

REPUBLIQUE DEMOCRATIQUE DU CONGO
MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
Secrétariat Général à la Santé



DIRECTION DE LUTTE CONTRE LA MALADIE

Guide de prise en charge des épidémies
dans une zone de santé :

POLIOMYELITÉ

2^e Edition

Juillet 2012

Guide de prise en charge des épidémies
dans une zone de santé :

POLIOMYELITÉ

2^e Edition

Juillet 2012

Participants à l'actualisation du guide (2^{ème} Edition) :

NOMS	INSTITUTIONS
1. Dr KEBELA ILUNGA Benoît	Direction de Lutte contre la Maladie
2. Dr MWAMBA KAZADI Dieudonné	Direction de Lutte contre la Maladie
3. Dr LUBULA MULUMBU Léopold	Direction de Lutte contre la Maladie
4. Dr MBUYI W.M Gisèle	Direction de Lutte contre la Maladie
5. Dr BULAMBO KYANGU Delvaux	Direction de Lutte contre la Maladie
6. Dr ARUNA ABEDI Aaron	Direction de Lutte contre la Maladie
7. Mr KABONGO KAPONGO Joseph	Direction de Lutte contre la Maladie
8. Dr KAPONGO KANIANE	Programme National de lutte contre les Infections Respiratoires Aigües
9. Dr MONDONGE MAKUMA Vital	Organisation Mondiale de la Santé / RDC
10. Dr KABUKA Bruno	Programme national de l'hygiène aux frontières
11. Mme PUKUTA Elisabeth	Institut National de Recherche Biomédicale
12. Mme NSAMBA Jeannette	Programme Elargi de Vaccination
13. Dr MBULA Marcel	Cliniques Universitaires de Kinshasa
14. Dr LUALALI Ernest	Médecins Sans Frontières Belgique
15. Dr MBULA Marcel	Cliniques Universitaires de Kinshasa
16. Dr SHONGO Robert	Programme National de Lutte contre les Fièvres Hémorragiques Virales et le Monkeypox
17. Dr NGOIE Bernard	Programme National de lutte contre les Maladies Diarrhéiques
18. Dr LUSAKUMUNU KIMPUTU	Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa

Sommaire

Sommaire	5
Remerciements	7
Objectifs du guide	7
Abréviations	9
I. Généralités	11
1.1. Définition	11
1.2. Historique	11
1.3. Epidémiologie	13
1.3.1. Agent infectieux	13
1.3.2. Réservoir.....	13
1.3.3. Mode de transmission	13
1.3.4. Facteurs de risque.....	14
1.4. Symptomatologie	14
1.4.1. Symptômes	14
1.4.2. Complications	14
1.5. Diagnostic	14
1.5.1. Diagnostic clinique.....	14
1.5.2. Diagnostic biologique	15
1.5.3. Diagnostic différentiel	15
II. Surveillance épidémiologique de la poliomyélite	16
2.1. Identification des cas	16
2.2. Notification des cas	16
2.3. Analyse et interprétation des données	17
III. Activités préparatoires	19
3.1. Mise en place du comité de gestion des urgences sanitaires (CGUS) et de l'équipe de réponse rapide (ERR)	19
3.2. Pré positionnement de vaccin, des médicaments et autres intrants	20
3.3. Bon fonctionnement de la chaîne de froid	21
3.4. Formation du personnel	21
IV. Gestion d'une épidémie (riposte)	22
4.1. Elaboration du plan de riposte	22
4.2. Investigation épidémiologique	22
4.2.1. Pourquoi investiguer ?	22

4.2.2. Comment préparer une investigation ?.....	23
4.2.3. Quand faut-il mener une investigation ?	23
4.2.4. Comment mener une investigation ?	23
4.2.5. Comment prélever des échantillons des selles ?.....	27
4.2.6. Comment diffuser l'information pendant l'épidémie	29
4.3. Traitement des cas.....	30
4.4. Mesures préventives	31
<i>Annexes</i>	<i>33</i>
<i>Annexe 1 : Formulaire d'enquête des cas de PFA</i>	<i>35</i>

Remerciements

La Direction de lutte contre la maladie remercie l’OMS et la Coopération Technique Belge pour leur appui matériel et financier à la révision de ce guide.

Elle remercie aussi les Cliniques Universitaires de Kinshasa, les Programmes Spécialisés du Ministère de la Santé Publique, l’Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa et MSF/Belgique, pour leur collaboration à la rédaction de cet ouvrage.

Objectifs du guide

Ce guide a pour finalité de donner aux acteurs de la surveillance et de la riposte des éléments pratiques et méthodologiques pour mener à bien la gestion d’une épidémie de poliomyélite.

Il a comme objectif de détecter précocement, analyser et prendre en charge une épidémie de poliomyélite dans une Zone de Santé et prévenir une nouvelle épidémie.

Il s’adresse au personnel de santé des niveaux intermédiaire et périphérique (médecins, infirmiers, agents de santé et décideurs) qui peuvent être confrontés au problème de l’épidémie de poliomyélite.

Cet ouvrage contient essentiellement des informations pratiques concernant :

- Les généralités sur poliomyélite ;
- La surveillance épidémiologique ;
- Les activités préparatoires ;
- La gestion d’une épidémie (riposte) de poliomyélite ;
- Les mesures à prendre en post épidémie.

Les utilisateurs trouveront ici un cadre opérationnel qu’ils pourront adapter, si besoin, en fonction des contraintes locales.

Abréviations

ARN	:	Acide ribonucléique
CGUS	:	Comité de Gestion des Urgences Sanitaires
LCR	:	Liquide Céphalo-Rachidien
PCR	:	Polymerase Chain Reaction
PEV	:	Programme Elargi de Vaccination
PFA	:	Paralysie Flasque Aiguë
OMS	:	Organisation Mondiale de la Santé
ONG	:	Organisation Non Gouvernementale
RDC	:	République Démocratique du Congo
RECO	:	Relais Communautaire
UNICEF	:	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VPO	:	Vaccin Polio Oral
ZS	:	Zone de Santé

I. Généralités

1.1. Définition

La poliomyélite est une maladie infectieuse aiguë, immunisante, endémo-épidémique causée par les poliovirus sauvages du genre entérovirus, caractérisée par une invasion du système nerveux central avec atteinte élective des neurones moteurs, principalement de la corne antérieure de la moelle épinière, et qui est à l'origine des paralysies flasques.

Le terme "poliomyélite" est souvent utilisé pour désigner la maladie de Heine Medin ou la PFA qui est due à des entérovirus à ARN qui sont doués d'un neurotropisme pour les cellules de la corne antérieure de la moelle épinière et des correspondantes des noyaux des nerfs crâniens

1.2. Historique

La poliomyélite vient du grec *polio myelos* : Moelle, ite qui veut dire inflammation de la substance grise de la moelle.

Elle a été décrite pour la première fois en 1789, et la 1^{ère} épidémie est survenue en 1836 sur l'île Sainte-Hélène.

En 1840, Heine décrit la paralysie spinale infantile sporadique, considérée comme une entité différente de la forme épidémique.

En 1890, Medin confirme l'identité des cas de paralysie sporadique endémique avec celle des paralysies épidémiques.

Avant l'ère vaccinale, la maladie était l'un des plus terribles fléaux, car elle touchait plus de 600 000 enfants par an dans le monde, et de nombreux pays industrialisés dans les années 50, qui furent l'une des 1^{ères} histoires noires pour la poliomyélite.

Le nombre de cas de poliomyélite a diminué de plus de 99% depuis 1988, passant de plus de 350.000 cas par an à 650 cas notifiés en 2011. Cette réduction est le résultat d'un effort mondial pour éradiquer la maladie.

En 1995 en RD Congo, on a connu dans la province du Kasai-Oriental, l'une des plus grandes épidémies de poliomyélite au monde, avec plus de 1.000 cas de PFA à Mbuji-Mayi.

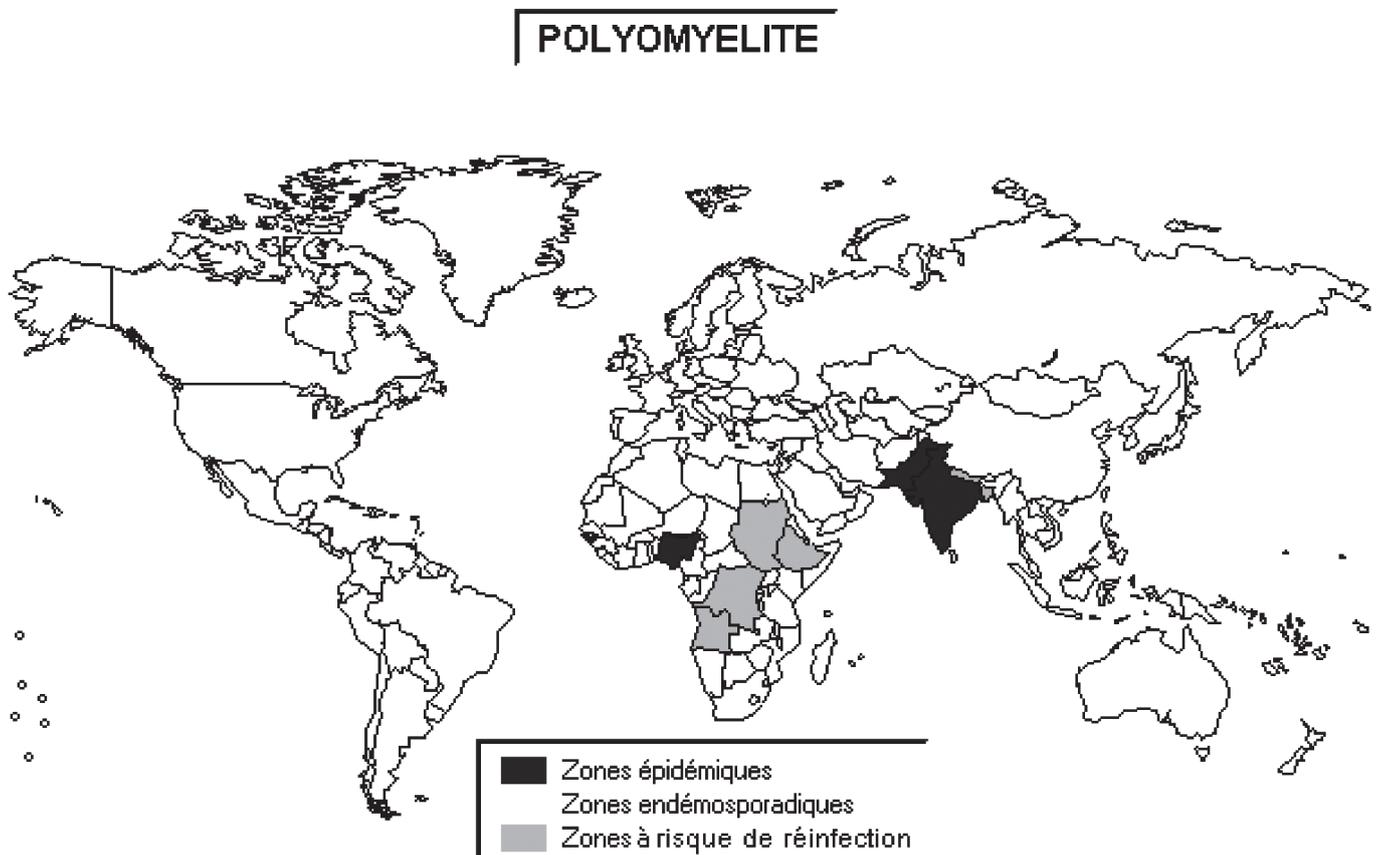
En 1998, le PEV a instauré les journées nationales de vaccination contre la poliomyélite jusqu'en 2001.

En 2004, 731 cas de PFA ont été rapportés par l'ensemble des provinces de la RD Congo. Le taux de PFA non-polio enregistré sur le plan national est de 2,7 pour 100.000 enfants de moins de 15 ans

A partir de 2001 jusqu'en 2006, le pays n'a enregistré aucun cas de poliovirus sauvage.

De 2006 à ce jour, le pays notifie des cas de poliovirus sauvages dans toutes les provinces. En fin 2010, une épidémie de poliovirus sauvage (avec atteinte des adultes) a touché la province de Bandundu avec 81 cas et 23 décès, soit 28 % de létalité. En 2011, des cas de PVS ont été confirmés dans les provinces de Kinshasa, du Katanga, du Kasai-Occidental et du Bas-Congo.

Figure 1 : Répartition de cas de poliomyélite dans le monde



1.3. Epidémiologie

1.3.1. Agent infectieux

L'agent étiologique de la poliomyélite est un virus appartenant à la famille de *piconaviridae*, genre entérovirus.

Il existe 3 types de poliovirus du genre entérovirus :

- Type 1 ou BRUNHILD responsable de 80 à 90% de cas
- Type 2 ou LANSING responsable de 10% de cas
- Type 3 ou LEON responsable de 5% de cas.

N'importe lequel des 3 types peut causer l'infection chez l'enfant.

Seuls les types 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, mais sur le plan mondial, le poliovirus de type 2 semble avoir été éliminé.

Le virus polio est très résistant aux différents agents physiques et chimiques et peut vivre dans les matières fécales, l'eau stagnante, le lait, les légumes pendant 3 à 4 mois.

Cependant, il est sensible à la haute température et aux désinfectants.

1.3.2. Réservoir

L'homme paraît être le seul réservoir. Les personnes immunodéprimées peuvent héberger le virus pendant plusieurs années et la période d'incubation pour les cas paralytiques est de 7 à 14 jours.

1.3.3. Mode de transmission

La source de contamination est le malade ou le porteur sain.

La transmission se fait par voie oropharyngée dans les pays développés et principalement féco-orale dans les pays en voie de développement (mains sales, aliments et eaux souillés ...)

Elle peut également être transmise par les postillons émis lors de sécrétions d'éternuements.

Les personnes infectées peuvent transmettre l'infection tant que le virus reste dans les sécrétions.

La présence du virus persiste dans la gorge pendant une semaine et dans d'autres cas pendant 3 à 6 semaines ou même davantage

1.3.4. Facteurs de risque

- Mains sales
- Aliments ou eaux souillés
- Mauvaise hygiène

1.4. Symptomatologie

1.4.1. Symptômes

Généralement, la maladie est asymptomatique

L'incubation est de 7 à 14 jours.

Il existe deux formes cliniques dans la manifestation de la maladie :

- la forme non paralytique caractérisée par un syndrome pseudogrippal (fièvre, céphalées, douleurs musculaires etc) évoluant vers la guérison
- la forme paralytique flasque souvent unilatérale (5 à 10%)

1.4.2. Complications

- Troubles respiratoires par atteinte de la musculature respiratoire et du diaphragme (chez l'adulte).
- Méningite.
- Paralysie flasque définitive.

1.5. Diagnostic

1.5.1. Diagnostic clinique

Il est basé sur les données épidémiologiques (absence de vaccination, notion d'épidémie), caractère des paralysies motrices d'apparition souvent brutale, la découverte de la méningite lymphocytaire associée.

1.5.2. Diagnostic biologique

- Isolement du virus (sang, selles, LCR).
- Ascension du taux d'anticorps spécifiques sur deux prélèvements espacés de 15 jours.

1.5.3. Diagnostic différentiel

D'autres pathologies peuvent aussi entraîner des paralysies flasques aiguës. Le diagnostic différentiel de l'infection à poliovirus sauvage doit se faire avec la myélite transverse et le syndrome de Guillain-barré.

Tableau I : Diagnostic différentiel

Pathologie / Syndrome	Symptômes	Para clinique	Evolution
Syndrome de Guillain barré	Paralysie symétrique, troubles de la sensibilité objective	Neuropathie périphérique existe à l'EMG protéïnorachie élevée	Evolution peut durer 15 jours
Myélite aiguë transverse	Paralysie souvent symétrique d'abord flasque puis spastique signes sensitifs et d'atteinte sphinctérienne		

II. Surveillance épidémiologique de la poliomyélite

2.1. Identification des cas

Pour identifier les cas, il faut :

- Utiliser la définition de cas dans toutes les structures de soins et dans la communauté ;
- Prélever les échantillons des premiers cas et envoyer au laboratoire national (*Institut National de Recherche Biomédicale à Kinshasa. tél. : 0898949289*) pour isoler le germe.

Définition de cas dans les formations sanitaires

Cas présumé (suspect)

Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë ou toute personne souffrant de paralysie quel que soit son âge, chez laquelle le médecin soupçonne la poliomyélite.

Cas Confirmé

Cas présumé (suspect) chez qui on a isolé le virus dans les selles.

Définition dans la communauté

Toute personne de moins de 15 ans qui marchait, ne marche plus, qui rampait ou bougeait les membres, ne rampe plus, ne bouge plus les membres, ou toute personne présentant une faiblesse d'un des membres.

2.2. Notification des cas

Tout cas de PFA (cas de poliomyélite possible) doit faire l'objet d'une notification immédiate et d'une enquête dans les 48 heures (données individuelles)

La notification zéro cas est exigée.

Seuil :

Seuil d'alerte	1 seul cas présumé (suspect)
Seuil épidémique	1 seul cas confirmé

2.3. Analyse et interprétation des données

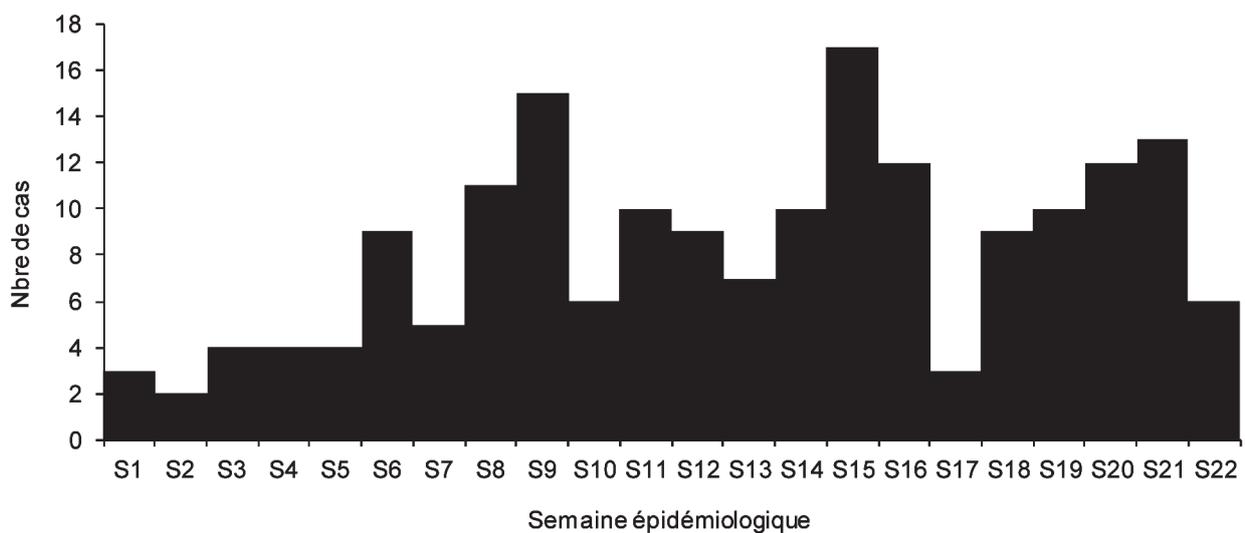
Les données de poliomyélite consignées au préalable dans un registre doivent à tout moment être organisées en temps, lieu et personne pour faciliter l'analyse. On utilise le tableau pour les caractéristiques individuelles et le lieu, le graphique pour l'analyse de tendance, et les cartes pour identifier la localisation de cas.

Exemple :

Temps

L'analyse selon le temps permet de voir l'évolution ou la tendance de la courbe épidémique afin de prendre une décision.

Figure 2 : Nombre de Cas suspect de poliomyélite en RD Congo, S1 à la S22, 2005



Commentaire :

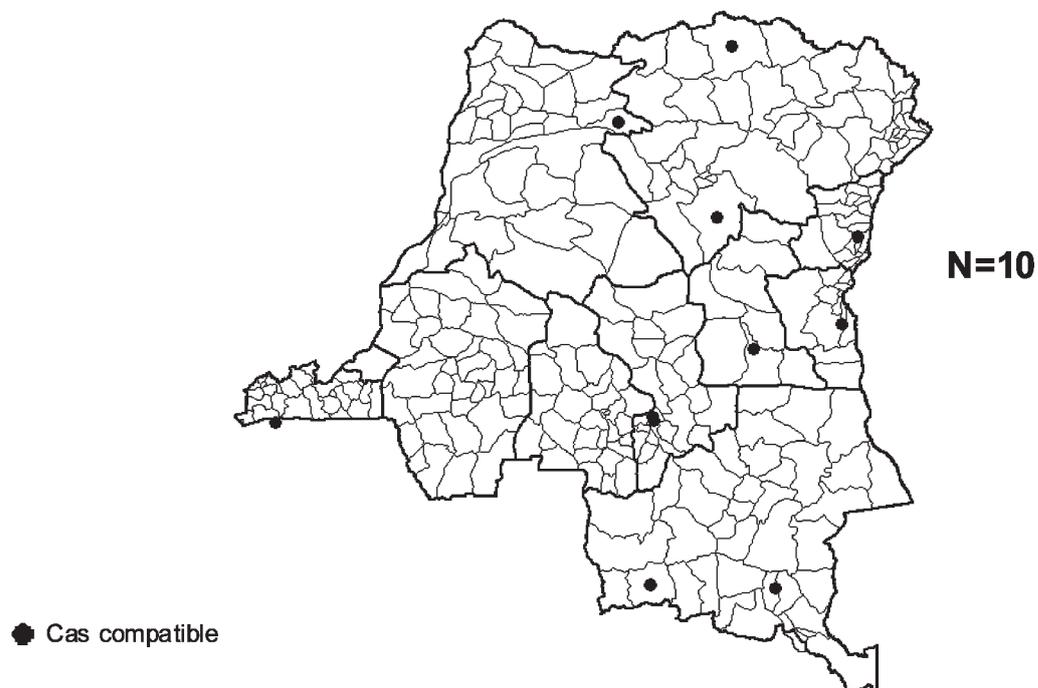
Les cas suspects de poliomyélite ont été notifiés chaque semaine dans le pays au cours de premier semestre de l'année 2005.

Lieu

Le lieu permet de déterminer la localisation des cas

Figure 3 : Localisation par zone de santé des cas compatibles, RD Congo, 2004

Localisation des cas compatibles en 2004



Commentaire :

En 2004, les cas compatibles ont été enregistrés beaucoup plus dans les zones de santé de l'Est du pays.

Personnes :

L'analyse de personne permet de voir les caractéristiques des individus (sexe, âge, profession,...).

Tableau 2 : Répartition par tranche d'âge de cas suspect de PFA dans la Province du Kasai-Oriental, de la S1 à la S22, 2005

Zone de santé	< 5ans	≥ 5ans
Citenge	2	1
Kasansa	3	0
Lomela	0	2
Tshilenge	0	1

III. Activités préparatoires

3.1. Mise en place du comité de gestion des urgences sanitaires (CGUS) et de l'équipe de réponse rapide (ERR).

Pour mieux lutter contre les épidémies de la poliomyélite, il est recommandé d'avoir un comité de gestion des urgences sanitaires (CGUS) à tous les niveaux du système de santé. Ce comité doit être multisectoriel et multidisciplinaire et dirigé par l'autorité politico-administrative. Les membres composants ce comité doivent provenir de tous les secteurs que sont :

- Les secteurs de la santé ;
- Les autres secteurs tels que : l'administration, l'éducation, l'agriculture ...
- La Croix rouge, la communauté ;
- L'armée et la police ;
- Les représentations des organisations locales ou internationales, les organisations internationales (OMS, UNICEF, ...) des ONG des Agences bilatérales et multilatérales feront partie du comité de lutte une fois invitées par le comité de lutte locale.

Les rôles et responsabilités du comité de gestion des urgences sanitaires se résument comme suit :

Avant l'épidémie :

Ce comité doit préparer un plan d'action de préparation et de réponse aux épidémies au niveau du district, qui met l'accent sur :

- Le renforcement de la surveillance épidémiologique/ système d'alerte précoce ;
- L'achat et la gestion de stock de médicament et de matériel ;
- La formation/ recyclage du personnel de santé ;
- Production et la distribution de directives spécifiques aux maladies à potentiel épidémique ;
- La sensibilisation de la communauté.

Au cours de l'épidémie

- Mobiliser les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la prévention et la lutte contre les épidémies ;
- Coordonner la mise en œuvre du plan d'action, y compris la promotion de la santé ;
- Assurer le suivi de la mise en œuvre des activités de lutte contre l'épidémie ;
- Coordonner l'assistance reçue des différents partenaires ;
- Assurer le suivi de l'utilisation des ressources (médicaments, vaccin etc.).

Après l'épidémie

- Diligenter et coordonner une revue de l'épidémie,
- Produire un rapport,
- Pérenniser les activités préventives pour prévenir de nouvelles épidémies.

En règle générale, le comité devrait se réunir plus fréquemment durant les épidémies. A l'approche de la saison épidémique, des réunions préparatoires devraient avoir lieu chaque semaine. Pendant les épidémies, ces réunions devraient se tenir au moins 2 fois par semaine. En dehors des périodes critiques les réunions trimestrielles devraient avoir lieu.

L'équipe de réponse rapide est constituée d'un groupe de professionnels de santé et autres, qui peuvent être mobilisés dans un temps record pour vérifier une rumeur, et apporter l'appui nécessaire en cas d'épidémie pour mettre en œuvre des mesures de prévention et de lutte.

Sa composition est la suivante : épidémiologistes, biologistes ou laborantin, cliniciens, ingénieurs sanitaires ou technicien d'assainissement, mobilisateurs sociaux, logisticiens, gestionnaires des données et anthropologistes.

Elle a pour responsabilités de :

- Vérifier toute rumeur d'épidémie
- Mener des investigations
- Proposer au comité de gestion des épidémies des stratégies appropriées et des mesures pour endiguer les épidémies
- Participer activement dans la mise en œuvre des mesures de prévention et de lutte contre les épidémies

L'équipe de réponse rapide est la composante opérationnelle du comité de gestion des urgences sanitaires. Elle doit faire rapports des vérifications des rumeurs, des investigations, de la mise en œuvre des mesures de lutte au comité de gestion des urgences sanitaires, qui est l'organe de coordination.

3.2. Pré positionnement de vaccin, des médicaments et autres intrants

Pour arriver à la réduction du délai d'intervention au moment où survient une épidémie de poliomyélite, il faut dans un premier temps pré positionner les intrants nécessaires à la lutte (vaccin VPO).

Ces intrants seront pré positionnés soit à l'antenne PEV ou à la Province, l'essentiel est que le Médecin Chef de Zone soit informé du lieu de stockage pour y recourir s'il y a un besoin.

3.3. Bon fonctionnement de la chaîne de froid

L'utilisation du vaccin VPO exige beaucoup de rigueur de la part des prestataires. Pour ce faire, ils doivent s'assurer du bon fonctionnement de la chaîne de froid. Leur attention particulière sera portée sur :

- Les acquis importants des Journées Nationales de Vaccination ;
- Le renforcement de capacité de stockage des vaccins ;
- La congélation ainsi que le recyclage des accumulateurs dans les structures du PEV ;
- Si possible, procéder au redéploiement du matériel de la chaîne de froid mobile dans les aires de santé qui n'en ont pas.

3.4. Formation du personnel

Pour améliorer la qualité des services et de la bonne gestion des épidémies de poliomyélite, la formation de tout le personnel impliqué dans la préparation doit être préalablement réalisée par les équipes cadres de la zone de santé. Cette formation doit cibler essentiellement :

- Les médecins ;
- Les infirmiers titulaires ;
- Les techniciens de laboratoire ;
- Les membres de la communauté (les RECO, ...) ;
- Les membres du CGUS.

Cette formation vise à rendre le personnel de la ZS capable de :

- Détecter et notifier un cas possible de poliomyélite ;
- Analyser et interpréter les données sur la poliomyélite ;
- Enquêter et répondre aux suspicions (rumeurs) d'épidémie de poliomyélite ;
- Se préparer pour faire face à l'épidémie de poliomyélite ;
- Enquêter et répondre à l'épidémie de poliomyélite ;
- Superviser et donner une rétroinformation.

Elle va porter spécifiquement sur :

- La technique d'administration et de conservation du vaccin ;
- L'identification d'un cas possible de poliomyélite ;
- La gestion des vaccins ;
- Les soins infirmiers de base ;
- Le monitoring interne ;
- L'élimination sans risques des déchets ;
- La mobilisation des ressources de la communauté et campagne d'éducation.

IV. Gestion d'une épidémie (riposte)

4.1. Elaboration du plan de riposte

Le plan doit inclure :

1. Historique

- Données géographiques
Facteurs environnementaux à l'origine de maladie.
- Données démographiques
Structure de la population et sa distribution
Estimation de la population à risque.
- Données socio-économiques et culturelles
Indicateurs économiques, seuil de pauvreté.
- Données épidémiologiques particulièrement sur les maladies à potentiel épidémique.

2. Les stratégies de la préparation :

- La surveillance ;
- Le laboratoire ;
- La formation ;
- Le développement de directives ;
- La coordination ;
- Le stock d'urgence ;
- La continuation des services ;
- La prévention et la lutte (gestion des malades, immunisation, promotion de la santé, etc.).

4.2. Investigation épidémiologique.

C'est une méthode qui permet de rassembler les informations sur l'épidémie en complétant les données de la surveillance afin d'instaurer une prise en charge.

4.2.1. Pourquoi investiguer ?

C'est pour :

- Confirmer ou infirmer l'épidémie ;
- Décrire l'épidémie en temps, lieu et personne et déterminer les facteurs éventuels ;
- Prélever deux échantillons des selles dans un intervalle d'un jour ou de deux jours ;
- Evaluer la qualité de la surveillance épidémiologique.

4.2.2. Comment préparer une investigation ?

Souvent, la phase préparatoire conditionne la réalisation et l'analyse de l'enquête ainsi que la qualité des résultats.

Avant de mener une investigation, il faut être à mesure de connaître :

- Qui a alerté les services de santé publique ? Est-ce le chef du village ? Est-ce l'infirmier titulaire ou d'autres personnes ?
- Qui doit être informé de l'épidémie potentielle ?

C'est l'infirmier titulaire qui, à son tour informera le médecin chef de zone

4.2.3. Quand faut-il mener une investigation ?

Aussitôt après la notification d'un cas suspect

4.2.4. Comment mener une investigation ?

L'investigation se déroulera en 10 étapes regroupées en 2 phases que sont :

a. phase descriptive

Elle doit :

1. Affirmer l'épisode épidémique ;
2. Confirmer le diagnostic par le laboratoire ;
3. Identifier et compter les cas ;
4. Organiser les données épidémiologiques en terme de temps, lieu et personne;
5. Déterminer les sujets et les zones à risque.

b. phase analytique.

Elle doit :

1. Formuler l'hypothèse pouvant expliquer l'épidémie ;
2. Confronter l'hypothèse retenue avec des faits établis ;
3. Développer, si nécessaire, une étude plus approfondie sur les facteurs de risques ;
4. Rédiger le rapport d'investigation. C'est l'étape essentielle qui documente l'investigation, ses résultats et les recommandations ;
5. Proposer des mesures de lutte et des préventions pour améliorer la lutte.

Plan du rapport écrit d'investigation d'une épidémie de poliomyélite

A adapter en fonction du contexte

Rapport d'enquête épidémiologique

Titre/Description (inclure la maladie/affection investiguée)

Période :

Lieu (Village, Quartier, District, Province) :

Résumé du rapport

Introduction:

Contexte

Historique de l'épidémie de coqueluche

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

Objectifs de l'investigation

- Confirmer l'épidémie
- Décrire l'épidémie en termes de temps-Lieu-Personne
- Organiser la prise en charge des cas
- Mettre en place des mesures de contrôle de l'infection
- etc ...

Méthodes

Dates de l'investigation

Site(s) d'investigation (formation sanitaire, 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 (échantillons) de laboratoire collectés :

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

Résultats

- ❑ Date et localisation du premier cas connu (cas index)
- ❑ 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.

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 index (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) :

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 de la ZS _____ [date 2] (Cible: dans 24 heures):

Intervalle _____

- Intervalle cumulatif entre le début du cas index (ou apparition d'un groupe des cas inhabituels dans la communauté ou la formation sanitaire) _____ [date 1] de la notification au BCZS _____ [date 2]

(Cible: <7 jours):

Intervalle _____

Investigation de l'épidémie:

- Fiche des cas/listes complètes des patients? Oui Non

- Echantillons prélevés pour le labo (en cas de besoin)? Oui Non

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

Intervalle _____

- Intervalle entre l'envoi des spécimens au labo _____ [date 1] et la réception des résultats par le BCZS _____ [date 2]

(Cible: 3-7 jours, en liaison avec le type de test)

Intervalle _____

Riposte à l'épidémie:

- Intervalle entre notification de l'épidémie au BCZS _____ [date 1] et réponse du BCZS _____ [date 2]

(Cible: Dans les 48 heures qui suivent la notification) concrète

Intervalle _____

Evaluation et rétroinformation :

- 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)

Intervalle _____

Le comité de gestion des urgences sanitaires s'est-il réuni ? Oui Non

La rétroinformation a-t-elle été faite à la formation sanitaire et à la communauté?

Oui Non

Méthode utilisée pour l'information en retour : _____

Autres aspects, évaluation :

Interprétations, discussion, et conclusions :

Actions de santé publique recommandées:

Commentaires à différents niveaux: communauté, formation sanitaire, ZS, partenaires, province, et national

Président du comité de gestion des urgences sanitaires :

Nom

Signature

Médecin Chef de Zone:

Nom

Signature

Date du rapport : _____

4.2.5. Comment prélever des échantillons des selles ?

Toute épidémie doit être confirmée par le laboratoire.

Pour plus d'informations sur les prélèvements, vous pouvez consulter le guide technique de procédures générales de laboratoire – module 1 – « techniques de prélèvements, conservation, transport des échantillons biologiques liés aux épidémies des maladies à potentiel épidémique ».

Prélèvement des selles

Le prélèvement des échantillons des selles peut se faire au domicile du malade ou dans un centre de santé.

Qui prélève les échantillons de selles ? C'est un membre de la famille ou le point focal. Si c'est un membre de la famille, lui donner des instructions nécessaires en rapport avec la quantité à prélever, le conditionnement des selles et la conservation dans la boîte isotherme.

Les selles prélevées sont mises dans un pot propre avec un bouchon à vis.

Éléments à inscrire sur l'étiquette ou sur le pot à l'aide d'un marqueur indélébile ou d'un stylo à bille :

Nom et post nom du cas

N°EPID

Date de prélèvement

N° de l'échantillon (1 ou 2)

Comment prélever :

- Sur un linge ou sur une feuille de papier propre, laisser l'enfant faire les selles ;
- Avec une spatule ou feuille de papier, prendre un échantillon de selles de 8 à 10gr (2 pouces ou grandeur d'une noix de palme) ;
- Mettre dans le pot et bien fermer ;
- Mettre le pot dans un sachet, fermer le sachet et mettre dans la boîte isotherme (porte-échantillons) avec des accumulateurs de froid ;
- Mettre la fiche bien remplie dans un sachet plastique, le déposer au-dessus des accumulateurs ;
- Fermer la boîte isotherme et l'amener au bureau de la zone de santé.

Attention : Si on possède un indicateur de température, on peut le glisser dans la boîte isotherme

Le formulaire d'enquête doit être complètement et correctement rempli.

Conservation de selles

Les selles prélevées doivent être conservées au froid depuis l'instant du prélèvement jusqu'au laboratoire. La température de conservation varie en fonction du temps nécessaire pour le transport et les moyens disponibles :

Si la durée de transport est courte (moins de 3 jours), les selles peuvent être conservées au réfrigérateur ou dans une boîte isotherme avec accumulateurs de froid congelés qu'on peut changer tout au long du parcours.

Si la durée de transport est longue (problèmes de liaison entre zone de santé et antenne ou niveau national), les selles seront conservées dans un congélateur à -20°C jusqu'au jour de leur envoi au laboratoire.

Eviter les congélations et décongélations successives durant le transport au risque d'affecter le poliovirus recherché, qui soit sera tué ou diminuera le titre.

Les prélèvements contenant le poliovirus peuvent se retrouver stériles s'ils ont subi des congélations et décongélations successives avant d'arriver au labo.

Transport des selles du site de prélèvement jusqu'au laboratoire

Elles doivent être transportées dans une boîte isotherme avec accumulateurs de froid congelés par le moyen rapide ou le circuit le plus court pour parvenir à l'INRB/ (avenue de la Démocratie Kinshasa/Gombe - B.P. 1197-Kinshasa - Tél. 0898949289) le plus vite possible (le même jour = idéal, ou au plus tard le 3^{ème} jour après le prélèvement)

Attention : toujours avertir le niveau national du vol par lequel les échantillons arrivent, la date et l'heure d'arrivée, sensibiliser les partenaires habituels des zones de santé et des provinces qui peuvent apporter leur aide au transport des selles avant leur arrivée au point de prendre le vol.

Le prélèvement, la conservation et le transport adéquats des selles jusqu'au laboratoire sont des étapes essentielles de la surveillance épidémiologique.

Rôles du laboratoire dans la surveillance des PFA

- Recevoir les échantillons de selles des cas de PFA
- Faire le constat de la qualité et de la quantité de ces échantillons ainsi que de leur état de conservation,
- Voir si le formulaire d'enquête et la fiche d'accompagnement sont bien remplis
- Faire les remarques sur les anomalies constatées
- Conserver les échantillons avant de les traiter
- Entretenir les cellules et tester leur sensibilité aux virus
- Faire le contrôle de qualité des analyses
- Isoler le poliovirus

- Faire la différenciation intra-typique
- Donner les résultats obtenus à l’OMS, au PEV et à la zone de santé
- Analyser les données pour la prise de décisions ciblées
- Contrôler la qualité de vaccin utilisé si la conservation est douteuse
- Faire des enquêtes sérologiques pour détecter les anticorps dans la population
- Déterminer si les souches isolées sont vaccinales ou sauvages
- Déterminer si les souches isolées sont autochtones ou importées (origine géographique)
- Partager l’information pour des actions ciblées.

Donner au laboratoire des selles de bonne qualité, en quantité suffisante, il vous dira ce qu’il contient. Le terrain, les partenaires de la surveillance et le laboratoire sont impliqués pour des résultats meilleurs

C’est une méthode qui permet de rassembler les informations sur l’épidémie en complétant les données de surveillance afin d’instaurer une prise en charge

Quelles informations marquer sur la fiche accompagnant l’échantillon ?

N° Epid, Nom, prénom, post-nom, âge, sexe, date de début maladie, diagnostic initial et adresse (zone de santé, localité), date de prélèvement, nature de prélèvement, numéro du spécimen.

S’assurer que l’emballage est hermétiquement fermé.

Directives sur la conservation des échantillons

Dans l’attente de leur expédition, les échantillons doivent être conservés au réfrigérateur ou congélateur, soit à 4°C, si long délai d’expédition à -20°C et traiter avec toutes précautions d’usage pour un produit biologiquement contagieux.

Précautions :

Le transport des échantillons de cas suspect de PFA doit se faire dans une boîte triple emballage avec la marque de l’ONU « UN 3373 » (produit biologique).

4.2.6. Comment diffuser l’information pendant l’épidémie

Diffuser l’information par les moyens appropriés tels que bulletin épidémiologique, aide mémoire, téléconférence, émission radiophonique, etc.

4.3. Traitement des cas.

L'organisation de la prise en charge de cas doit être faite de façon à sauver le plus de vies humaines possibles.

La conduite à tenir dépendra de :

1. Cas cliniquement suspect ou un isolement de poliovirus :

- Il faut renforcer les mesures d'hygiène et assurer un rattrapage de la vaccination chez les sujets contacts.
- Recueillir des informations permettant de rechercher l'origine de la contamination et en particulier d'orienter vers un diagnostic de polio vaccinale ou sauvage, importée ou autochtone.
- Mener une investigation du cas (**annexe 1**) et de son entourage en insistant sur :
 - Le statut vaccinal (nombre de doses de VPO reçu une dose de polio orale dans les 30 jours précédant le début des signes ou bien quelqu'un de son entourage, dans les 60 jours précédant le début des signes)
 - La notion de voyage dans les 30 jours précédant le début des signes
 - Le terrain et les pathologies chroniques (en particulier notion d'immunodépression)

Si forte suspicion de poliomyélite paralytique, les injections intramusculaires sont à proscrire tant que persiste la phase fébrile, afin de ne pas faciliter l'extension des paralysies.

2. De l'entourage du cas suspect de poliomyélite (sans attendre les résultats des tests effectués pour confirmer le cas) :

L'entourage du cas est défini comme toute personne partageant une certaine proximité avec le cas, en particulier susceptible de partager les mêmes sanitaires ; c'est à dire : vivant sous le même toit que le cas, fréquentant les mêmes lieux collectifs (écoles maternelles, internats, même classe dans l'établissement scolaire), à l'exclusion des milieux professionnels.

- Rechercher d'autres cas suspects dans l'entourage du cas.
- Vérifier le statut vaccinal en incluant la recherche d'antécédents de vaccination avec un VPO, dans les 2 mois précédents ;
- Prélever systématiquement, chez toute personne vivant sous le même toit que le cas suspect, 2 échantillons de selles, effectué de façon contemporaine aux examens réalisés pour le cas.

S'il s'agit d'un cas fortement suspect, les prélèvements concerneront l'ensemble des sujets dans l'entourage du cas.

3. Cas confirmé ou isolement de poliovirus au laboratoire

Il n'y a pas lieu de poursuivre les investigations, mais de vérifier le statut vaccinal du cas et de l'entourage, si cela n'a pas été fait lors du bilan initial autour du cas suspect.

S'assurer de l'absence de sujets immunodéprimés ou de paralysie post-vaccinale, un examen de contrôle des selles sera effectué au bout de 6 semaines pour vérifier la disparition du portage ;

Mesures de contrôle à mettre en œuvre immédiatement (désinfection simultanée de tous les objets souillés par des déjections du patient).

Quels traitements peut-on proposer ?

Il n'existe aucun traitement spécifique pour la polio. Les personnes gravement touchées peuvent avoir besoin de soins de soutien pouvant les aider à guérir.

Pendant la phase fébrile d'installation des paralysies, le repos doit être strict en évitant les attitudes vicieuses, les mobilisations intempestives et les injections intramusculaires.

Les salicylés sont contre indiqués (faussent la courbe thermique).

En cas de complications respiratoires : oxygénothérapie, kiné respiratoire, ventilation assistée.

4.4. Mesures préventives

La prévention est de mise car il n'existe aucun traitement pour la polio.

Vaccination

Il existe deux types de vaccins pour la prévention de la polio : le vaccin antipoliomyélitique inactivé (VPI) Salk et le vaccin antipoliomyélitique oral (VPO) Sabin.

Le VPI est une injection de virus mort. Il est extrêmement sécuritaire et offre une grande protection, mais celle-ci ne dure pas nécessairement toute une vie.

Le VPO est administré par la bouche et formulé à partir de virus vivant de chacun des trois sérotypes de poliovirus. On a rapporté de rares cas d'effets secondaires associés à l'administration du vaccin oral.

Les enfants ayant reçu la série de vaccins contre la polio sont protégés contre la maladie s'ils voyagent dans une région à risque. Les adultes qui sont vaccinés (c'est -à-dire qui ont reçu la série de vaccins lorsqu'ils étaient enfants) doivent recevoir une seule injection de rappel s'ils se rendent dans les régions où la polio est endémique.

Annexes

Annexe 1 : Formulaire d'enquête des cas de PFA

Annexe 1 : Formulaire d'enquête des cas de PFA

FORMULAIRE D'ENQUETE DES CAS DE PARALYSIE FLASQUE AIGUE -- RDC

NOTIFICATION OBLIGATOIRE. PRIERE DE REMPLIR CETTE FICHE POUR CHAQUE CAS

Utilisation officielle seulement: Numéro EPID _____ - Pays _____ - Région/Prov _____ - Zone Santé _____ - Année début _____ - Nu. du cas _____ Reçu le: ____/____/____

IDENTIFICATION

Zone de santé: _____ Région/Province: _____ Nom de la formation sanitaire la plus proche: _____

Adresse: _____ Village: _____ Ville: _____

Nom(s) du malade: _____ Père/Mère: _____

Date de Naissance: ____/____/____ (Si Date Nais. inconnu) Age: _____ ans _____ mois Sexe: M=Masculin F=Feminin

NOTIFICATION/ENQUETE

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

HOSPITALISATION

Hospitalisé: 1=O 2=N Date d'admission: ____/____/____

Numéro d'hospitalisation _____ Nom/Adresse de l'hôpital: _____

HISTORIQUE DE LA MALADIE

Date de début de la paralysie: ____/____/____

Fièvre au début de la paralysie: Paralyse flasque et aigue: 1=O, 2=N, 9=Inc

Paralysie progressive 0-3 jours: Asymétrique: 1=O, 2=N, 9=Inc

Site de la paralysie:

BG	BD
JG	JD

 X=Paralysie

Après enquête, était-ce réellement un cas de PFA? 1=O 2=N Si oui, remplissez le reste du formulaire

ANTECEDENTS VACCINAUX

Nombre total de doses de VPO: Exclu dosé à la naissance 99=non connu

Doses de VPO: 1^{er} ____/____/____ 2^{ème} ____/____/____ 3^{ème} ____/____/____ 4^{ème} ____/____/____

Si >4, dernière dose: ____/____/____

PRELEVEMENT D'ECHANTILLONS DE SELLES

Date 1^{er} échantillon: ____/____/____ Date 2^{ème} échantillon: ____/____/____ Date d'expédition des selles vers le niveau central: ____/____/____

Date de réception des selles au niveau central: ____/____/____ Date d'expédition des selles à partir du niveau central vers le labo national: ____/____/____

RESULTATS DE L'ANALYSE DES ECHANTILLONS DE SELLES

Date de réception des selles au labo national: ____/____/____

Etat des selles à la réception au labo: 1=Adéquat 2=Pas d'adéquat

Date d'expédition des résultats au PEV national: ____/____/____ Date de réception des résultats au PEV national: ____/____/____

Resultats Isolement: P1 1=O, 2=N P2 1=O, 2=N P3 1=O, 2=N NP-Ent 1=O, 2=N

Date d'expédition de labo National au labo régional: ____/____/____ Date d'expédition des résultats de la diff. I-T au PEV: ____/____/____ Date de réception des résultats de la diff. I-T au PEV: ____/____/____

W1 1=O, 2=N W2 1=O, 2=N W3 1=O, 2=N V1 1=O, 2=N V2 1=O, 2=N V3 1=O, 2=N NP-Ent 1=O, 2=N

EXAMEN DE SUIVI

Date d'examen de suivi: ____/____/____

Paralysie résiduelle?

BG	BD
JG	JD

 Observations lors du suivi: 1=Paralysie résiduelle 2=Pas de paralysie résiduelle 3=Perte de vue 4=Décès avant le suivi

CLASSIFICATION FINALE DU CAS

1=Polio Confirmé 2=Compatible 3=Exclu 6=Pas de cas de PFA

ENQUETEUR

Nom: _____ Titre: _____

Unité: _____ Adresse: _____ Tél: _____

