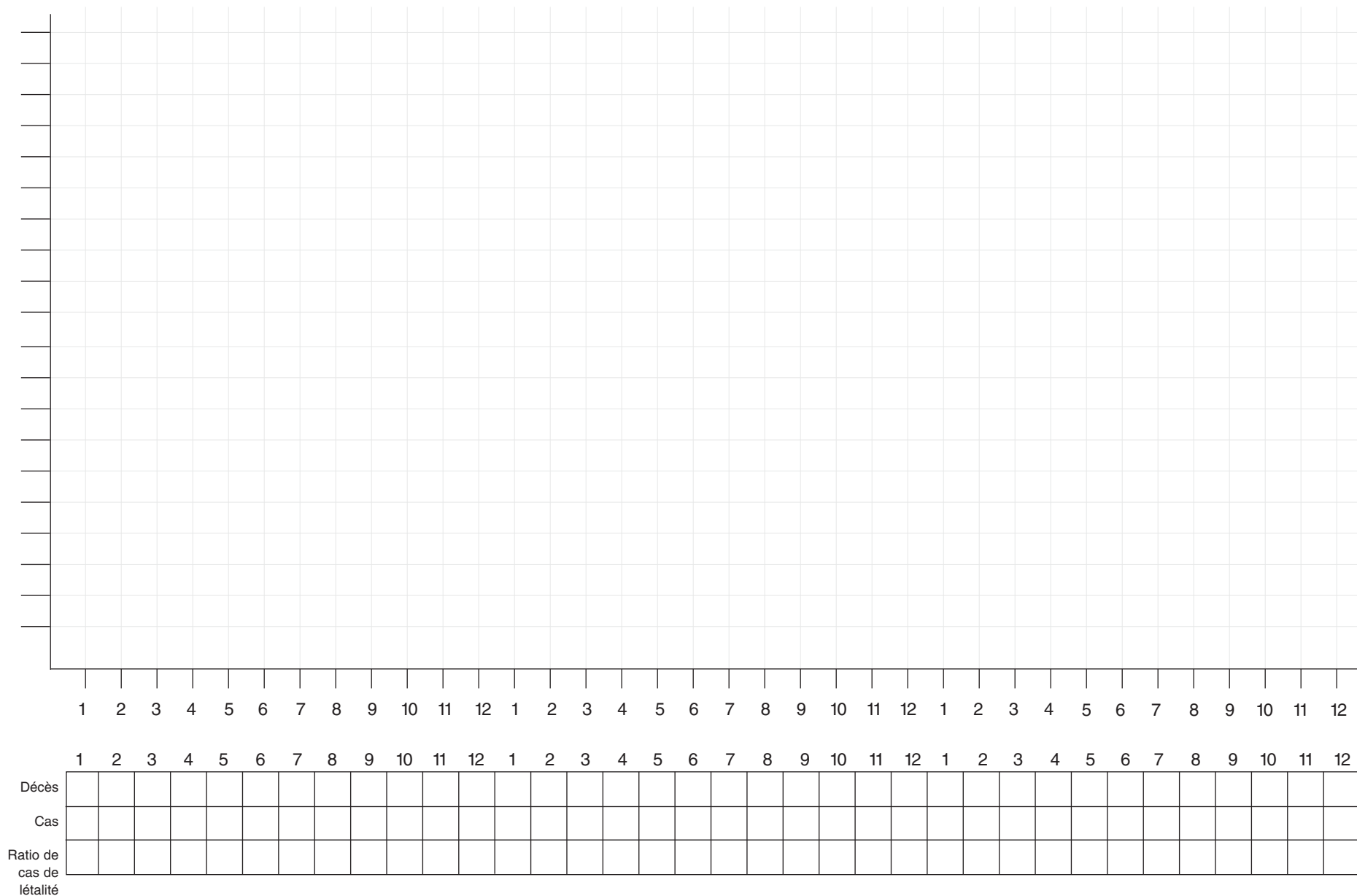
Action et objectifs de santé publique.

- L'OMS et l'UNICEF plaident pour que chaque équipe de de district utilise la stratégie PCIME en réponse à la mortalité due à la pneumonie chez les < 5 ans. Les éléments essentiels du programme PCIME pour la pneumonie sont :
 - ▶ Education des parents et des communautés pour une évacuation rapide des enfants présentant des signes de danger général, de la fièvre ou de la respiration rapide ou difficile
 - ▶ Suivre les conseils de l'agent de santé concernant le traitement, le suivi et l'évacuation
 - ▶ Traitement efficace des enfants de < 5 ans malades de pneumonie dans les formations sanitaires
 - ▶ Evacuation rapide et appropriée des enfants reconnus comme ayant une pneumonie grave des formations sanitaire à l'hôpital
 - ▶ Gestion appropriée des enfants hospitalisés malades de pneumonie

Cas et décès déclarés de pneumonie chez les malades hospitalisés de < 5 ans

Par mois _____ - _____

cas
 décès



DIARRHÉE CHEZ LES < 5 ANS

< 5 YEAR OLD DIARRHEA

Introduction

- La Diarrhée peut tuer jusqu'à 5% des enfants de <5 ans et est souvent responsable pour 20 à 25% l'ensemble de décès d'enfants.
- Les définitions de la stratégie IDS pour la diarrhée reposent sur le système de classification de la stratégie prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). En conséquence tous les cliniciens dans le district doivent enregistrer les cas de déshydratation légère aussi bien que le déshydratation grave dans les registres de consultation externes pour le décompte mensuel des cas.
- Les décès par suite de la diarrhée chez les enfants hospitalisés (la diarrhée persistante, les problèmes de nutrition, VIH, etc.) sont dus à la déshydratation aussi bien qu'aux mécanismes qui ne sont pas liés à la déshydratation.

Analyse en fonction du temps, du lieu et d'individu.

- Lorsqu'il existe de bons programmes de la PCIME dans les formations sanitaires au sein de la communauté la tendance des cas de diarrhée avec déshydratation chez les < 5 ans doit baisser.
 - ▶ S'il y a un programme PCIME fort au sein de la communauté qui comprend le traitement à domicile grâce à la réhydratation orale et la stratégie de prévention de la diarrhée du programme PCIME, la tendance des cas de diarrhée avec déshydratation.
 - ▶ Les cas de "diarrhée grave" en consultation externe doivent baisser d'au moins 50% s'il existe de bons programmes de la PCIME dans les formations sanitaires au sein de la communauté.
 - ▶ Les cas de diarrhée chez les malades hospitalisés doivent baisser d'au moins 50% s'il existe de bons programmes de la PCIME dans les formations sanitaires au sein de la communauté
 - ▶ Les décès par suite de la diarrhée chez les malades hospitalisés doivent diminuer s'il existe de bons programmes de la PCIME dans les formations sanitaires au sein de la communauté y compris une bonne prise en charge des diarrhées persistantes, un allaitement au sein adéquat, les mesures de sanitation de l'eau et des aliments pour les enfants. Les tendances de décès par suite de diarrhée chez les malades hospitalisés pourraient enregistrer moins de baisse à cause du fait que 50% des décès dus à la diarrhée sont liés aux diarrhées persistantes. Prévenir les diarrhées persistantes demande un diagnostic rapide et des interventions nutritionnelles spécifiques telles que recommandé par la PCIME. Certains décès dus au VIH chez les < 5 ans, pourraient être considérés comme dus à la diarrhée. Le VIH peut avoir un effet sur le nombre de cas de diarrhées persistantes.

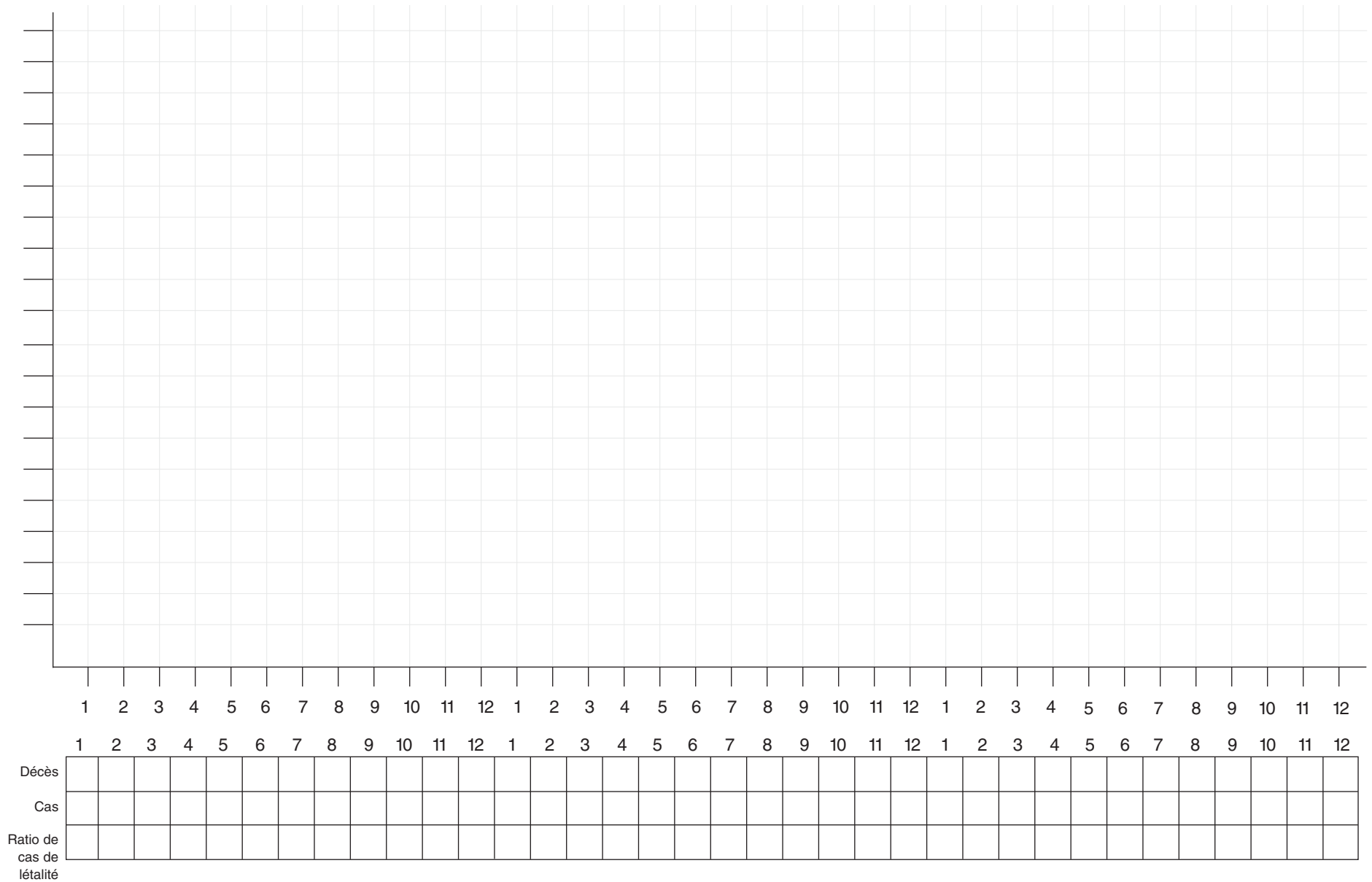
Action et objectifs de santé publique.

- L'OMS aussi bien que l'UNICEF recommandent que les formations sanitaires dans tous les districts suivent les directives de la Prise en charge intégrée des maladies de l'enfance (PCIME). Les éléments essentiels du programme sont:
 - ▶ éducation des parents et de la communauté de la prévention rapide des cas de déshydratation chez les enfants malades de diarrhée grâce à la réhydratation orale à domicile
 - ▶ éducation des parents et de la communauté des signes de danger qui exigent une évacuation vers les formations sanitaires
 - ▶ Education des communautés de la prévention de la diarrhée par la sanitation de l'eau et des aliments
 - ▶ Traitement efficace des enfants déshydratés dans les formations sanitaires

Cas et décès déclarés de diarrhée chez les malades hospitalisés de < 5 ans

Par mois _____ - _____

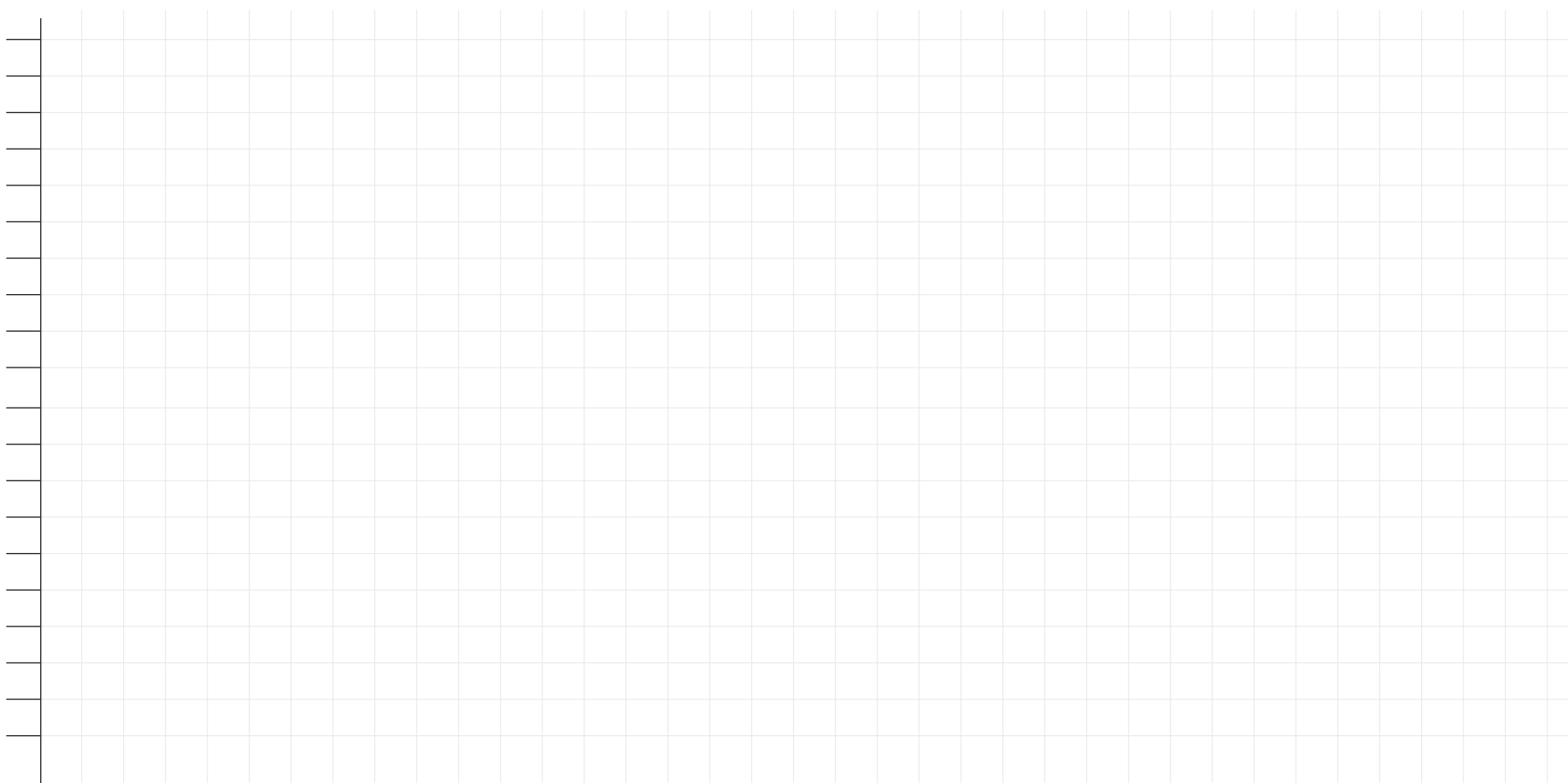
_____ cas
 décès



Cas déclarés de diarrhée chez les malades en consultation externes de < 5 ans

Par mois _____ - _____

——— déshydratation légère
 déshydratation grave



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Déshydratation légère																																				
Déshydratation grave																																				

CHOLERA

CHOLERA

Introduction

- Le but de la surveillance du choléra est de détecter rapidement les flambées de choléra alors qu'elles ne soient pas importantes, d'améliorer la détection précoce des cas et de prendre en charge les cas pour limiter les décès.

Analyse de Laboratoire

- Les microbes du Choléra ne sont pas aussi fragiles que ceux du *Shigella*. Dans une flambée due au choléra, si la laboratoire rapporte au district que de 5 à 10 échantillons arrivent au laboratoire dans de bonnes conditions, il y a presque 100% de chance d'isoler le *Vibrio cholerae* dans au moins un des échantillons. Le laboratoire est surtout utile lorsqu'il y a seulement quelques cas dans le district. Lorsque ce nombre atteint la centaine, surtout chez les adultes avec des selles liquides de la couleur de l'eau de riz et enregistre des décès des adultes, la flambée doivent être considérée due au choléra jusqu'à la preuve autrement.

Analyse en fonction de temps, du lieu et de l'individu

- Sur l'ensemble des 3 ans représenté sur le graphique, les cas de choléra confirmés par un laboratoire et les flambées devront baisser de façon drastique. Avec la collaboration des leaders politiques et des communautés en terme d'appui en hygiène alimentaire et en eau potable, l'on devrait enregistrer presque aucun cas de choléra.
- En cartographiant les cas par village ou par localisation précise par date de visite à la formation sanitaire ou sur l'évolution de la maladie, l'on devrait pouvoir déterminer la tendance de contamination et autres caractéristiques de la flambée. Les flambées de choléra à partir d'une source d'eau ou d'alimentation (funérailles, approvisionnement en eau) devront être identifiés en analysant avec soin les cartes précises des cas et des décès .
- Le cas de létalité résultant des flambées de choléra doit être limité à 1% ou moins. les taux de létalité de >1% indiquent des problèmes de l'identification des cas et de la gestion rapide et appropriée.

Action et objectifs de santé publique.

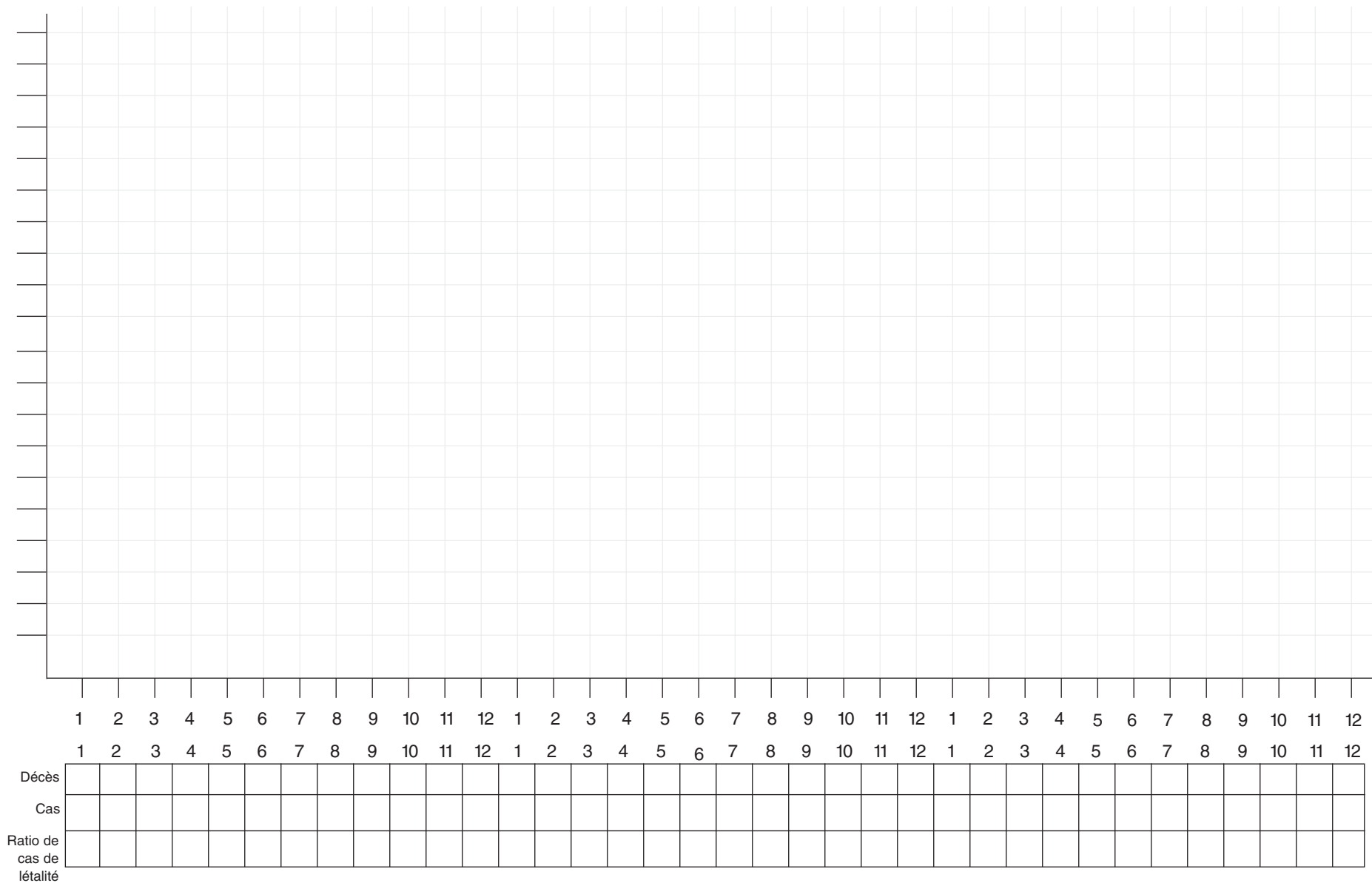
- L'objectif de la prévention en santé publique est de prévenir toutes les flambées de choléra puisque l'on peut prévenir complètement le choléra par une consommation d'aliments et d'eau sains. Une flambée de choléra indique que dans le district il n'y a pas assez d'aliments ni d'eau sains. Une analyse appropriée de la répartition par temps, par lieu et par individu des cas et des flambées de choléra peut sa mettre fin à une flambée de choléra et peut prévenir les futurs cas et flambées.

Total des cas et décès déclarés de choléra chez les malades hospitalisés et les malades en consultation externes

Par mois _____ - _____

—— cas

..... décès



DIARRHEE SANGUINOLENTE

DIARRHÉE SANGUINOLENTE

Introduction

- Le but de la surveillance est de détecter rapidement les flambées de *Shigella dysenteriae* type 1 et de pratiquer rapidement un test de résistance antibiotique pour déterminer l'antibiotique nécessaire pour traiter les malades.
- Les tendances pour les cas de diarrhée sanguinolente et surtout les décès sont utilisés comme base de détection des flambées dues à *Shigella dysenteriae* type 1 (SD1). Lorsqu'il y a une croissance des cas de diarrhée sanguinolente ou des décès, l'analyse des échantillons des selles est faite au laboratoire pour déterminer si cette croissance est réellement due au SD1.
- *Shigella dysenteriae* type 1 peut développer une résistance à de multiples antibiotiques et peut avoir un taux de létalité élevé.

Analyse de Laboratoire

- Les microbes de *Shigella* sont fragiles. Si les échantillons ne sont pas transportés selon les normes Cary-Blair ou ne sont pas mis en culture dans l'heure qui suit la collection, l'isolement des microbes de *shigella* est incertain.
- Si les échantillons des selles sont transportés selon les normes Cary-Blair et livrés au labo dans les trois jours, alors il y a presque 100% de chance d'isoler le SD1 dans au moins un échantillon sur cinq si les échantillons proviennent des malades lors d'une vraie flambée de SD1.

Analyse en fonction de temps, du lieu et de l'individu

- Une flambée de SD1 doit être suspectée lorsque la tendance des cas de diarrhée sanguinolente et de décès est croissante de façon inhabituelle. Lorsque c'est le cas, la collecte des échantillons de selle doit donner lieu afin de pouvoir isoler le microbe.
- Même une petite croissance des décès dus à la diarrhée sanguinolente doit donner lieu à une recherche de labo de flambée suspecte et à une collecte d'échantillons de selles.
- Si la flambée de diarrhée sanguinolente continue et que les échantillons mêmes transportés dans de bonnes conditions, ont été négatifs, on devra demander aux épidémiologistes au niveau national et aux experts de laboratoire de déterminer l'étiologie de la flambée. Dans les districts où le risque de fièvre hémorragique virale (FHV) existe, les décès dus à la diarrhée sanguinolente doivent pousser à considérer une FHV.
- Les flambées de *Shigella dysenteriae* type 1 à partir d'une source commune d'eau et d'aliments (funérailles, approvisionnement en eau) pourraient être identifiées en analysant avec soin la répartition des cas et des décès.
- L'affectation d'âge aux cas et aux décès est importante puisque le taux de létalité peut être différent selon les âges (les personnes très jeunes et très âgées ont le taux de létalité le plus élevé). Les taux de létalité par tranche d'âge peuvent faire l'objet de messages de santé publique relative aux cas de détection plus rapide et de traitement de ce groupe d'âge, surtout au sein du ménage ou aux contacts intimes des cas de diarrhée sanguinolente.

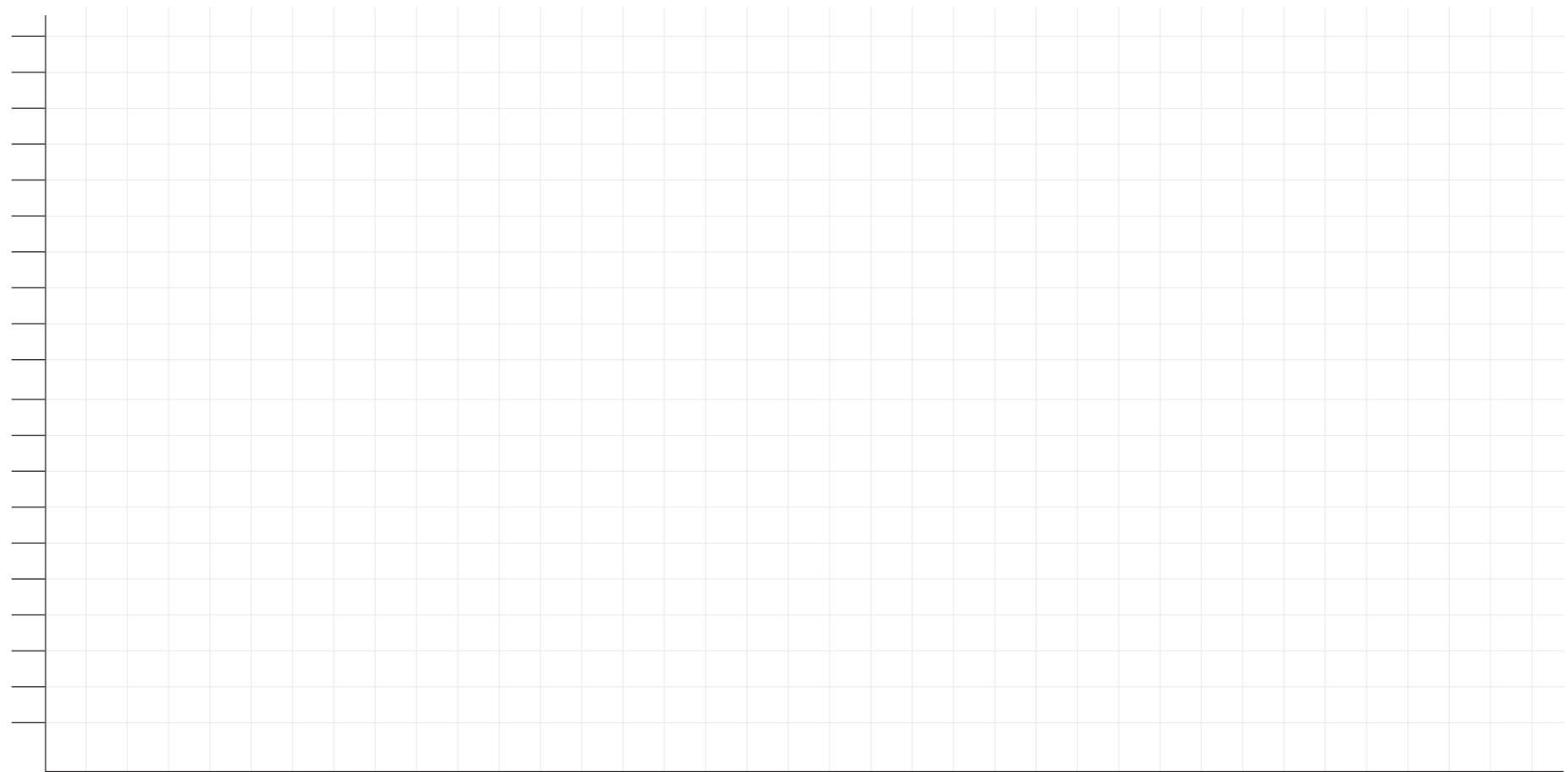
Action et objectifs de santé publique

- Les flambées de SD1 ne devraient pas se produire dans les districts puisqu'on peut prévenir les flambées de SD1 par une consommation d'aliments appropriés et d'eau saine et par l'observation de bonnes pratiques de lavage de mains. Une flambée de SD1 indique une consommation d'aliments inappropriés et d'eau non-potable dans le district.

Cas et décès déclarés de diarrhée sanguinolente chez les malades hospitalisés

Par mois _____ - _____

_____ cas
 décès



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Décès																																				
Cas																																				
Ratio de cas de létalité																																				

ROUGEOLE

ROUGEOLE

Introduction

- Ces directives s'appliquent uniquement à surveillance de la rougeole dans les districts ou pays où il y a déjà eu une campagne de masse contre la rougeole chez les <15 ans.
- La mise en œuvre d'une campagne chez les <15 ans avec une couverture de routine élevée (>80%) a conduit à presque zéro cas de décès dus à la rougeole et quelques cas réels de rougeole. Dans les deux mois qui suivent la fin de la campagne de masse contre la rougeole chez les <15 ans à l'échelle nationale, >95% des cas déclarés de rougeole ne seront pas des vrais cas de rougeole. Des campagnes de suivi pour les <5 ans tous les 3-5 ans maintiennent presque à zéro les décès dus à la rougeole.

Analyse de Laboratoire

- Un échantillon de sérum doit être collecté pour tous les cas déclarés de rougeole (à moins de l'existence d'une importante flambée –par exemple >10 cas déclarés dans le district en un mois.) Un simple cas isolé de rougeole positif au IgM peut se produire. Le cas isolé de rougeole positif au IgM peut être un faux positif, un vrai cas isolé de rougeole, ou un cas positif à l'anticorps IgM de rougeole à cause d'une récente vaccination contre la rougeole (dans les 30 jours). Le Jour 1 après l'éruption, 30% des enfants ont un IgM de rougeole négatif par contre le Jour 4 tous les enfants présentant de vrais cas de rougeole sont positifs à l'anticorps IgM de la rougeole. Le test d'anticorps IgM de rougeole peut être positif pendant les 30 jours qui suivent une vaccination contre la rougeole.

Analyse en fonction du temps, du lieu et de l'individu

- Après la campagne chez les <15 ans la quasi-totalité des échantillons de sérum sera négative à l'anticorps IgM de la rougeole.
- Si 5 cas de rougeole dans un district en un mois sont positifs au IgM, il y a une population potentielle du virus de la rougeole, une investigation de la flambée doit être menée. L'investigation de la flambée doit comprendre une investigation au niveau du village pour les cas supplémentaires non déclarés et doit inclure la collecte des prélèvements sanguins supplémentaires des cas qui n'ont pas été déclarés mais où on suspecte la rougeole. Si après une recherche au niveau village seulement 1 à 2 cas de rougeole positifs au IgM sont détectés, alors la flambée n'était pas importante. Cependant s'il y a de 3 à 5 ou plus de cas de rougeole qui sont positifs au IgM, alors une investigation de la cause de flambée doit être menée pour déterminer la cause de la flambée.

Les causes possibles sont :

- ▶ Propagation de la rougeole chez les 15+ ans
- ▶ Faible couverture lors de la campagne de masse
- ▶ Suivi de la campagne chez les <5 ans ramené à >3-5 ans après la campagne précédente
- ▶ Faible couverture de routine

Action et objectifs de santé publique.

- Chaque district a la possibilité de réduire à zéro le nombre de décès dus à la rougeole en réalisant une couverture de routine élevée et une couverture élevée d'activité complémentaire de vaccination chez les <15 ans. Zéro décès dus à la rougeole pourra être maintenu en raison d'une campagne périodique chez les enfants de <5 ans tous les 3-5 ans. Une flambée de rougeole dans le district indique une faiblesse de la campagne de masse ou une faible couverture de routine.

MENINGITE

MENINGITE

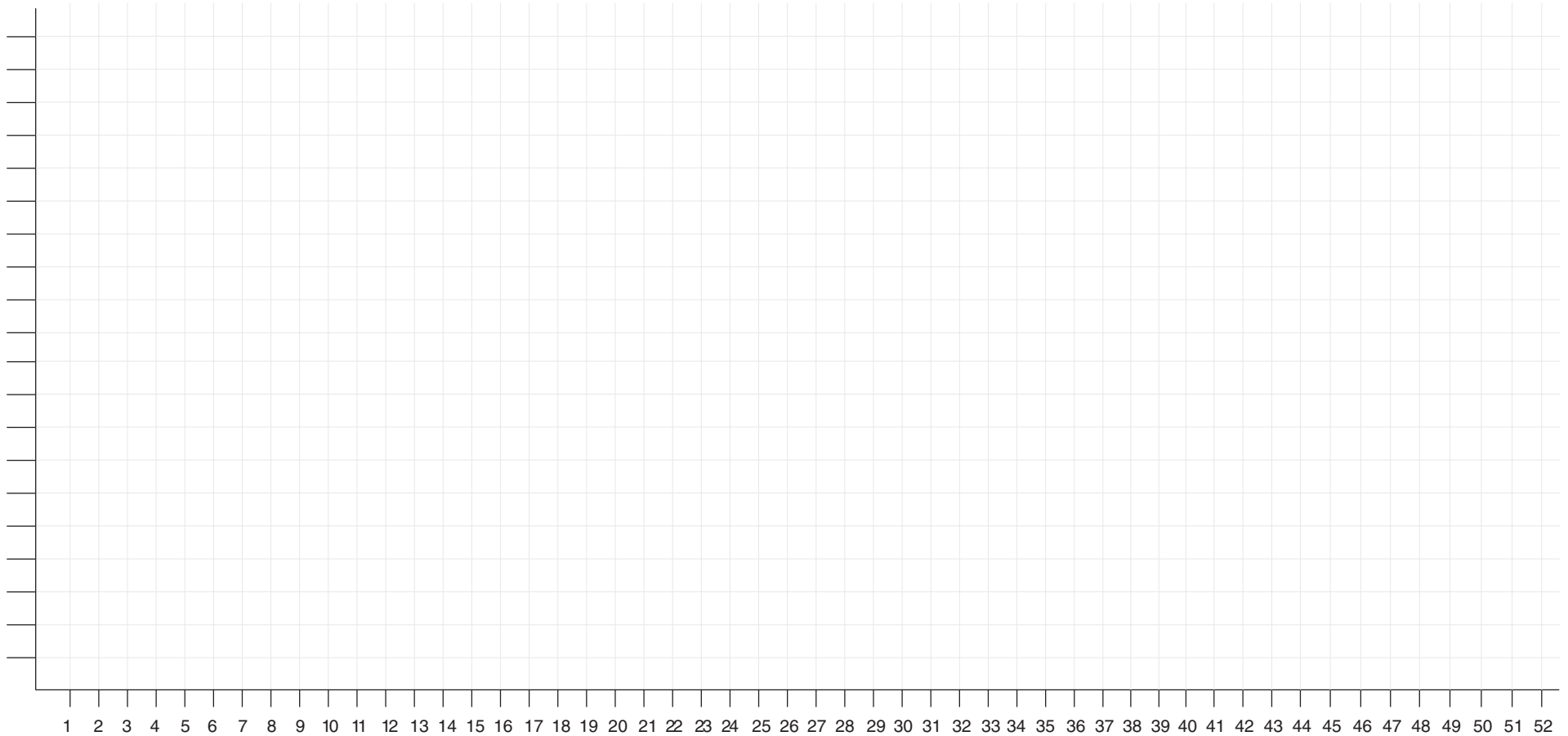
Introduction

- L'équipe du district doit identifier un seuil d'alerte et un seuil d'action (ou d'épidémie). Le seuil d'alerte est le nombre de cas de méningite par semaine qui signifierait une flambée suspecte dans le district et dans chaque formation sanitaire. Une ligne en pointillé peut être tracée sur le graphique pour montrer le seuil d'alerte qui signifie qu'il y a une flambée suspecte.
- Les recommandations de l'OMS pour la détection des flambées de méningite méningocoque dans les pays de la ceinture de méningite ont été révisés en Septembre 2000.
 - ▶ Deux seuils sont recommandés: 1) le seuil d'alerte, 2) le seuil d'épidémie.
 - ▶ On utilise le seuil d'alerte pour: 1) répercuter un avertissement précoce et lancer une investigation 2) vérifier l'état d'alerte préventive d'une flambée, 3) démarrer une campagne de vaccination s'il y a une flambée dans l'entourage et 4) prioriser les localités pour les campagnes de vaccination dans le courant de l'épidémie.
 - ▶ On utilise le seuil d'épidémie pour confirmer l'émergence d'une épidémie de manière à agencer les mesures de contrôle c'est à dire la vaccination de masse et la prise en charge appropriée des cas.
 - ▶ **Le seuil d'alerte est 5 cas déclarés de méningite pour 100 000 habitants par semaine pour les districts avec une population de >30 000 et 2 cas en une semaine pour les districts avec une population de <30 000 habitants.**
 - ▶ Le seuil d'épidémie est le suivante:
 - Pour les districts avec >30 000 habitants:
 - Pour les districts sans aucune flambée depuis 3 ans et ayant une couverture vaccinale de méningocoque de <80% ou où le seuil d'alerte a été dépassé tôt au cours de la saison de sécheresse (Décembre à Février dans le Sahel) 10 cas déclarés pour 100 000 habitants par semaine.
 - pour toutes les autres situations, 15 cas pour 100 000 habitants par semaine.
 - Pour les districts avec <30 000 habitants:
 - 5 cas en une semaine ou
 - doublement du nombre de cas pendant 3 semaines (par exemple, 1 cas la première semaine, 2 cas la deuxième semaine et 4 cas la troisième semaine) ou
 - Autres situations cas par cas (par exemple, 2 cas confirmés en une semaine suffisent pour démarrer la vaccination chez les réfugiés, les personnes déplacées ou les attroupements de masses).
 - ▶ Si le seuil d'alerte est atteint, les actions suivantes doivent être prises: informer les autorités, faire des investigations, confirmer par test de laboratoire, traiter les cas, renforcer la surveillance, et se préparer pour une campagne de vaccination.
 - ▶ Si le seuil d'épidémie est atteint, les actions suivantes doivent être prises: commencer une campagne de vaccination, distribuer les traitements aux Formations sanitaires, prendre en charge les cas selon les directives adaptées pour être employées lors des épidémies, et informer le public.
 - ▶ Références: Weekly Epidemiologic Record, No. 38, 22 Septembre 2000.
- Les districts dans les pays hors ceinture de méningite peuvent employer les seuils appropriés pour leur pays. Ils peuvent s'inspirer des directives de seuils employées pour les autres maladies: par exemple « toute croissance inhabituelle dans les cas déclarés et au moins à une période de croissance au double `a été enregistrée. »

Cas immédiatement déclarés de méningite par semaine pour détecter les flambées de N. Méningiditis dans les Districts à haut risque

L'équipe du district doit identifier un seuil d'alerte qui désigne le nombre de cas de méningite par semaine qui corresponde à une flambée suspecte dans le district. (Dans beaucoup de cas, les districts utilisent un seuil d'alerte de 5 cas pour 100.000 habitants par semaine). Dans ce district le seuil d'alerte est _____ pour _____habitants par semaine. Les pays de la ceinture de méningite peuvent compter le nombre de semaines dans le graphique ci dessous selon la période de la flambée.

_____ cas
 décès



SEMAINE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52				
Décès																																																								
Cas																																																								
Ratio de cas de létalité																																																								

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

Introduction

- Le but de la surveillance de routine des maladies sexuellement transmissibles (IST) est de mener la surveillance dans toutes les formations sanitaires pour les syndromes de l'écoulement urétral chez l'homme et les ulcères génitaux non vésiculaires chez l'homme et chez la femme. L'avantage supplémentaire de la surveillance STI est que la surveillance de l'écoulement urétral et les ulcères génitaux chez l'homme peuvent être utilisés comme indicateurs d'un comportement sexuellement à risque et un facteur potentiel de transmission du VIH. Les causes les plus courantes de l'écoulement urétral chez l'homme sont la *gonorrhoea Neisseria* et *trachomatis Chlamydia*. Le syndrome clinique de l'écoulement urétral chez l'homme est étroitement lié aux cas de *gonorrhoea Neisseria* et la *trachomatis Chlamydia* formé par un laboratoire. Bien que ces deux microbes ne causent pas une grande morbidité à long terme chez l'homme, chez la femme par contre ces deux microbes causent la maladie inflammatoire pelvienne qui conduit à la stérilité, à la grossesse ectopique, et à une douleur pelvienne chronique.
- Les causes les plus courantes des ulcères génitaux chez l'homme et chez la femme sont la syphilis et le chancre bien que plusieurs pays rapportent maintenant des nombres croissants du type recto 2 de virus d'herpès. La syphilis peut causer des effets à long terme (neuro- syphilis, syphilis aortique, syphilis congénitale), mais dans les districts en Afrique l'effet principal de la syphilis et du chancre est qu'ils facilitent la transmission du VIH. Le syndrome de l'ulcère génital non-ulcéré chez l'homme est quelque peu lié aux cas de syphilis et de chancre confirmés par un laboratoire. Le syndrome clinique de l'ulcère génital non-ulcéré chez la femme est aussi quelque peu lié aux cas de syphilis et de chancre confirmés par un laboratoire mais moindre que chez l'homme.

Analyse de la tendance en fonction du temps

- A cause des facteurs sociaux associés aux IST (par exemple, les stigmates sociales ou culturelles) les changements dans la tendance des IST sont plus souvent liés aux facteurs de déclaration qu'aux vrais changements de l'incidence de la maladie. Une croissance dans le nombre des cas peut être due à une nouvelle clinique privée ou une clinique d'IST qui commence à déclarer les cas d'IST, à l'ouverture d'une nouvelle clinique d'IST, à un changement de composante diagnostique par de nouveaux internes, à une plus grande disponibilité de médicaments, ou à une résistance croissante aux médicaments. Une réduction dans le nombre des cas peut être due à une croissance de malades qui visitent les cliniques privés qui ne participent pas à la déclaration de la surveillance, à une faible disponibilité de médicaments, à une augmentation des prix des services, y compris les médicaments, ou à une programme d'IST dans le district qui est efficace.

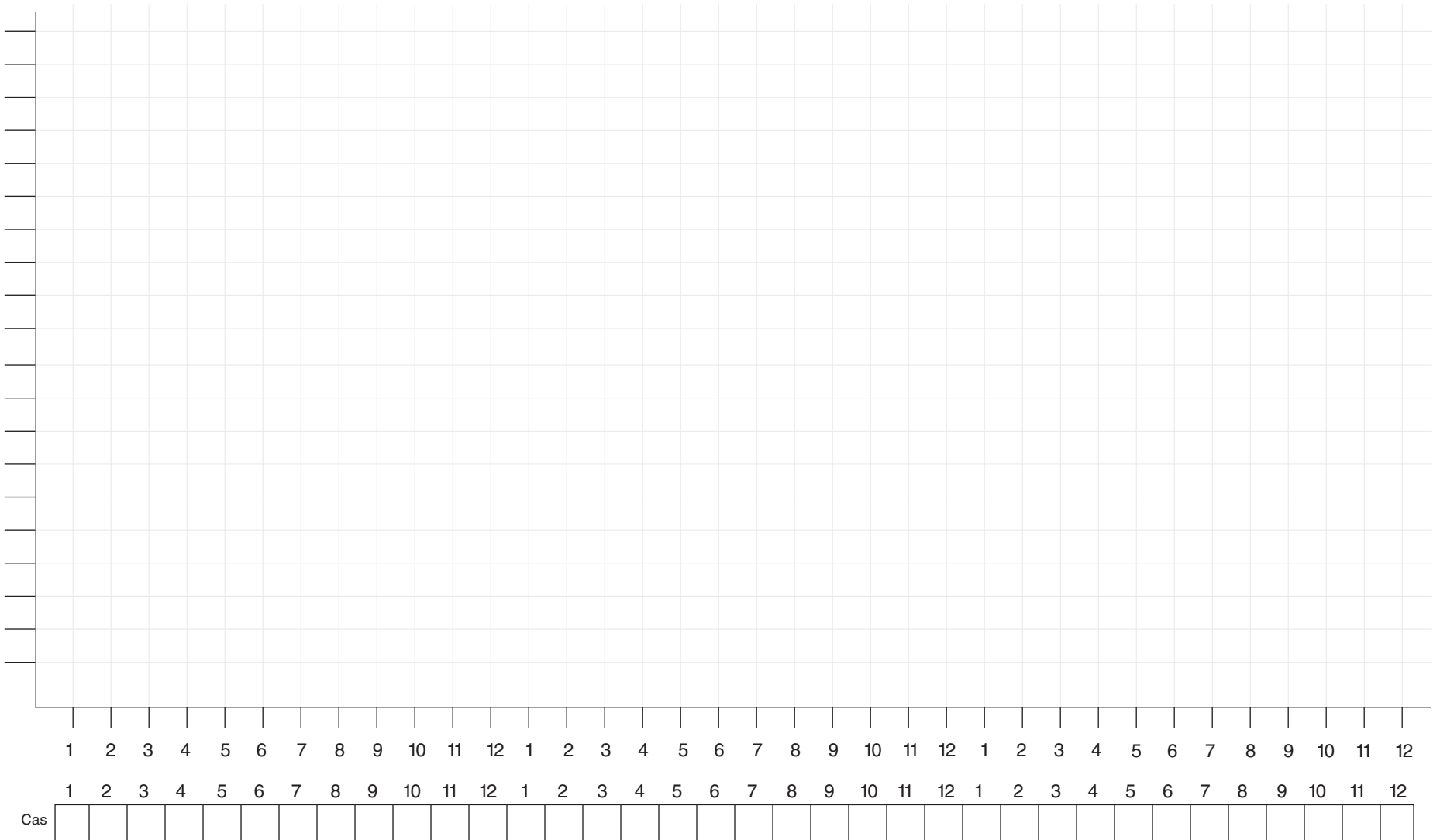
Action et objectifs de santé publique

- Les activités que le district peut entreprendre pour diminuer les IST et le VIH comprennent:
 - retarder le début des rapports sexuels, promouvoir l'utilisation des préservatifs, contrôler les IST chez les professionnels du sexe, réduire le nombre de partenaires sexuels, et traiter rapidement et avec efficacité les IST et leurs contacts.
- L'expérience a montré que la réduction dans le nombre de cas de l'écoulement chez l'homme de 50% et de cas des ulcères non-vésiculaires de 50% peut être réalisée dans de nombreux districts sur plusieurs années.

Cas d'écoulement urétral chez l'homme

Par mois _____ - _____

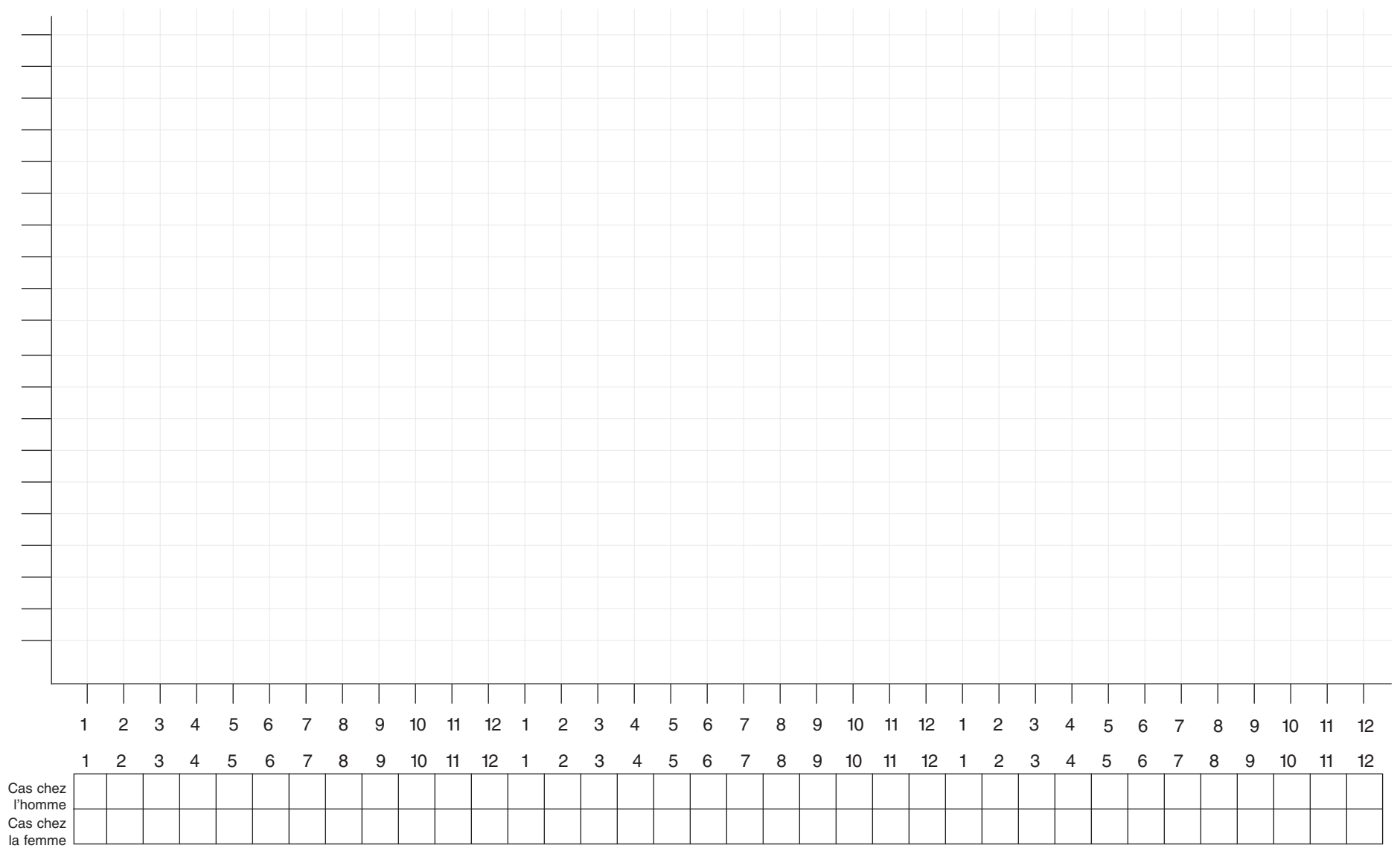
_____ cas



Cas d'ulcère génital non-vésiculaire chez l'homme et la femme

Par mois _____ - _____

Ulcères génitaux chez l'homme
 Ulcères génitaux chez la femme



SIDA

SIDA

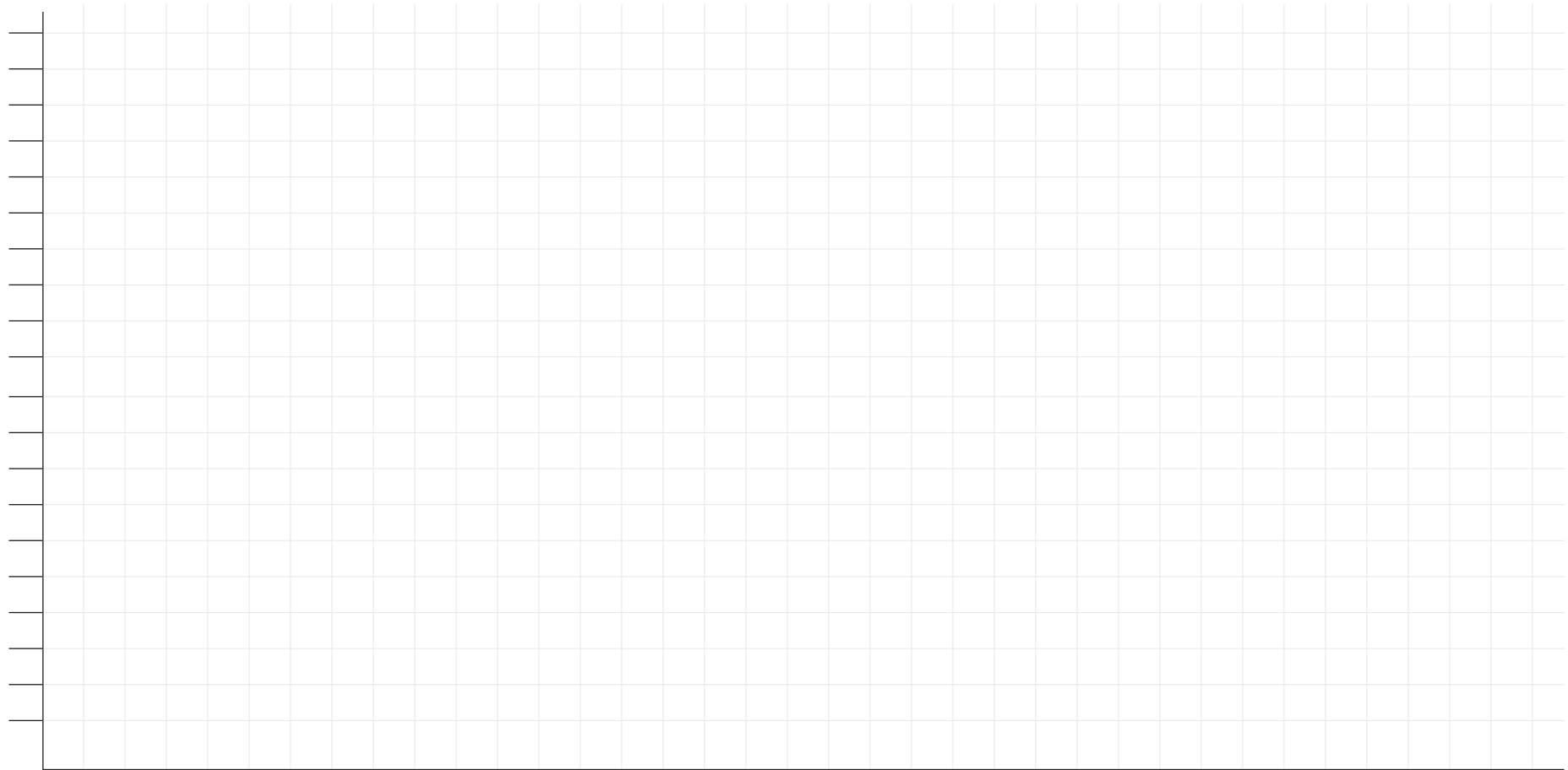
Introduction

- Les tendances dans les cas de SIDA vont refléter celle des infections de VIH des 5 à 10 années précédentes puisque l'intervalle de l'infection du SIDA varie entre 5 à 10 ans. Les tendances dans les cas de SIDA par tranche d'âge et par facteurs de risque peuvent être identifiées sur un site sentinelle dans le district.
- Pour comprendre l'infection actuelle du VIH, la situation du facteur de risque du VIH et les tendances dans le district, d'autres types de surveillance doivent être mis en place, par exemple:
 - ▶ La sero—prévalence de VIH masquée et sans lien aux sites sentinelles (par exemple, les structures de consultation prénatale)
 - ▶ Les tendances des nouveaux prélèvements positifs chez les malades de la tuberculose de 15-24 ans
 - ▶ Les tendances des infections sexuellement transmissibles diagnostiquées en clinique et en laboratoire

Nouveaux cas et décès déclarés de SIDA chez les malades hospitalisés

Par mois _____ - _____

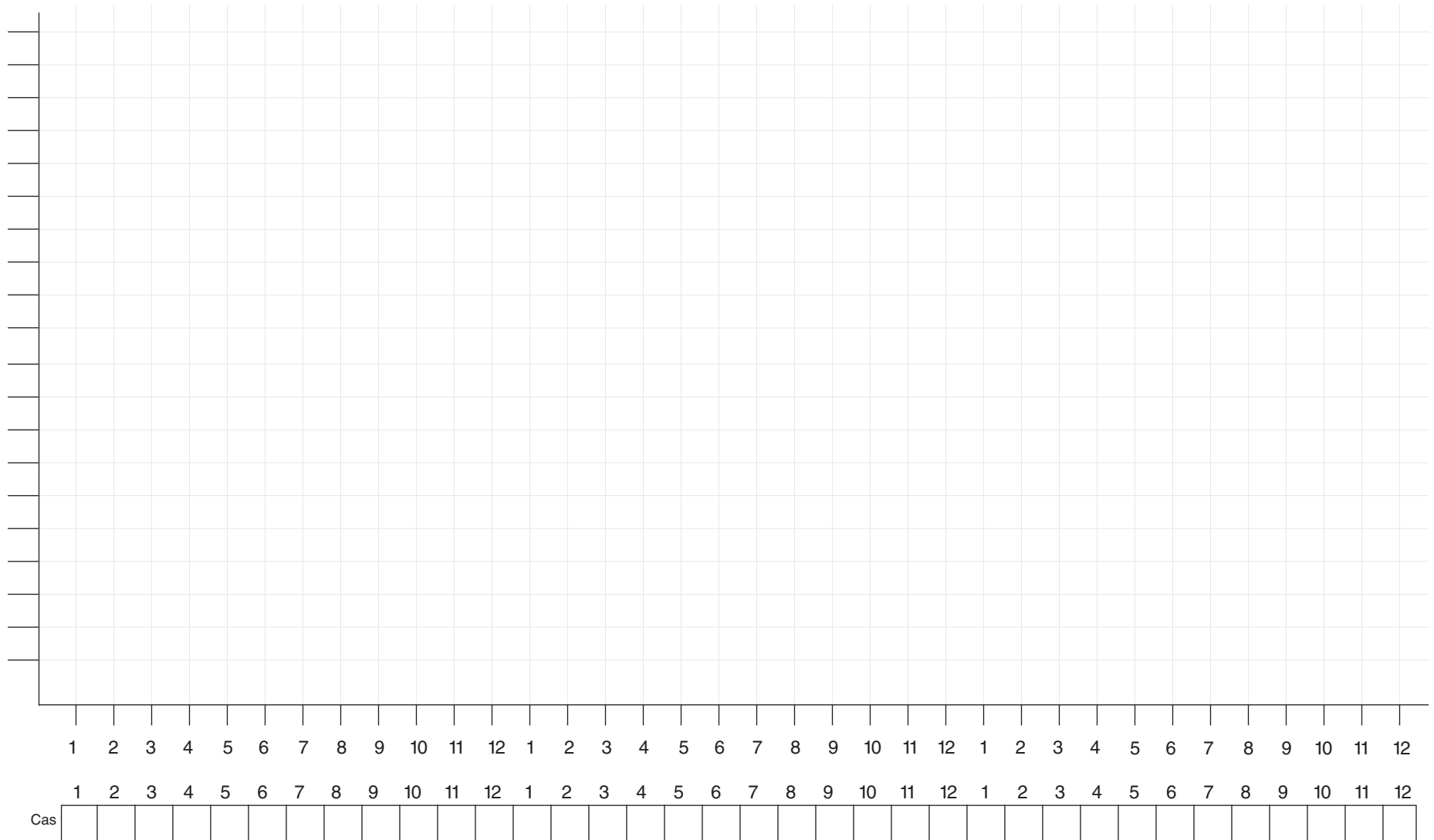
cas
 décès



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Décès																								
Cas																								
Ratio de cas de létalité																								

Nouveaux cas déclarés de SIDA chez les malades en consultations externes Par mois _____ - _____

_____ cas



SERO-PREVALENCE DE VIH DANS LES STRUCTURES DE CONSULTATION PRENATALE

Introduction

- Les districts à taux élevé de VIH vont souvent conduire des programmes de dépistage de VIH des femmes qui font des consultations prénatales (Prévention Transmission Mère –Enfant [PTME])
- Si un pourcentage élevé de femmes enceintes qui font des consultations prénatales dans les formations sanitaires acceptent un dépistage de SIDA, la tendance de sero-prévalence VIH dans les structures de consultation prénatale peut être une composante importante de la surveillance de VIH pour l'équipe du district.

Analyse en fonction du temps, du lieu et de l'individu

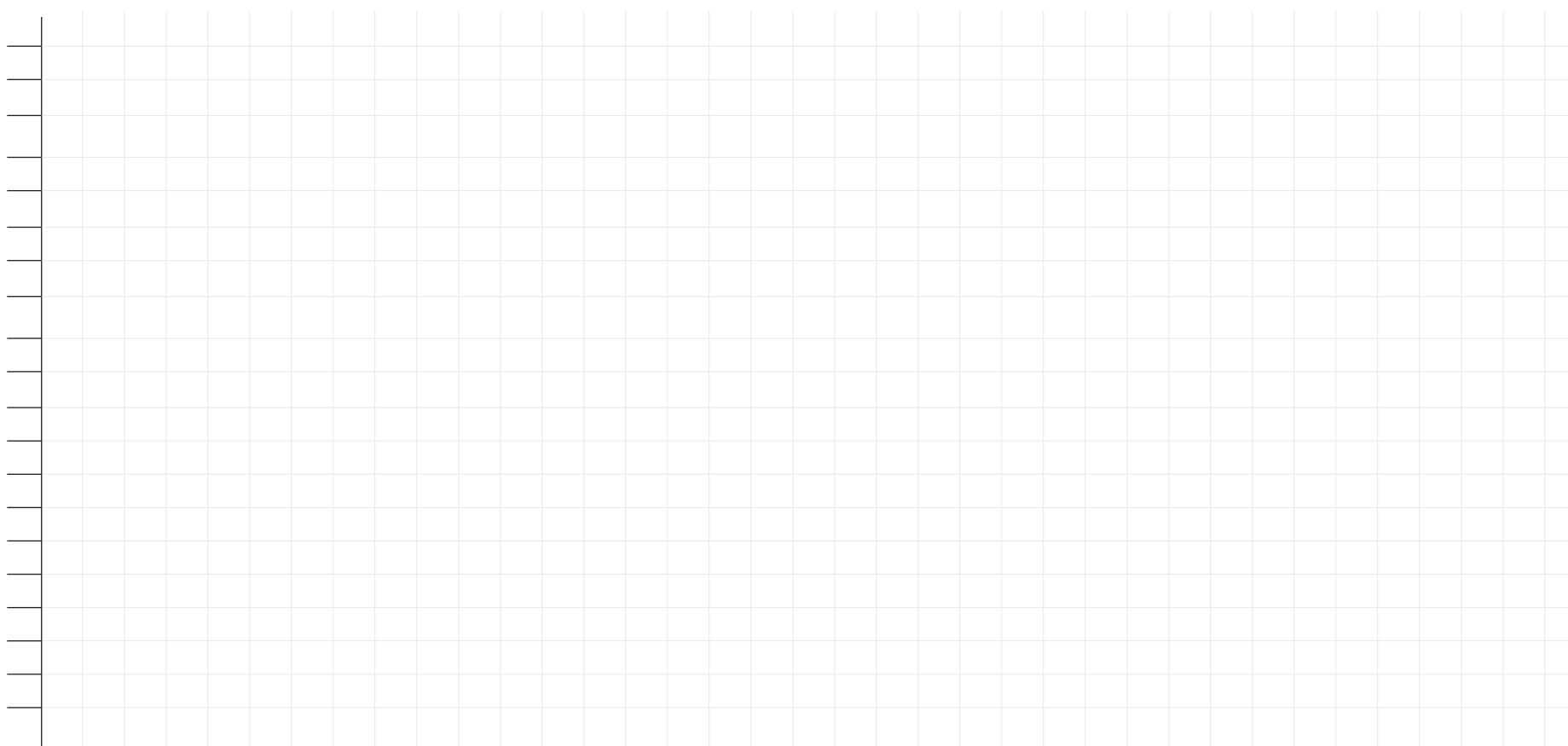
- Les tendances de la prévalence de VIH chez les 15-19 et 20-24 ans sont les plus importantes à suivre.
- Les tendances de prévalence dans ce tranche d'âge peuvent suivre de près les tendances de l'incidence de VIH dans ce tranche d'âge.
- Le VIH peut jouer sur les taux de grossesse mais doit moins jouer sur les taux de grossesse chez les 15-19 et les 20-24 ans.
- Le pourcentage des femmes enceintes qui font des consultations prénatales et le pourcentage d'entre elles qui acceptent un dépistage de VIH sont importantes pour l'interprétation des tendances de prévalence de VIH. Plus les pourcentages sont élevés, moins il y a de potentiel de biais.

Action et objectifs de santé publiques

- Les programmes de prévention de VIH/IST pour les jeunes
- D'excellents programmes de prévention de VIH doivent pouvoir baisser de 50% la séro-prévalence chez les 15-24 ans.

Nombre de premières consultations prénatales et nombre de femmes consultées qui accepte un dépistage de VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant par trimestre, _____ - _____

_____ nombre de premières consultations
 nombre dépisté pour VIH



1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4

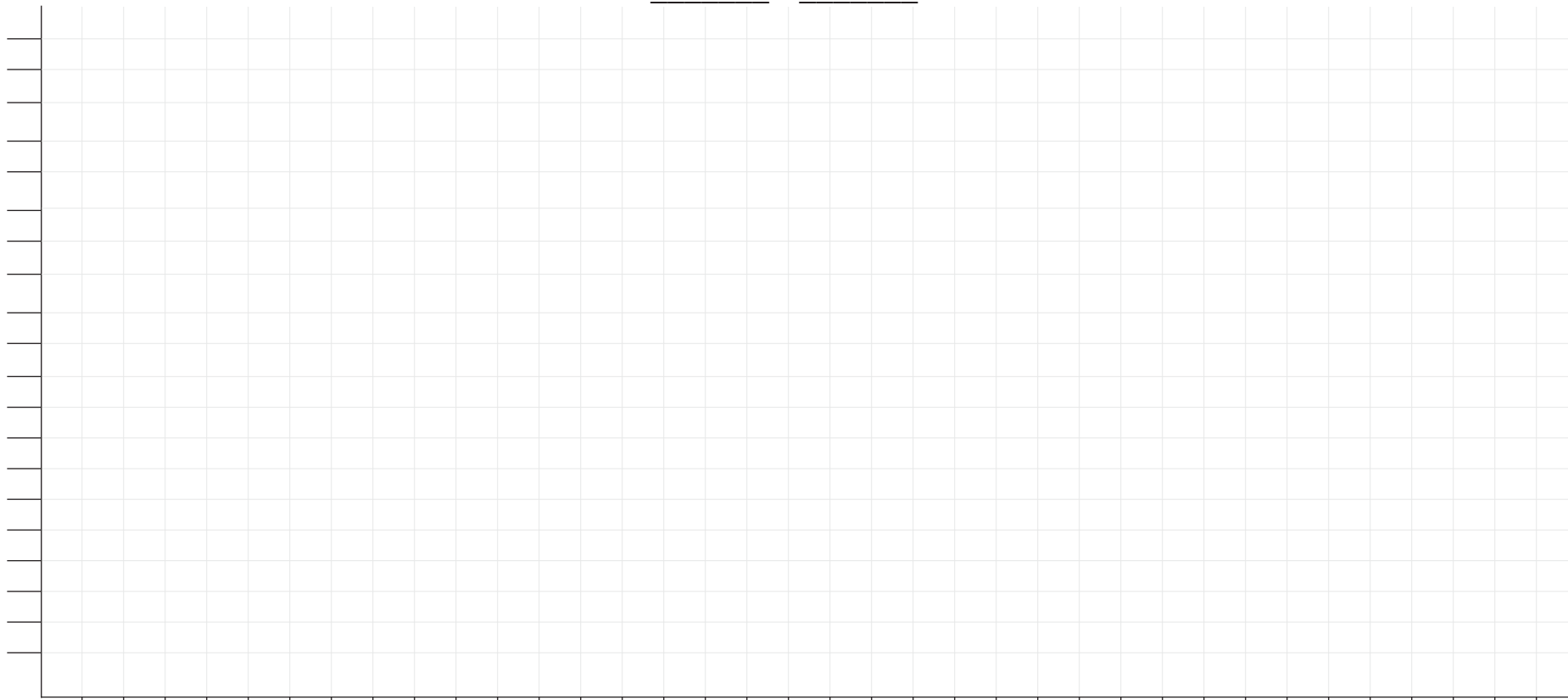
 année année année année année année année année

	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Première consultation																																				
Dépisté pour VIH																																				

Sero-prévalence de VIH de dépistage de VIH pour la prévention de la transmission mère-enfant par trimestre,

VIH + chez les 15 - 19 ans
 VIH + chez les 20 - 24 ans

_____ - _____



	année				année				année				année				année				année				année							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
les 15 - 19 ans																																
VIH+																																
VIH dépisté																																
%Positif																																
les 20 - 24 ans																																
VIH+																																
VIH dépisté																																
%Positif																																

TUBERCULOSE

TUBERCULOSE

Introduction

- Le but de la surveillance de la tuberculose au niveau district est de suivre les tendances dans les cas de tuberculose pulmonaire et des indicateurs d'un traitement complet (qui va rendre le malade non contagieux).
- Il y a deux principales formes de tuberculose, notamment la tuberculose pulmonaire et la tuberculose extra-pulmonaire.
 - ▶ La forme pulmonaire de la maladie qui se transmet principalement à travers les gouttelettes émises lors de la toux et les éternuements est celle qui est généralement contagieuse. Elle est facilement transmise de personne à personne.
 - ▶ La tuberculose extra-pulmonaire qui affecte les autres organes humains excepté le tissu pulmonaire est rarement contagieuse.
 - ▶ De la perspective de la santé publique, la tuberculose pulmonaire est le point focal primaire d'intervention. Parmi les formes de tuberculose pulmonaire, celles ayant une charge bacillaire élevée sont facilement détectées par examen au microscope des échantillons de crachats (c'est le frottis positif de tuberculose pulmonaire) et celles ayant une charge bacillaire basse ne sont pas facilement détectées par examen au microscope des échantillons de crachats (c'est le frottis négatif de tuberculose pulmonaire). La tuberculose pulmonaire de frottis positif est plus contagieuse que la tuberculose pulmonaire de frottis négatif.
 - ▶ En moyenne, un cas de tuberculose pulmonaire de frottis positif entraîne 10-15 nouvelles infections en une année et 5-7 nouveaux cas cliniquement apparents de tuberculose pulmonaire en une année.
 - ▶ Le VIH peut augmenter le nombre de cas de tuberculose pulmonaire dans le district, même à des niveaux relativement bas d'infection du VIH dans le district. En fait l'épidémiologie des cas de tuberculose dans un district peut être un bon indicateur du niveau du VIH, de la propagation géographique, et peut même indiquer si l'épidémie du VIH est concentrée chez des populations à haut risque ou si elle est largement répandue parmi la population générale.

Analyse de Laboratoire

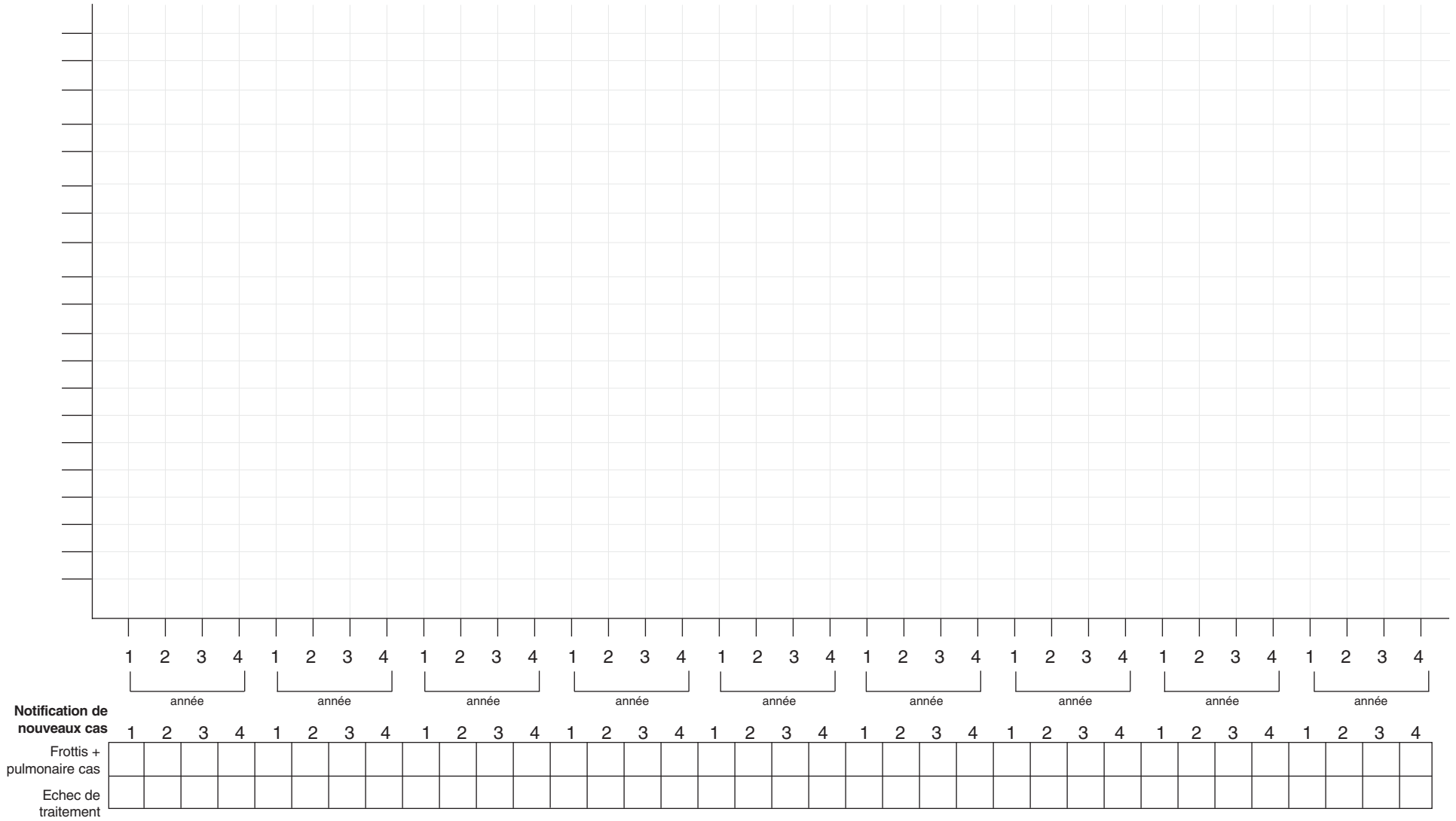
- Le diagnostic de la tuberculose repose sur l'examen bactériologique des échantillons de crachats pour les bacilles acido-alcoolo résistants (baar) ce qui est fait par la méthode Ziel-Neelsen avec une microscopie de lumière. Trois échantillons de crachats du patient suspect pris deux jours consécutifs doivent être examinés.
- Par définition un cas de frottis positif de tuberculose pulmonaire est confirmé lorsque l'un de ces deux scénarios se présente : 1) deux frottis positifs (sur 3), 2) un frottis positif documenté par des anomalies radiologiques et la décision d'un Médecin de faire le traitement complet de chimiothérapie anti-tuberculose. Selon les deux critères ci-dessus, la prédiction des diagnostics de nouveaux frottis positifs de tuberculose pulmonaire est positive à 80% pour les patients avec une tuberculose pulmonaire hautement contagieuse. Les valeurs de sensibilité et de spécificité des frottis de crachats par microscopie sont généralement élevées (>70%).

Analyse en fonction du temps, du lieu et de l'individu

- Classifications pour notification de nouveaux cas.
 - ▶ Environnementalement 65% de l'ensemble des cas pulmonaires enregistrés dans un trimestre doivent être frottis positifs.
 - ▶ Si le pourcentage des cas de frottis positif est bas de façon significative, la qualité du diagnostic de la tuberculose pulmonaire peut être médiocre.
 - ▶ Il doit y avoir approximativement un rapport de 1 entre le nombre de nouveaux cas de frottis positif et l'ensemble de nouveaux cas de frottis négatif et de cas extra-pulmonaire. Si ce ratio est altéré, alors la qualité du diagnostic peut être aussi suspecte, par exemple la tuberculose extra-pulmonaire ou le frottis négatif peuvent être sur-diagnostiqués.
 - ▶ Si il y a une croissance du nombre de cas de tuberculose extra-pulmonaire (en l'absence d'une augmentation de l'ensemble des cas de tuberculose ou des cas de frottis positif) l'on doit également considérer une augmentation du VIH puisque ce dernier cause plus de cas de tuberculose extra-pulmonaire que pulmonaires. Avec le VIH les cas de la tuberculose extra-pulmonaire.

Cas déclaré de frottis pulmonaire et d'échecs de traitement par trimestre, _____ - _____

_____ Cas de frottis +
 Echecs de traitement



Analyse en fonction du temps, du lieu et de l'individu (suite)

pulmonaire vont augmenter, même si l'augmentation chez l'extra pulmonaire est légèrement plus rapide.

- ▶ Si le rapport entre l'ensemble des cas de frottis négatifs et de cas d'extra-pulmonaire et les cas de frottis positif est trop élevé l'on doit examiner la qualité du diagnostic du laboratoire.
- ▶ Une tendance à la baisse des cas de tuberculose pulmonaire peut indiquer moins de fiabilité du diagnostic microscopique du frottis ce qui enchaîne un sur-diagnostic de frottis négatifs et de tuberculose extra-pulmonaire. Par exemple, il peut y avoir un sur-diagnostic des cas de frottis négatifs à cause d'une sur utilisation d'examen radiologiques par un interne qui n'est pas familier avec les recommandations des directives du programme national de la tuberculose.
- ▶ S'il y a une croissance du nombre de cas de frottis négatif (en l'absence d'une croissance de l'ensemble des cas de tuberculose ou de cas de frottis positif), l'équipe du district doit considérer un problème de faux frottis négatif au niveau du laboratoire ou une sur-utilisation ou une sur lecture des radiographies ou autres méthodes du diagnostic de la tuberculose pulmonaire.
- Catégorie des cas de reprise de traitement
 - ▶ Avec un programme bien fonctionnel la proportion des cas enregistrés suite à une rechute, à un échec ou à une reprise de traitement après interruption doit rester stable ou baisser avec le temps.
 - ▶ Une proportion croissante de cas enregistrés de tuberculose suite à une reprise du traitement indique généralement un faible fonctionnement du programme de tuberculose. Une proportion croissante de cas enregistrés de tuberculose suite à une rechute indique généralement une augmentation de la résistance aux médicaments.
- Age et sexe des nouveaux cas de frottis positif.
 - ▶ Dans la Région Africaine, la plupart des cas intervient dans le groupe d'âge de 15-49. A moins de 15 ans la prévalence de la maladie est la même chez l'homme et chez la femme. Cependant après 15 ans, il ya plus d'hommes affectés que de femmes. Alors, se les rapports sexuels avant l'âge de 15 est élevée chez les hommes dans un district, cela peut indiquer un faible accès aux services de tuberculose chez les enfants du sexe féminin.
 - ▶ Là où le contrôle de la tuberculose est efficace, la répartition des cas de tuberculose bascule vers les groupes d'âge avancé.
 - ▶ Les changements dans la répartition des cas de tuberculose (augmentation chez le groupe de femme de 15-24 ans) peut refléter l'épidémiologie du VIH dans le district.

• Analyse cohorte des résultats de traitements

- ▶ En calculant l'analyse cohorte des résultats de traitement, le dénominateur est le total des malades enregistrés. Le pourcentage des malades enregistrés qui sont évalués et le pourcentage de tous les malades avec frottis négatif à la fin du traitement (guéri) sont d'importants indicateurs que le district doit suivre.
- ▶ Le pourcentage de maladies enregistrés qui sont guéris doit augmenter à 85%. Il pourra être difficile d'atteindre les 85% de « guéris » dans les districts avec taux élevés de VIH puisque beaucoup de malades lors des traitements cohortes vont mourir.
- ▶ Une augmentation de la proportion des malades enregistrés mais pas évalués, avec échec, ou de ceux avec un traitement interrompu est un avertissement qui indique des problèmes potentiels du programme.

• Ratio de cas de létalité

o En l'absence d'une infection VIH, le ratio de cas de létalité est approximativement 0.15, mais ceci est élevé (0.20-0.30) en présence d'infection du VIH. Si le cas de létalité augmente, on doit considérer une infection du VIH croissance, une croissance de la résistance aux médicaments de la tuberculose, ou un faible fonctionnement du programme comme étant la cause.

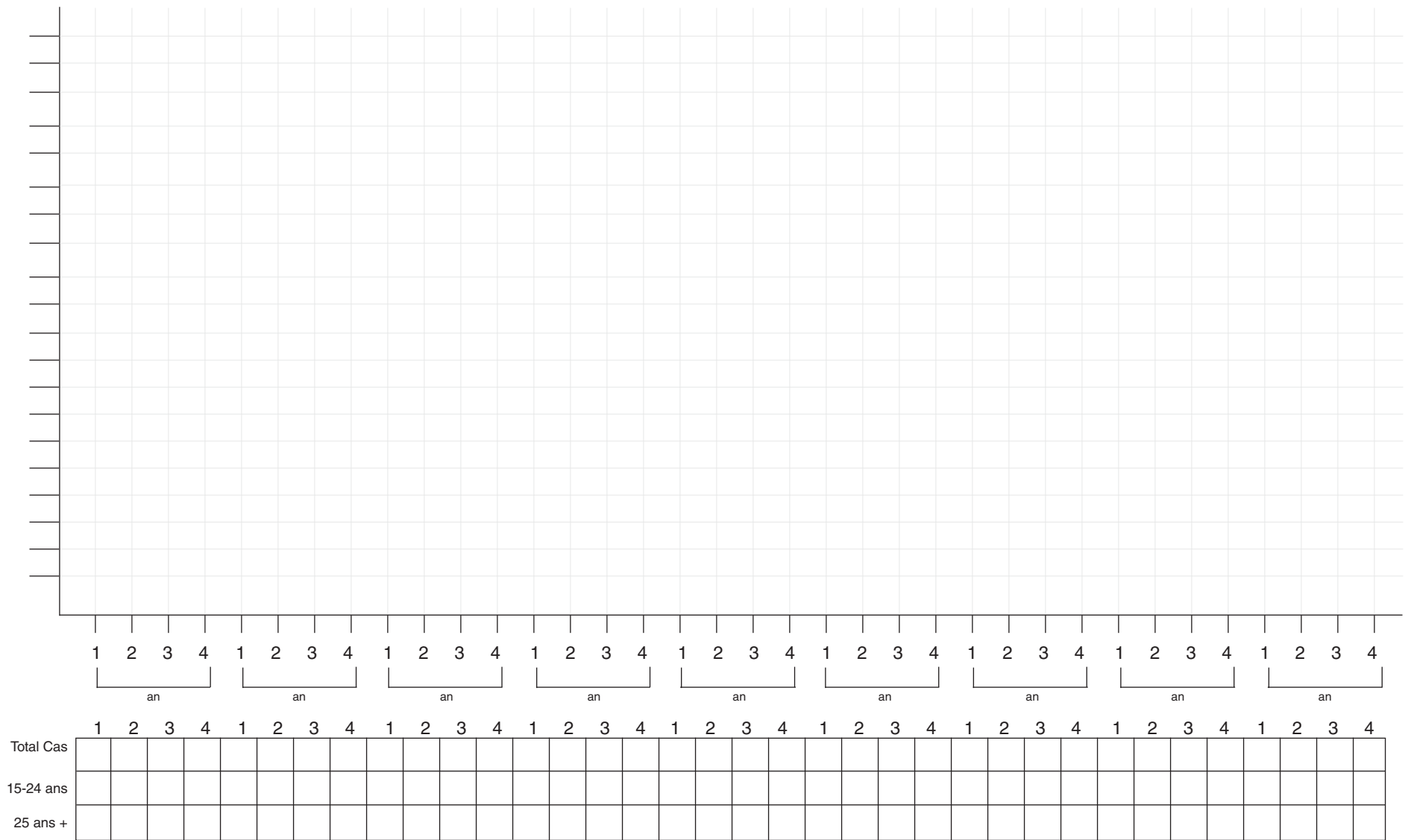
Action et objectifs de santé publique.

- ▶ Pour contrôler la tuberculose dans la Région Africaine, l'OMS recommande la stratégie DOTS (le régime court de traitement court sous observation directe). Ceci est une stratégie peu chère qui dépend de la détection rapide à travers un diagnostic microscopique des échantillons de crachats et du traitement précoce qui utilise une combinaison standardisée d'antimicrobiens administrés sur une période relativement courte (six mois, par exemple) sous l'observation directe d'un assistant. Lorsque la stratégie est bien appliquée, elle assure une guérison des cas d'infection (et autres cas) et diminue ainsi la transmission de la maladie.
- ▶ Pour les individus, le traitement DOTS donne un taux de guérison de >90% lorsque c'est correctement suivi.
- ▶ Le DOTS peut baisser de 10% les cas de frottis positif de tuberculose pulmonaire par an dans un district où il y a une absence de l'infection VIH.
- ▶ Diriger toutes ressources à identifier des cas de maladies contagieuses (le cas de frottis positif de tuberculose pulmonaire) en fin de les guérir doit être la première priorité de tout programme de tuberculose. Une mise en œuvre correcte du DOTS dans un district doit aboutir à un taux de guérison de 80-85%.

Nouveaux cas déclarés de frottis pulmonaire par groupe d'âge

Par trimestre, _____ - _____

_____ Total Cas
 15-24 ans
 -.-.-.- 25 ans et +



Examen d'une personne malade de tuberculose

	An 1		An 2		An 3	
	n (%)		n (%)		n (%)	
Notifications des cas						
Prélèvement Pulmonaire + Nouveaux Cas						
Prélèvement Pulmonaire + Rechute						
Prélèvement Pulmonaire Négatif						
Extra-pulmonaire						
Total						
Catégorie des cas de retraitement						
Rechute						
Echecs						
Reprise de traitement après interruption						
Total						
Age de nouveaux cas de frottis positif de tuberculose pulmonaire						
	M	F	M	F	M	F
0-14						
15-24						
25-34						
35-44						
45-54						
55-64						
65+						
Total						

Examen cohorte pratiqué sur des malades enregistrés l'année précédente

	Yr		Yr		Yr	
	Nouveau frottis + de pulmonaire à 2 mois	Re-rx de frottis + à 3 mois	Nouveau frottis de pulmonaire à 2 mois	Re-rx de frottis + à 3 mois	Nouveau frottis de pulmonaire à 2 mois	Re-rx de frottis + à 3 mois
Conversion du frottis						
Nombre de nouveaux frottis converti par 2 à 3 mois						
Nombre de nouveaux frottis + évalué avec le crachat par fin du 3 ^{ème} mois (dénominateur)						
Resultats de traitement						
	Nouveaux frottis + de pulmonaire	Re-rx de frottis à 3 mois	Nouveaux frottis + de pulmonaire	Re-rx de frottis à 3 mois	Nouveaux frottis + de pulmonaire	Re-rx de frottis à 3 mois
Total enregistré						
Total évalué						
Frottis négatif en fin de traitement						
Traitement complet, mais frottis pas fait						
Mort						
Echec						
Traitement interrompu						
Transféré						

Analyse cohorte sur des patients enregistrés semestriellement

	1	2	1	2	1	2
Total enregistré						
Total évalué						
Frottis négatif en fin de traitement						
Traitement complet frottis pas fait						

┌──────────┐
┌──────────┐
┌──────────┐

1^{ère} année
2^e année
3^e année

LEPROSY

LEPROSY

Introduction

- La 44^{ème} Assemblée de l'Organisation Mondiale de la Santé a adopté la résolution WHA44.9 la lèpre en tant que problème de santé publique (le taux de prévalence de <1 cas pour une population totale de 10 000) au niveau du district et mondialement d'ici à l'an 2000. Au troisième Congrès International à Abijan, une Alliance Mondiale de l'Eradication de Lèpre a été lancée avec l'objectif d'éradiquer la lèpre au niveau national de tous les pays du monde par 2005.

La polychimiothérapie (MDT) est efficace à presque 100% et la détection des cas est relativement facile. Donc tous les districts doivent atteindre cet objectif par 2005.

Guide pour le calcul des indicateurs

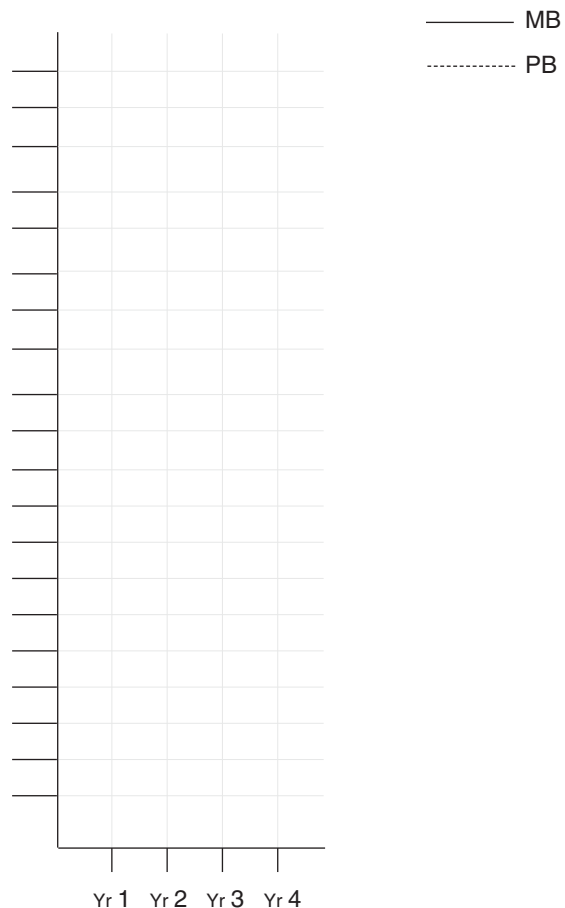
1. **Prévalence et taux de prévalence.** La prévalence est le nombre de cas enregistrés pour la polychimiothérapie (MDT) à une date précise (le 31 décembre) et le taux de prévalence est le nombre de cas par 10 000 habitants. Les types des malades suivants sont exclus du calcul du taux de prévalence: les malades guéris, ceux qui sont défailants, ceux qui ont été envoyés aux autres formations sanitaires, et qui ne suivent pas un traitement pour d'autres raisons (décédés, évacués).
2. **Détection et taux de détection.** Le nombre de cas détecté pendant la période du rapport qui n'ont jamais fait l'objet de traitement. Le taux de détection est le nombre de cas par 100 000 habitants.
3. **Définition des niveaux de handicaps niveaux 0, 1, et 2.** Pour les mains et les pieds: Niveau 0 – Aucune anesthésie, aucune déformation. Niveau 1 – l'anesthésie sans déformation ou infirmité visible. Niveau 2 – La présence d'une déformation ou infirmité visible. Pour les yeux: Niveau 0 – Aucun problème oculaire en rapport avec la lèpre, aucune évidence de perte de vue niveau 1 – Un problème oculaire lié à la présence de la lèpre mais une vision non sévèrement affectée en conséquence. Niveau 2 - La trouble visuel grave (vision au dessous de 6/60, incapacité de lire les chiffres à 6 mètres, lagophtalmies, iridocyclitis, et opacité de la cornée. Méthode de calcul du pourcentage de handicaps du niveau 2: Le nombre de nouveaux malades diagnostiqués d'un handicap de niveau 2 divisé par le nombre de tous les nouveaux malades diagnostiqués pendant la période du rapport.
4. **Taux de guérison.** Le nombre de malades qui ont reçu un traitement complet (6 ampoules pour les malades paucibacillaires (PB) et 12 ampoules pour les malades multibacillaires (MB) dans un group de malades détectés pendant une période donnée (c'est-à-dire six mois avant la période du rapport pour les PB et un an pour les MB). Pour faciliter le calcul du taux de guérison moyen, il est recommandé d'utiliser les mêmes périodes (six mois pour les PB et un an pour les MB) de l'année précédente et de diviser ces nombres de malades par le nombre de tous les malades de la même de diviser ces nombres de malades par le nombre de tous les malades de la même période.

Analyse en fonction du temps, du lieu et de l'individu

- **Taux de prévalence.** Si le taux de prévalence est élevé (taux de prévalence >1 pour une population de 10 000), ceci peut indiquer plusieurs hypothèses: 1) une transmission élevée dans le district, 2) la suite à la campagne d'élimination de la lèpre, 3) le résultat d'un sur-diagnostic, 4) le résultat de recyclage d'anciens malades, ou 5) la régimes de polychimiothérapie standardisée n'est pas suivie ou il y a un taux de guérison faible (une accumulation de malades).
- **Taux de Détection.** Si le taux de détection est élevée, les hypothèses sont les mêmes que les quatre premiers ci-dessus et il peut y avoir plus d'information dans la communauté. Si la tendance est à la baisse, les hypothèses suivantes peuvent être considérées: 1) la transmission baisse, 2) les services de polychimiothérapie deviennent moins actives, ou 3) l'image de la lèpre a été ternie. Concernant 2) les services de polychimiothérapie deviennent moins actives, il est naturel dans une certaine mesure que la détection baisse après d'intenses activités d'identification comme des campagnes d'éradication de la lèpre. Revoir si le reste des services ne sont pas en train de se détériorer. Concernant 3) l'image de la lèpre a été ternie, les activités d'IEC peut avoir un impact négatif sur l'image de la lèpre. Revoir le matériel d'IECs et passer des entretiens avec les malades et la communauté.
- **Taux de guérison, taux de défaillance.** Les taux de guérison doivent frôler presque 100% autant que possible—on devra s'assurer que tous les malades enregistrés pour le traitement sont guéris. Des taux faibles de guérison, des taux élevés et une proportion de malades encore en traitement après avoir épuisé le régime standard peuvent indiquer les problèmes suivants: 1) le service non flexible. Améliorer et humaniser la fourniture de service aux malades. 2) le suivi du malade n'est pas satisfaisant. Le suivi des malades irréguliers doit être amélioré partout où cela est possible. 3) Le malade n'est pas bien informé de l'importance de continuer. Procéder à des activités d'éducation et de counselling pour les malades (voir le Guide des Professionnels de la Santé pour Eradiquer la Lèpre en tant que problème de santé publique.) 4) Le service n'était pas toujours disponible. Stocker suffisant de et améliorer la gestion de stock.

Nouveaux cas déclarés de lèpre

Par année, _____ - _____



	1	2	3	4
MB Ad				
MB Ch				
PB Ad				
PB Ch				

Examen d'une personne malade de lèpre et qualité du programme de surveillance

	Année		Année		Année		Année	
	PB	MB	PB	MB	PB	MB	PB	MB
Indicateurs d'élimination								
Prévalence								
Taux de prévalence								
Détection								
Taux de détection								
Indicateurs de prise en charge des malades								
Proportion des enfants ,15 ans parmi les nouveaux cas								
Proportion de cas avec handicap de niveau 2 parmi les nouveaux cas								
Taux de guérison								
Managerial indicator								
Proportion des services de santé de la polychimiothérapie (MDT)								