

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

**DIRECTION GENERALE DE
LA PROTECTION SANITAIRE**

**DIRECTION DE LA LUTTE
CONTRE LA MALADIE**



BURKINA FASO
Unité – Progrès – Justice

**GUIDE TECHNIQUE POUR LA SURVEILLANCE
INTEGREE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE
AU BURKINA FASO**

(SECTION 1 A 8 : ETAPES DE LA SURVEILLANCE)

Avec l'appui de :



**Organisation
mondiale de la Santé**

Juillet 2012

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBREVIATIONS	VII
PREFACE	VIII
INTRODUCTION	1
QU'EST-CE QUE LA SURVEILLANCE DES MALADIES ?	1
QU'EST-CE QUE LA SURVEILLANCE INTEGREE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE ?	1
EN QUOI CONSISTE UN SYSTEME INTEGRE ?	2
EN QUOI CONSISTE L'INTEGRATION	3
EN QUOI CONSISTE LA COORDINATION	3
BUT ET OBJECTIFS DE LA SURVEILLANCE INTEGREE DE LA MALADIE ET LA RIPOSTE	3
REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL : NOUVELLES OBLIGATIONS, NOUVELLES OPPORTUNITES	4
SIMR ET RSI (2005)	4
CIRCULATION DE L'INFORMATION DANS UN SYSTEME DE SURVEILLANCE INTEGREE	7
DESCRIPTION DES FONCTIONS DE SURVEILLANCE	9
CONTENU DU GUIDE TECHNIQUE	17
CIBLE DES DIRECTIVES	17
MALADIES RETENUES DANS CE GUIDE	17
SOUTIEN DE L'OMS/AFRO AUX EFFORTS DE RENFORCEMENT DE LA SURVEILLANCE DES MALADIES ET LA RIPOSTE	19
ANNEXES	20
ANNEXE 1 : UTILISER LES RESULTATS D'EVALUATION POUR AMELIORER LA SURVEILLANCE ET LA RIPOSTE AU NIVEAU DU DISTRICT	20
ANNEXE 2 : REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI) EN SON ANNEXE 1	24
ANNEXE 3 : REGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI)	27
SECTION 1 : IDENTIFIER LES CAS DE MALADIES, AFFECTIONS PRIORITAIRES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	33
1.0. IDENTIFIER LES CAS DE MALADIES, AFFECTIONS PRIORITAIRES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	34
1.1. UTILISER LES DEFINITIONS DE CAS STANDARDISEES	35
1.1.1. Diffuser les définitions de cas standardisées dans les formations sanitaires	35
1.1.2. Diffuser dans la communauté les définitions de cas simplifiées	36
1.2. ACTUALISER LES PROCEDURES DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE AU NIVEAU DU DISTRICT	36
1.2.1. Mettre à jour la description de la zone de couverture	36
1.2.2. Mettre à jour la liste des sites de notification du district	37
1.2.3. Diffuser les mises à jour des formulaires de recueil de données, des outils de notification et des directives techniques	37
1.3. RENFORCER LA CAPACITE DES LABORATOIRES POUR LA SURVEILLANCE ET LA RIPOSTE	37
1.3.1. Désigner les laboratoires qui feront partie du réseau	38
1.3.2. Identifier les laboratoires dans le réseau	39
1.3.3. Informer les laboratoires des procédures de confirmation des cas de maladies et affections prioritaires	39
1.3.4. Assurer un contrôle de qualité du laboratoire	40
ANNEXES A LA SECTION 1	41
ANNEXE 1A : DEFINITIONS DE CAS STANDARDISEES POUR LA NOTIFICATION DES CAS DE MALADIES, AFFECTIONS PRIORITAIRES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	42
ANNEXE 1B : DEFINITIONS SIMPLIFIEES DE CAS A UTILISER AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE	52
ANNEXE 1C : LISTE DES SITES DE NOTIFICATION DU DISTRICT	54
ANNEXE 1D : FONCTIONS DES LABORATOIRES AUX DIFFERENTS NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE	55
ANNEXE 1E : LISTE DES LABORATOIRES NATIONAUX (LN ET LNR) CHARGES DE LA CONFIRMATION DES MALADIES ET AFFECTIONS PRIORITAIRES	57

SECTION 2 : NOTIFIER LES MALADIES, AFFECTIONS PRIORITAIRES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	66
2.0. NOTIFIER LES MALADIES, AFFECTIONS PRIORITAIRES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	67
2.1. MALADIES ET EVENEMENTS A DECLARATION IMMEDIATE	67
2.2. MALADIES ET EVENEMENTS A DECLARATION HEBDOMADAIRE	69
2.3. MALADIES ET EVENEMENTS A DECLARATION MENSUELLE OU TRIMESTRIELLE	69
2.4. AMELIORER LES PRATIQUES DE NOTIFICATION REGULIERE	70
2.4.1. Contrôler la qualité de la collecte des données au site de notification	71
2.4.2. Contrôler la disponibilité des formulaires et des procédures	71
2.4.3. Favoriser les liens pour renforcer la surveillance à base Communautaire	72
ANNEXES A LA SECTION 2	74
ANNEXE 2A : FICHE INDIVIDUELLE DE NOTIFICATION DES CAS	75
ANNEXE 2B : INSTRUMENT DE DECISION DU RSI (2005)	77
ANNEXE 2C : LISTE DESCRIPTIVE DES CAS	81
ANNEXE 2D : FICHE DE COLLECTE DES DONNEES TLOH	82
ANNEXE 2F : FORMULAIRE DE RAPPORT TRIMESTRIEL DE DEPISTAGE DES CAS DE TUBERCULOSE	83
ANNEXE 2G : FORMULAIRE DE RAPPORT TRIMESTRIEL DES RESULTATS DE TRAITEMENT	84
ANNEXE 2H : FORMULAIRE DU RAPPORT TRIMESTRIEL DES ACTIVITES DE BACILLOSCOPIE	85
ANNEXE 2I : FORMULAIRE DE RAPPORT TRIMESTRIEL DE DEPISTAGE DES MALADES MIS SOUS TRAITEMENT TB-MR	85
ANNEXE 2J : FORMULAIRE DE RAPPORT ANNUEL DES RESULTATS DE TRAITEMENT DES CAS CONFIRMES DE TB-MR	87
ANNEXE 2K : FORMULAIRE DE RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LA LEPRE	88
SECTION 3 : ANALYSER LES DONNEES	89
3.0. ANALYSER LES DONNEES	90
3.1. RECUEILLIR, TRAITER ET ARCHIVER LES DONNEES TRANSMISES PAR LES SITES DE NOTIFICATION	90
3.1.1. Recueillir les données	90
3.1.2. Saisir et épurer les données	91
3.2. ANALYSER LES DONNEES EN FONCTION DU TEMPS, DU LIEU ET DES CARACTERISTIQUES INDIVIDUELLES	91
3.2.1. Analyser les données en fonction du temps	93
3.2.2. Analyser les données en fonction du lieu	95
3.2.3. Analyser les données en fonction des caractéristiques individuelles	97
3.2.3.1. Faire un tableau pour l'analyse des données en fonction des caractéristiques individuelles	98
3.2.3.2. Calculer le pourcentage de cas d'une tranche d'âge donnée	99
3.2.4. Calculer la létalité	100
3.3. ANALYSER LES RESULTATS EN FONCTION DES SEUILS POUR DECIDER DES ACTIONS DE SANTE PUBLIQUE	101
3.4. SYNTHETISER LES RESULTATS DE L'ANALYSE	102
3.5. TIRER LES CONCLUSIONS DES RESULTATS DE L'ANALYSE	102
3.6. UTILISER LES RESULTATS DE L'ANALYSE POUR AMELIORER L'ACTION DE SANTE PUBLIQUE	103
ANNEXES DE LA SECTION 3	104
ANNEXE 3A : ELABORER UN PLAN POUR L'ANALYSE REGULIERE DES DONNEES DE SURVEILLANCE	105
ANNEXE 3B : COMMENT REALISER UN GRAPHIQUE MANUELLEMENT	106
ANNEXE 3C : COMMENT REALISER UNE CARTE	106
SECTION 4 : INVESTIGUER LES FLAMBEES EPIDEMIQES NOTIFIEES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	107
4.0. INVESTIGUER LES FLAMBEES EPIDEMIQES NOTIFIEES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE	108
4.1. QUAND INVESTIGUER ?	108
4.2. ENREGISTRER LES NOTIFICATIONS D'EPIDEMIES, D'EVENEMENTS SANITAIRES ET DE RUMEURS	109
4.3. VERIFIER L'INFORMATION NOTIFIEE	109
4.4. PREPARER L'INVESTIGATION	110
4.4.1. Spécifier les tâches incombant au personnel de santé	110
4.4.2. Définir les procédures de communication	110

4.4.3. Déterminer le lieu de l'enquête	110
4.4.4. Obtenir les autorisations requises	111
4.4.5. Mettre au point les formulaires et méthodes de collecte de données et d'échantillons	111
4.4.6. Organiser les déplacements et autres aspects logistiques	111
4.4.7. Rassembler les médicaments, matériels et consommables nécessaires pour le prélèvement d'échantillons et le traitement des premiers cas	112
4.5. CONFIRMER L'EPIDEMIE OU L'EVENEMENT SANITAIRE	112
4.5.1. Rechercher les données cliniques et épidémiologiques	112
4.5.2. Recueillir des échantillons et obtenir les résultats des examens de laboratoire	112
4.6. PRENDRE DES MESURES DE RIPOSTE IMMEDIATES	113
4.6.1. Isoler et traiter les cas selon les besoins	113
4.6.2. Rechercher les cas supplémentaires	113
4.6.2.1. Rechercher les cas présumés dans les registres des formations sanitaires	113
4.6.2.2. Rechercher des cas et des sources d'information dans la communauté	113
4.7. ENREGISTRER L'INFORMATION CONCERNANT LES CAS SUPPLEMENTAIRES	114
4.7.1. Enregistrer l'information sur une fiche individuelle de notification de cas	114
4.7.2. Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires sur une liste descriptive	115
4.8. ANALYSER LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES	115
4.9. INTERPRETER LES RESULTATS DE L'ANALYSE	115
4.9.1. Interpréter les résultats de l'analyse en fonction du temps	115
4.9.2. Interpréter les résultats de l'analyse en fonction du lieu	116
4.9.3. Interpréter les résultats de l'analyse en fonction des caractéristiques individuelles	116
4.10. CONCLUSIONS DE L'INVESTIGATION ET RECOMMANDATIONS	116
4.11. DIFFUSER LES RESULTATS D'INVESTIGATION	116
4.12. EVALUER LES RISQUES ET IDENTIFIER LES FACTEURS EXPLIQUANT L'EPIDEMIE OU L'EVENEMENT SANITAIRE	116
ANNEXES A LA SECTION 4	118
ANNEXE 4A : REGISTRE DES EPIDEMIES ET DES RUMEURS	119
ANNEXE 4B : COMMENT REALISER L'EXAMEN DES REGISTRES HOSPITALIERS OU DE CONSULTATIONS EXTERNES	120
ANNEXE 4C : LISTE DE POINTAGE POUR MATERIELS ET REACTIFS DE LABORATOIRE UTILISES LORS DES ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES	122
ANNEXE 4D : LISTE DES EQUIPEMENTS RECOMMANDES POUR LA PROTECTION INDIVIDUELLE	123
ANNEXE 4E : EVALUATION DE RISQUES LIES A UN EVENEMENT	124
ANNEXE 4F : FICHE D'INVESTIGATION DE CAS DE TETANOS MATERNEL ET NEONATAL	126
ANNEXE 4G : FICHE D'INVESTIGATION DE CAS DE PFA	128
ANNEXE 4H : FORMULAIRE D'INVESTIGATION DE CAS DE FIEVRE JAUNE	130
ANNEXE 4I : FICHE D'INVESTIGATION DE CAS SUSPECT DE ROUGEOLE	131
ANNEXE 4J : FICHE DE RENSEIGNEMENTS ET DE CONTACT	132
ANNEXE 4K : FICHE DE CONTACT ET DE REPERAGE (SUIVI)	133
SECTION 5 : SE PREPARER A RIPOSTER AUX EPIDEMIES ET AUTRES EVENEMENTS SANITAIRES	134
5.0. SE PREPARER A RIPOSTER AUX EPIDEMIES ET AUTRES EVENEMENTS SANITAIRES	135
5.1. CREER LES COMITES DE GESTION DES EPIDEMIES ET AUTRES URGENCES SANITAIRES	136
5.2. CONSTITUER UNE EQUIPE D'INTERVENTION RAPIDE AUX SITUATIONS D'URGENCE AU NIVEAU DU DISTRICT	136
5.2.1. Composition de l'équipe d'intervention rapide de district	136
5.2.2. Responsabilités de l'EIR	137
5.3. ELABORER UN PLAN DE PREPARATION ET DE RIPOSTE AUX EPIDEMIES ET AUTRES SITUATIONS D'URGENCE	137
5.4. CONSTITUER ET GERER DES STOCKS DE RESERVE DE MEDICAMENTS, DE VACCINS, DE REACTIFS ET DE CONSOMMABLES	137
ANNEXES A LA SECTION 5	139
ANNEXE 5A : PLAN DE PREPARATION ET DE RIPOSTE CONTRE LES EPIDEMIES	140
ANNEXE 5B : STOCK D'URGENCE DE MEDICAMENTS, VACCINS, REACTIFS ET CONSOMMABLES POUR LES MALADIES EPIDEMIOLOGIQUES SELECTIONNEES	141
ANNEXE 5C : EVALUER LES STOCKS DE MEDICAMENTS, DE VACCINS ET CONSOMMABLES POUR LES ACTIVITES DE VACCINATION	142
ANNEXE 5D : FORMULES APPLIQUEES POUR L'ESTIMATION DES BESOINS	144

ANNEXE 5E : ARRETE PORTANT CREATION DE COMITES DE GESTION DES EPIDEMIES	148
SECTION 6 : RIPOSTER AUX EPIDEMIES ET AUTRES URGENCES SANITAIRES	153
6.0. RIPOSTER AUX EPIDEMIES ET AUTRES URGENCES SANITAIRES	154
6.1. REUNIR LE COMITE DE GESTION DES EPIDEMIES ET AUTRES URGENCES SANITAIRES DU DISTRICT	154
6.2. CHOISIR LE MODE DE RIPOSTE APPROPRIE	155
6.3. MOBILISER LES EQUIPES D'INTERVENTION RAPIDE	156
6.4. MENER LES ACTIVITES DE RIPOSTE	156
6.4.1. Renforcer la prise en charge des cas et les mesures de lutte contre l'infection	156
6.4.2. Mettre à niveau les compétences du personnel de santé	157
6.4.3. Renforcer la surveillance durant les activités de riposte	158
6.4.4. Informer, éduquer et communiquer avec la communauté	158
6.4.5. Organiser une campagne de vaccination de masse	160
6.4.6. Améliorer l'accès à l'eau potable	160
6.4.7. Assurer l'élimination sécurisée des déchets potentiellement infectieux d'origine humaine	161
6.4.8. Améliorer les pratiques de manipulation des aliments	161
6.4.9. Réduire l'exposition aux risques infectieux ou environnementaux	162
6.4.10. Rendre disponible la logistique et le matériel nécessaire à la riposte	163
6.5. TRANSMETTRE REGULIEREMENT DES COMPTES RENDUS DE SITUATION SUR LES EPIDEMIES ET LES EVENEMENTS	163
6.6. EVALUER ET DOCUMENTER LA RIPOSTE A L'EPIDEMIE	164
6.6.1. Evaluer l'état de préparation à la riposte à une épidémie	164
6.6.2. Evaluer les activités de riposte à l'épidémie	164
ANNEXES A LA SECTION 6	165
ANNEXE 6A : PRISE EN CHARGE DES CAS DANS UNE SITUATION EPIDEMIQUE	166
ANNEXE 6B : PREPARER DES SOLUTIONS DE DESINFECTANTS A L'AIDE DE DIVERS PRODUITS CHLORES	173
ANNEXE 6C : PLANIFIER UNE CAMPAGNE DE VACCINATION D'URGENCE	174
ANNEXE 6D : PRATIQUES DE VACCINATION RECOMMANDEES	175
ANNEXE 6E : EXEMPLES DE MESSAGES POUR L'IEC	176
ANNEXE 6F : COMMUNICATION EN SITUATION D'EPIDEMIE	180
SECTION 7 : COMMUNIQUER L'INFORMATION	181
7.0. COMMUNIQUER L'INFORMATION	182
7.1. INFORMER LES ACTEURS IMPLIQUES ET LA POPULATION	182
7.1.1. Elaborer des notes d'information pour la communauté	182
7.1.2. Communiquer avec les différents partenaires	182
7.1.3. Elaborer et diffuser des bulletins de santé publique	182
7.2. ASSURER LA RETRO-INFORMATION	183
7.2.1. Elaborer des fiches d'information récapitulatives	183
7.2.2. Elaborer un bulletin d'information du district	184
7.3. REDIGER UN RAPPORT SUR LA RIPOSTE A L'EPIDEMIE OU A L'EVENEMENT SANITAIRE	184
ANNEXES A LA SECTION 7	185
ANNEXE 7A : CANEVAS DE RAPPORT DE GESTION D'UNE EPIDEMIE	186
ANNEXE 7B : MODELE DE BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE	187
SECTION 8 : SUIVRE, EVALUER ET AMELIORER LA SURVEILLANCE ET LA RIPOSTE	191
8.0. SUIVRE, EVALUER ET AMELIORER LA SURVEILLANCE ET LA RIPOSTE	192
8.1. CONTROLER LA QUALITE DU SYSTEME DE SURVEILLANCE	192
8.1.1. Monitorer les activités de détection et de notification des maladies ou évènements à déclaration immédiate	193
8.1.2. Suivre la promptitude de la notification et la complétude des rapports mensuels	193
8.1.3. Identifier les problèmes et prendre des mesures en conséquence	193
8.1.4. Renseigner la promptitude et la complétude des rapports aux autres niveaux	194
8.1.5. Identifier les objectifs et les indicateurs	194
8.1.6. Sélectionner les données pour les indicateurs	198
8.2. SUPERVISER LES AGENTS SUR LES ACTIVITES DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE	198

8.2.1. Améliorer les descriptions de poste pour y inclure des tâches de surveillance adaptées à chaque catégorie de personnel sanitaire _____	199
8.2.2. Préparer un plan de supervision _____	199
8.2.3. Effectuer des supervisions _____	199
8.2.4. Utiliser une fiche de supervision _____	200
8.2.5. Rédiger un rapport sur la visite de supervision _____	201
8.2.6. Prendre des mesures visant à améliorer la surveillance et la riposte dans le district _____	202
8.3. EVALUER LE SYSTEME DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE _____	202
8.3.1. Déterminer les indicateurs et les objectifs du programme à évaluer _____	202
8. 3.2. Rassembler et organiser les résultats des contrôles et d'autres analyses _____	202
8.3.3. Analyser les résultats _____	203
8.3.4. Identifier les problèmes et leurs causes _____	203
8.3.5. Maintenir les acquis visant à améliorer la surveillance et la riposte dans le plan de l'année suivante _____	203
8.3.6. Fournir aux formations sanitaires une retro information sur les résultats de l'évaluation _____	204
ANNEXES A LA SECTION 8 _____	205
ANNEXE 8A : FICHE DE SUIVI DE LA PROMPTITUDE ET DE LA COMPLETUEDE DES RAPPORTS HEBDOMADAIRES DES FORMATIONS SANITAIRES _____	206
ANNEXE 8B : RAPPORTS POUR LE SUIVI DE LA PROMPTITUDE ET DE LA COMPLETUEDE DES RAPPORTS MENSUELS DES FORMATIONS SANITAIRES _____	207
ANNEXE 8C : INDICATEURS DESTINES A CONTROLER LA QUALITE DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE DES DISTRICTS _____	208
ANNEXE 8D : GRILLE DE SUPERVISION DES AGENTS CHARGES DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE DANS LA FORMATION SANITAIRE _____	210

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CHR	Centre hospitalier régional
CHU	Centre hospitalier universitaire
CMA	Centre médical avec antenne chirurgicale
CSD	Conseil de santé de district
CSPS	Centre de santé et de promotion sociale
CTRS	Comité technique régional de santé
DEP	Direction des études et de la planification
DGPS	Direction générale de la protection sanitaire
DLM	Direction de la lutte contre la maladie
DRS	Direction régional de la santé
ECD	Equipe cadre de district
FS	Formation sanitaire
ICP	Infirmier chef de poste
IRAS	Infections respiratoires aiguës sévères
LCR	Liquide céphalorachidien
MDT	Multi drog therapy
OAP	Œdème aigu du poumon
OMS	Organisation mondiale de la santé
PCR	Polymerase chain reaction
PFA	Paralysie flasque aigue
PL	Ponction lombaire
PNLP	Programme national de lutte contre le paludisme
RSI	Règlement sanitaire international
SD1	Shigella dysenteriae type 1
SG	Secrétariat général
SIM	Service de l'information médicale
SIMR	Surveillance intégrée de la maladie et la riposte
SMS	Short message service
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
TB-MR	Tuberculose à bacilles multi résistants
TDR	Termes de référence
TPM-	Tuberculose pulmonaire à microscopie négative
TPM+	Tuberculose pulmonaire à microscopie positive
ZN	Ziehl neelsen

PREFACE

En septembre 1998, le Burkina Faso, à l'instar des autres Etats membres de l'OMS, a participé à l'adoption de la résolution AFR/RC48/R2 sur la surveillance intégrée de la maladie (SIM). Le but de cette résolution était de lutter efficacement contre les maladies identifiées comme problèmes de santé publique.

En 2001, la SIM a pris le nom de Surveillance intégrée de la maladie et de la riposte (SIMR) intégrant ainsi la notion de « riposte » du fait du lien étroit et essentiel qui existe entre la surveillance et la riposte. Malgré quelques acquis engrangés en matière de lutte contre la maladie dans notre pays, cela, grâce à la SIMR, force est de reconnaître qu'elle a aussi eu ses limites au regard des profonds bouleversements survenus tant sur l'environnement social qu'économique.

Par ailleurs, le Burkina Faso a également participé activement à la révision et à l'adoption du Règlement sanitaire international RSI (2005) au cours de la cinquante-et-huitième Assemblée mondiale de la santé à Genève. Le RSI (2005) exige aux Etats parties la surveillance et le contrôle non seulement des maladies prioritaires (le choléra, la fièvre jaune la peste...) mais aussi des événements de santé publique de portée internationale (événements zoonotiques, chimiques, nucléaires, radiologiques, sécurité sanitaire des aliments...).

Pour apporter une réponse appropriée à ces nouvelles exigences, une relecture du guide SIMR s'est avérée nécessaire.

La présente édition du guide technique SMIR, prend en compte les insuffisances du précédent, et intègre les exigences du RSI (2005). Elle répond mieux aux préoccupations du moment parce qu'elle prend en compte aussi bien les maladies émergentes et ré-émergentes, les maladies transmissibles et non transmissibles que les événements de santé publique de portée internationale, les autres risques sanitaires, etc.

En espérant que cette édition permettra de renforcer les capacités de surveillance et de riposte de notre système de santé, j'invite tous les démembrés du Ministère de la santé, les acteurs des autres départements ministériels et l'ensemble des Partenaires techniques et financiers à travailler pour sa mise en œuvre effective pour l'atteinte des objectifs de notre système de surveillance.


Le Ministre de la santé
Adama Traore
Pr Adama TRAORE
Chevalier de l'ordre national

INTRODUCTION

Le monde actuel est confronté à de multiples risques sanitaires du fait du développement des voyages et des échanges internationaux. Les microbes s'adaptent davantage à leur nouvel environnement. Les risques chimiques, alimentaires et d'irradiation augmentent avec l'industrialisation croissante.

Au Burkina Faso, les maladies transmissibles et de plus en plus certaines maladies non transmissibles constituent les causes majeures de morbidité, de mortalité et d'invalidité. Malheureusement, l'ampleur des maladies non transmissibles reste peu connue du fait des insuffisances dans le système de notification, de collecte et de compilation des données sanitaires.

L'une des principales stratégies de lutte contre la maladie étant la surveillance, le Burkina Faso, à l'instar des autres Etats membres de l'OMS, a participé à l'adoption du règlement sanitaire international (RSI) à Genève en mai 2005. Dans la région africaine de l'OMS, la mise en œuvre du RSI se fait dans le contexte de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte. Le but du RSI est d'améliorer aussi bien la prévention, la détection, la maîtrise des épidémies que la planification, l'allocation des ressources, le suivi et l'évaluation des activités de lutte contre les risques sanitaires.

Le présent guide qui comprend une liste consensuelle de quarante-cinq (45) maladies, affections et événements prioritaires est structuré en une partie introductive comportant des définitions et généralités et de neuf (09) sections.

Les 9 sections sont : i) identifier les cas de maladies, affections prioritaires et événements de santé publique, ii) notifier les maladies, affections prioritaires et événements de santé publique, iii) analyser les données, iv) investiguer les flambées épidémiques notifiées et autres événements de santé publique, v) se préparer à riposter aux épidémies et autres événements de santé publique, vi) répondre aux épidémies et autres événements de santé publique, vii) communiquer l'information, viii) suivre, évaluer et améliorer la surveillance et la riposte, ix) récapitulatif des directives relatives aux maladies, affections prioritaires spécifiques et événements de santé publique.

Qu'est-ce que la surveillance des maladies ?

La surveillance est un ensemble d'actions comprenant le recueil systématique et continu des données sanitaires, leur analyse et leur interprétation, ainsi que la diffusion des informations recueillies auprès de ceux qui en ont besoin pour prendre les mesures sanitaires nécessaires. Elle est essentielle pour planifier, mettre en œuvre et évaluer les pratiques sanitaires.

Qu'est-ce que la surveillance intégrée de la maladie et la riposte ?

La surveillance intégrée de la maladie et la riposte est une approche permettant de coordonner les activités de surveillance à tous les niveaux. Elle vise à garantir la prompt

fourniture des données à tous les programmes de prévention et de lutte pour une prise de décision adéquate.

Il a été démontré au cours d'expériences liées à l'éradication et à l'élimination des maladies, qu'il est possible d'atteindre les objectifs de prévention et de lutte ; ceci nécessite que des ressources soient disponibles pour améliorer la capacité des autorités sanitaires à détecter les maladies visées, à obtenir auprès des laboratoires la confirmation rapide des cas et à utiliser les seuils d'intervention au niveau district.

Fort de ces succès, le Bureau régional de l'Organisation mondiale de la santé pour l'Afrique (OMS-AFRO) a proposé l'approche SIMR pour améliorer la veille sanitaire et la riposte dans la Région africaine ; cette stratégie fait participer les communautés et les établissements sanitaires à tous les niveaux du système de santé.

De nombreux programmes d'intervention disposent aujourd'hui de leur propre système de surveillance. Au fil des années, chaque programme s'est efforcé de renforcer sa capacité à obtenir les données nécessaires pour le développement d'informations ponctuelles, fiables et utiles pour les actions sanitaires. Ces efforts font appel à des fonctions semblables, en particulier au niveau périphérique (Equipe cadre de district, formations sanitaires périphériques). Ils s'appuient souvent sur les mêmes structures, processus et personnel. Par conséquent la SIMR prévoit une utilisation rationnelle des ressources consacrées à la prévention et à la lutte contre les maladies.

En quoi consiste un système intégré ?

Dans un système intégré :

- toutes les activités de surveillance sont coordonnées et canalisées. Au lieu de maintenir des activités verticales séparées, les ressources sont mises en commun pour recueillir les informations à partir d'un point focal unique à chaque niveau ;
- plusieurs activités sont combinées en une seule, du fait de leurs similitudes au niveau des fonctions de surveillance, des aptitudes requises, des ressources nécessaires pour leur exécution, et des populations cibles dans le domaine de la surveillance. Par exemple, les activités de surveillance pour la paralysie flasque aiguë (PFA) peuvent répondre aux besoins de surveillance liés au tétanos maternel et néonatal, à la rougeole et à d'autres maladies. Ainsi, le personnel de santé qui surveille systématiquement les cas de PFA peuvent également examiner les registres tenus par les districts et les formations sanitaires pour obtenir des informations sur d'autres maladies prioritaires ;
- le district sanitaire est le point de convergence de l'intégration des fonctions de surveillance car il constitue le premier niveau dans le système de santé. En effet, il est doté d'un personnel à temps plein chargé de tous les aspects de la santé publique, notamment la surveillance des événements sanitaires dans la communauté, la mobilisation de l'action communautaire, l'engagement en faveur d'une aide nationale et l'accès aux ressources régionales pour protéger la santé des populations du district ;

- les responsables chargés de la surveillance au niveau périphérique, intermédiaire et central travaillent à chaque niveau dans les comités de gestion des épidémies afin de planifier des activités de riposte adéquates en santé publique et rechercher activement les ressources pouvant être combinées.

En quoi consiste l'intégration

L'intégration consiste à harmoniser les différentes méthodes, les différents logiciels, formulaires de recueil des données, normes et définitions des cas, de façon à avoir des informations cohérentes et à optimiser les efforts des différents acteurs, des différents programmes de prévention et de lutte contre les maladies.

Quand c'est possible, on utilise un formulaire de notification commun, le même système de saisie des données des différentes maladies, et les mêmes modes de communication. De même, la formation et la supervision sont intégrées, on utilise le même bulletin pour le retour d'information et les mêmes équipements (ordinateurs, véhicules, etc.). Si possible, la SIMR implique une coordination pratiquement à plein temps des activités de surveillance et des interventions communes (planification, mise en œuvre, contrôle, évaluation).

En quoi consiste la coordination

La coordination consiste à *travailler ou agir ensemble de façon effective*, pour utiliser de façon rationnelle et efficace les ressources disponibles. Il convient alors de partager l'information, de planifier, contrôler et évaluer conjointement les actions, de façon à pouvoir fournir des données et des informations exactes, cohérentes et pertinentes aux décideurs et à toutes les parties intéressées, au niveau du pays.

Pour faciliter la coordination et la collaboration, il convient de constituer un comité de coordination intersectoriel et pluridisciplinaire, national, régional, provincial, communal, villageois. Ce comité est responsable de la coordination des activités de surveillance, en étroite collaboration ou en synergie avec les comités de gestion des urgences sanitaires.

But et Objectifs de la surveillance intégrée de la maladie et la riposte

Le but de la SIMR est d'améliorer la capacité du pays à détecter et à répondre aux maladies et affections provoquant des taux élevés de mortalité, de morbidité et d'incapacité. En renforçant les capacités et les ressources en matière de surveillance intégrée, il est possible d'améliorer la santé des populations.

L'objectif général de la SIMR est de fournir à temps des bases rationnelles devant servir à la prise de décisions et au choix des interventions de santé publique pour une lutte efficace contre les maladies prioritaires, des affections et des événements. Pour sa mise en œuvre, des outils de surveillance et de riposte simplifiés ont été proposés par l'OMS et adaptés par le pays. Ces outils vont contribuer à ce que l'information soit disponible à temps, que l'action appropriée soit menée sans retard, et que les ressources utilisées assurent davantage l'efficacité des interventions contre la maladie.

Les objectifs spécifiques de la SIMR sont :

- renforcer la capacité du pays à mener des activités de surveillance efficaces ;
- intégrer les différents systèmes de surveillance pour une meilleure efficacité au niveau de l'utilisation des formulaires, du personnel et des ressources ;
- améliorer l'exploitation des données de surveillance ;
- faciliter la circulation des données de surveillance au sein et entre les différents niveaux du système de santé ;
- renforcer les capacités des laboratoires et des structures d'imagerie dans le diagnostic et la prise en charge des cas ;
- promouvoir la participation des cliniciens au système de surveillance ;
- promouvoir la participation de la communauté à la détection des problèmes sanitaires et à la riposte ;
- déclencher les enquêtes épidémiologiques pour la détection, l'investigation, la notification des problèmes sanitaires et la mise en œuvre d'interventions sanitaires efficaces.

Règlement Sanitaire International : nouvelles obligations, nouvelles opportunités

Le règlement sanitaire international est exécutoire pour tous les 46 Etats membres de l'OMS dans la Région Africaine.

Le RSI couvre une vaste étendue de maladies et est applicable à « toute urgence de santé publique de portée internationale, y compris l'émergence et/ou la réémergence de maladies à potentiel épidémique, les maladies d'origine nutritionnelle, les catastrophes naturelles et les événements chimiques ou radionucléaires causés de manière accidentelle ou délibérée ». Le RSI prend en compte les leçons apprises au cours des décennies passées en matière de détection et de riposte contre les épidémies. Il vise à préserver la sécurité mondiale en matière de santé tout en évitant les interférences inutiles avec les voyages internationaux et le commerce international.

SIMR et RSI (2005)

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

Le succès de la mise en œuvre du RSI requiert le bon fonctionnement de la surveillance et des capacités d'évaluation de risque et de riposte au niveau pays.

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

Visant à renforcer les systèmes nationaux de surveillance des maladies, tout particulièrement au niveau des districts, et à assurer la transmission et l'exploitation

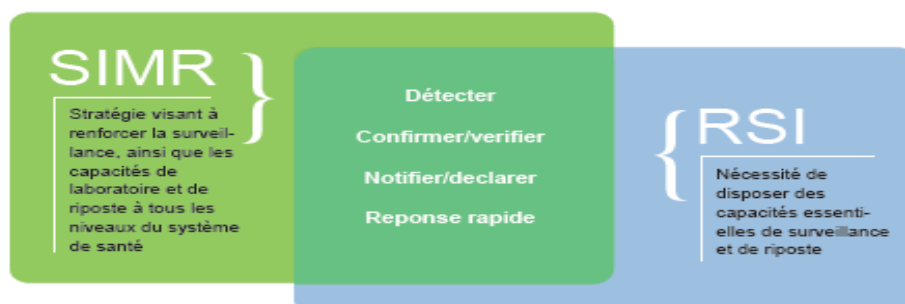
régulière et en temps utile des informations nécessaires aux décisions de santé publique, la SIMR offre pour l'application du RSI :

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

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

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

Application du RSI par la SIMR



Source : Guide générique OMS

Dans la Région africaine, le RSI sera mis en œuvre dans le contexte de la SIMR. D'une part, en développant leurs capacités de surveillance, de confirmation des cas au laboratoire, de notification et de riposte aux épidémies, les pays permettent une meilleure application du RSI ; d'autre part, l'appui juridique et politique au RSI et les ressources supplémentaires qui pourraient être mobilisées pour sa mise en œuvre peuvent être utilisées pour le renforcement des capacités requises permettant de renforcer la mise en œuvre de la SIMR dans les pays.

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

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

- **Quatre affections** doivent être notifiées à l'OMS : la variole, la poliomyélite due au poliovirus sauvage, la grippe humaine causée par un nouveau sous-type et le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) (voir paragraphe suivant et l'algorithme à utiliser en Annexe de la Section 2). Cette notification se fera du district au niveau supérieur, selon la décision des autorités nationales.
- **D'autres maladies** et événements peuvent nécessiter leur notification s'ils sont considérés comme des événements sanitaires de portée internationale. L'évaluation sera normalement conduite au niveau du district ou à un niveau supérieur, selon la décision des autorités nationales (en utilisant l'instrument de décision du RSI figurant en Annexe de la Section 2). Les maladies classées dans cette catégorie par le RSI comprennent le choléra, la peste, la fièvre jaune, les fièvres hémorragiques virales et d'autres maladies de portée nationale ou régionale comme la dengue.
- « Tout événement susceptible d'avoir une ampleur internationale pour la santé publique, y compris ceux dont la cause ou l'origine est inconnue, et ceux impliquant des événements ou des maladies autres » que ceux mentionnés dans les deux paragraphes précédents (en utilisant l'instrument de décision du RSI figurant en Annexe de la Section 2). Une liste de ces événements est donnée à la (Section2).

Circulation de l'information dans un système de surveillance intégrée

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

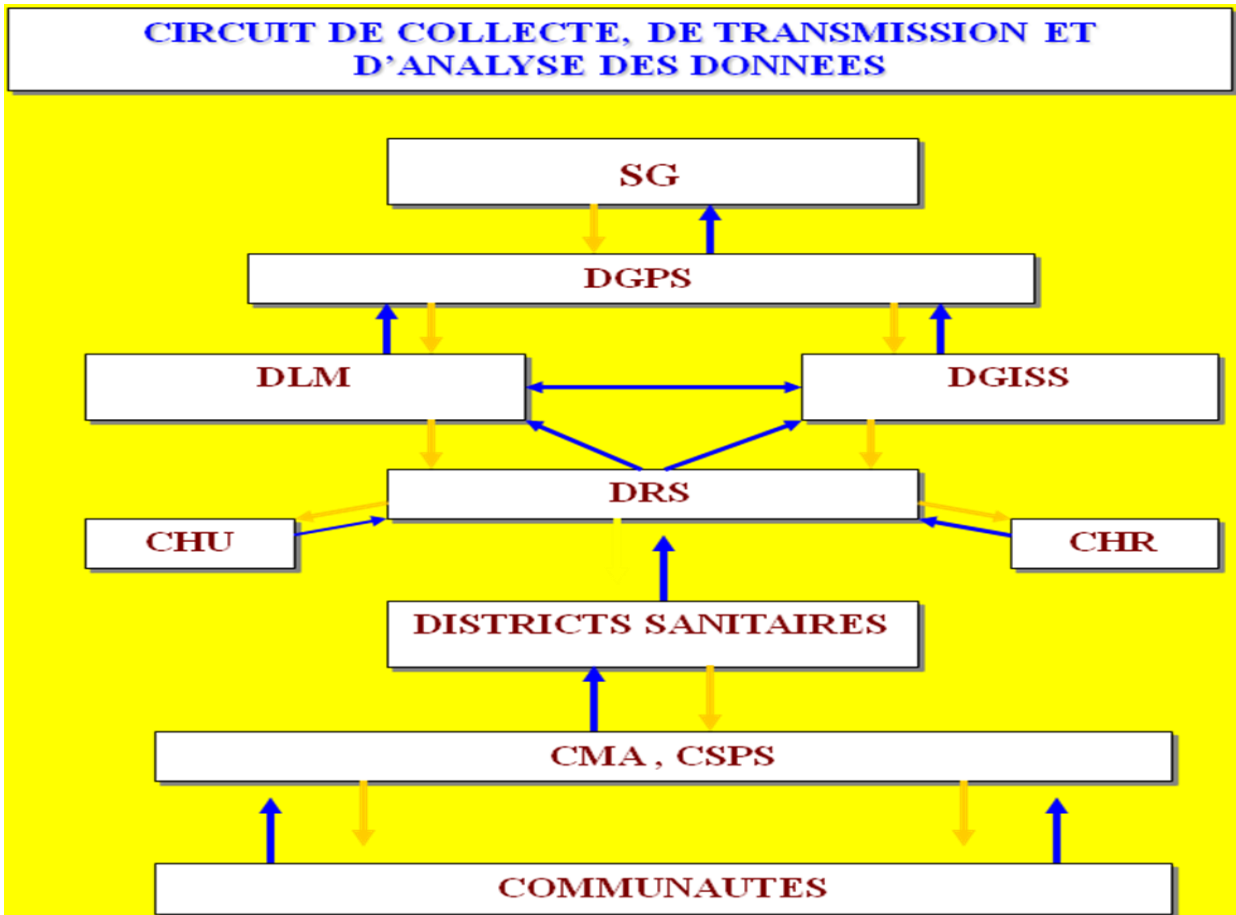
Si le clinicien soupçonne que le malade est atteint d'une affection faisant l'objet de mesures d'éradication / élimination ou si la maladie présente un risque épidémique important, le cas est immédiatement notifié au responsable désigné au niveau de la formation sanitaire et du district. La formation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

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

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

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

La retro information doit être faite à tous les niveaux.



- SG : Secrétariat général
- DGPS: direction Générale de la Protection Sanitaire
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- DEP: Direction des Etudes et de la Planification
- DLM: Direction de la Lutte contre la Maladie
- CHU: Centre Hospitalier Universitaire
- CHR: Centre Hospitalier Régional
- CSPS: Centre de Santé et de Promotion Sociale
- CMA: Centre Médicale avec Antenne Chirurgicale
- DRS: Direction Régionale de la Santé

Description des fonctions de surveillance

Tous les niveaux du système de santé participent à la mise en œuvre des activités de surveillance visant à détecter et lutter contre les maladies et affections prioritaires par l'application de la procédure suivante :

1ère étape - Identification des cas et des évènements. Utiliser les définitions de cas standardisées pour identifier les maladies, affections et évènements prioritaires.

2ème étape - Notification. Signaler au niveau supérieur les cas présumés de maladies et d'affections et évènements prioritaires. S'il s'agit d'une maladie à potentiel épidémique, d'un évènement susceptible de constituer une urgence sanitaire de portée internationale, ou d'une maladie faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication, il faut réagir immédiatement en déclenchant une investigation du cas ou de l'évènement en question et soumettre un rapport détaillé. Pour les évènements à notifier conformément au RSI, utiliser l'instrument de décision (Annexe 2 du RSI) pour identifier les évènements susceptibles de constituer une urgence sanitaire de portée internationale.

3ème étape - Analyse et interprétation des résultats. Compiler et analyser les données pour dégager les tendances. Comparer l'information avec celle des périodes antérieures et synthétiser les résultats.

4ème étape - Investigation et confirmation des cas, des épidémies et des évènements sanitaires présumés.

S'assurer que le cas, l'épidémie ou l'évènement est confirmé, notamment au laboratoire si possible. Rassembler les preuves sur les causes possibles de l'épidémie ou de l'évènement et utiliser ces informations pour choisir les stratégies de prévention et de lutte appropriées.

5ème étape – Préparation. Prendre des mesures à l'avance, avant la flambée épidémique ou l'évènement sanitaire, pour que les équipes puissent réagir rapidement et que le matériel et les équipements nécessaires soient disponibles pour une action immédiate.

6ème étape - Riposte. Coordonner et mobiliser les ressources pour mettre en œuvre les mesures de santé publique appropriées.

7ème étape - Circulation de l'information. Renforcer la coopération à tous les niveaux du système notamment par la retro information qui prendra en compte les résultats des investigations et les interventions aux différents niveaux qui ont transmis des données, signalé des épidémies, des cas et autres évènements.

8ème étape - Evaluation et amélioration du système. Evaluer l'efficacité des systèmes de surveillance et de riposte, en termes de ponctualité, de qualité de l'information, de préparation, de détection des seuils, de prise en charge des cas et de performance générale. Remédier aux problèmes identifiés et améliorer le système.

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

Niveau communautaire - Représentée par les services à base communautaire (les agents de santé communautaires, les organisations à base communautaire d'exécution), les leaders d'opinion (religieux, traditionnels ou politiques), les maîtres d'école, les tradi-praticiens de santé, et autres personnes ressources.

Niveau de l'formation sanitaire - Structures/institutions offrant des prestations par niveau conformément au paquet d'activités et au plateau technique prévus par les normes nationales. Ex : Dispensaires, maternité, CSPS, Centre médical/Centre Médical avec Antenne Chirurgicale, Centres Hospitaliers Régionaux/Nationaux/Universitaires, les services de santé para publiques, les structures privées et confessionnelles de soins, et les services de santé des armées.

Niveau du district Sanitaire - Le district se définit comme une zone géographique bien délimitée pouvant inclure plusieurs départements/communes à l'intérieur d'une même province avec une population variant entre 150 000 et 200 000 habitants selon les particularités de la zone.

Le district dispose de formations sanitaires dont au moins une possède des capacités d'activités chirurgicales et constitue ainsi la structure de référence du district. Le district sanitaire comporte un ensemble de structures organisées en échelons :

- un échelon de premier contact qui est le CSPS/CM ;
- un échelon de référence qui est le Centre médical avec antenne chirurgicale (CMA) et enfin :
- un organe de gestion constitué par l'Equipe cadre du district (ECD).

Niveau région Sanitaire - Entité regroupant un certain nombre de districts sanitaires et dirigée par un Directeur régional de la santé. Elle constitue le niveau intermédiaire du système national de santé.

Niveau national - Niveau qui définit les politiques sanitaires, mobilise les ressources et les attribue selon les besoins.

N.B Laboratoire

Dans un système intégré, des activités de laboratoire devraient être possibles à chaque niveau (district, région, national). Ces activités de laboratoire sont guidées par un système national d'assurance qualité. Ces laboratoires sont liés à des laboratoires de référence pour des maladies spécifiques.

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

Le Burkina Faso a dressé un bilan des systèmes de surveillance dans le cadre de la mise en œuvre du RSI en utilisant un outil d'évaluation développé par l'OMS/AFRO.

A l'Annexe 1 de l'introduction figure une liste de contrôle indiquant ce qui doit être mis en place pour réaliser la SIMR.

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

Entre autres utilisations pratiques, la matrice permettra :

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

La matrice présentée ci-dessous définit les fonctions de surveillance et la manière dont elles sont exécutées à chaque niveau du système de santé.

Tableau 1 : Fonctions et activités clés de la SIMR selo les nive/aux du système de santé

	1.0 Identification	2.0 Notification	3.0 Analyse et interprétation	4.0 Investigation et confirmation	5.0 Préparation	6.0 Riposte	7.0 Communication (retour d'information)	8.0 Evaluation
Communauté	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les définitions de cas simplifiées pour identifier les maladies, affections et évènement prioritaires dans la communauté. 	<ul style="list-style-type: none"> • Savoir quels événements sanitaires il convient de notifier à la formation sanitaire et à quel moment 	<ul style="list-style-type: none"> • Faire participer les personnalités locales à l'observation et à l'interprétation des schémas et tendances pathologiques dans la communauté • Effectuer des autopsies verbales sur les causes de décès 	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer les activités d'investigation de cas et des évènements sanitaires, telles que la présentation du problème à la communauté, le dépistage, la collecte d'échantillons, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participer au comité de gestion et de préparation aux urgences ou aux catastrophes • Participer à la cartographie des risques potentiels • Mettre en place une surveillance à assise communautaire • Gérer les éventuels stocks d'urgence • Participer aux formations y compris aux exercices de simulation 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les autorités locales à choisir les activités de riposte • S'assurer que la communauté demande immédiatement de l'aide en cas d'urgence ou de signe d'alerte de maladie, affection et évènement prioritaire • Participer aux activités de riposte notamment les soins à domicile • Mobiliser les ressources appropriées pour les activités de riposte • Mener des activités d'éducation sanitaire visant à modifier les comportements 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir aux membres de la communauté des informations en retour sur les cas notifiés et les activités de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Déterminer si l'action de santé publique a été mise en œuvre comme prévu • Evaluer la réponse de la communauté à l'action de santé publique

	1.0 Identification	2.0 Notification	3.0 Analyse et interprétation	4.0 Investigation et confirmation	5.0 Préparation	6.0 Riposte	7.0 Communication (retour d'information)	8.0 Evaluation
Formation Sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les définitions de cas standardisées pour détecter, confirmer et enregistrer les maladies ou affections prioritaires dans: <ul style="list-style-type: none"> - les services de consultation externe et interne - les rapports soumis par la communauté - les rapports du secteur privé • Enregistrer les informations concernant les cas suspects dans le registre clinique et les dossiers des malades • Utiliser les capacités des laboratoires locaux pour diagnostiquer les cas suspects • Utiliser les protocoles standards pour traiter-les échantillons de laboratoire • Recueillir et transporter des échantillons cliniques pour évaluation en laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Notifier les informations par cas pour les maladies immédiatement notifiables • Notifier les données recueillies auprès des services de consultation externe et interne, de la communauté et du secteur privé • Transmettre les données synthétiques au niveau supérieurs • Communiquer les résultats de laboratoire obtenus à partir du dépistage de populations sentinelles dans des sites cibles (par exemple: clinique IST, service SMI, banque de sang) 	<ul style="list-style-type: none"> • Préparer et mettre régulièrement à jour les graphiques, tableaux et cartes pour décrire les maladies et affections notifiées en fonction de la chronologie, du lieu et des caractéristiques individuelles • Identifier et notifier immédiatement toute maladie ou affection qui: <ul style="list-style-type: none"> - dépasse un seuil d'intervention - se présente dans des endroits où elle était jusqu'alors absente - survient plus fréquemment que par le passé dans un certain groupe de population - présente des tendances ou caractéristiques inhabituelles • Interpréter les résultats. Discuter des actions de santé publique possibles avec l'équipe de district • Observer les changements de tendances au cours de l'analyse systématique des résultats de laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Prendre part aux enquêtes sur les flambées épidémiques notifiées • Recueillir, emballer, conserver et transporter les échantillons pour analyse en laboratoire • Utiliser les résultats de l'enquête et des épreuves de laboratoire pour confirmer la flambée • Traiter et enregistrer les résultats de laboratoire • Communiquer les résultats au personnel clinique et aux patients 	<ul style="list-style-type: none"> • Mener des activités de sensibilisation • Traiter les cas et les contacts selon les directives normalisées de prise en charge des cas • Prendre les mesures de contrôle supplémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Traiter les cas et les contacts selon les directives standardisées de prise en charge des cas • Prendre des mesures de contrôle supplémentaire (renforcer la surveillance) 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir aux membres de la communauté des informations en retour sur l'issue des cas notifiés et les activités de prévention 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler la promptitude et la complétude de la notification systématique par cas des données à l'intention du district • Evaluer la détection et la notification de routine des maladies et affections prioritaires • Evaluer l'état de préparation aux activités de riposte et la promptitude de ces activités • Déterminer si la prise en charge des cas est appropriée • Prendre des mesures pour améliorer les pratiques de notification • Prendre des mesures pour améliorer la planification préalable de ripostes ponctuelles aux flambées épidémiques • Garder le contact avec la communauté pour entretenir les activités de planification préalable et de prévention • Contrôler le délai entre la réception des échantillons et l'envoi des résultats • Contrôler la qualité des résultats de laboratoire

	1.0 Identification	2.0 Notification	3.0 Analyse et interprétation	4.0 Investigation et confirmation	5.0 Préparation	6.0 Riposte	7.0 Communication (retour d'information)	8.0 Evaluation
Districts et Régions Sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> • Collecter en temps voulu les données de surveillance notifiées par les sites y compris les points d'entrée désignés • Examiner les registres des épidémies • Recueillir et transporter des échantillons cliniques pour analyse au laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Aider les formations sanitaires à se familiariser avec les définitions de cas standardisées et à les utiliser pour la notification des maladies et affections prioritaires • S'assurer que le personnel des structures sanitaires sait quand et comment notifier les maladies et affections prioritaires • Notifier rapidement les maladies immédiatement notifiables au niveau supérieur • Communiquer les résultats des examens de laboratoire aux responsables nationaux et locaux 	<ul style="list-style-type: none"> • Définir les dénominateurs et obtenir des données pour s'assurer de l'exactitude des dénominateurs • Agréger les données provenant des rapports soumis par les formations sanitaires • Analyser les données par cas en fonction de l'individu, du lieu et des facteurs chronologiques • Calculer les taux et les seuils • Comparer les données actuelles avec les périodes antérieures • Préparer et mettre régulièrement à jour les graphiques, tableaux et cartes pour décrire les maladies et affections notifiées en fonction de la chronologie, du lieu et des caractéristiques individuelles • Formuler des conclusions concernant les tendances, les seuils et les résultats de l'analyse • Décrire les facteurs de risque pour les maladies et affections prioritaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Organiser et conduire l'enquête sur les cas ou flambées épidémiques notifiés • Aider l'établissement sanitaire à prélever, emballer, conserver et transporter de manière sûre les échantillons pour confirmation en laboratoire • Recevoir et interpréter les résultats de laboratoire • Déterminer si la flambée épidémique notifiée est confirmée • Notifier la flambée confirmée au niveau suivant • Distribuer des trousseaux de prélèvement d'échantillons pour des activités de surveillance spéciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Prepositionner les médicaments et consommables • Mener des activités de sensibilisation • Participer au comité de gestion et de préparation aux urgences ou aux catastrophes • Organiser des formations et des exercices de simulation pour le personnel • Cartographier les risques potentiels • Soutenir et mener à bien la surveillance menée par les établissements de soin • Elaborer et gérer les plans de contingence • Organiser et soutenir l'équipe de riposte rapide • Documenter les activités de riposte 	<ul style="list-style-type: none"> • Choisir et mettre en œuvre les mesures de riposte appropriées en matière de santé publique (selon la maladie, prévoir un renforcement de la prise en charge des cas, mener des activités de vaccination, améliorer les activités de lutte et de prévention) • convoquer le comité de lutte contre les épidémies et planifier les activités de riposte • Offrir une formation à la gestion des situations d'urgence • Organiser en temps voulu les activités d'intervention et d'éducation au niveau de la communauté • Alerter les régions et districts voisins de la confirmation d'une épidémie 	<ul style="list-style-type: none"> • Alerter les régions et districts limitrophes de la survenue d'épidémies • Fournir aux formations sanitaires des informations en retour régulières et périodiques concernant les activités systématiques de lutte et de prévention • Fournir des retours d'information concernant la qualité de la surveillance et des données 	<ul style="list-style-type: none"> • Contrôler et évaluer les objectifs de programme et les indicateurs destinés à mesurer la qualité du système de surveillance • Contrôler et évaluer la promptitude et la complétude de la notification par les structures sanitaires du district • Contrôler et évaluer la promptitude de la réponse aux épidémies • Contrôler les activités systématiques de prévention et, le cas échéant, les modifier • Effectuer régulièrement les visites de supervision

	1.0 Identification	2.0 Notification	3.0 Analyse et interprétation	4.0 Investigation et confirmation	5.0 Préparation	6.0 Riposte	7.0 Communication (retour d'information)	8.0 Evaluation
Niveau national	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir la procédure à suivre pour la surveillance des populations sentinelles • Réaliser des enquêtes spéciales pour rassembler des informations sur les cas, les épidémies ou les événements inhabituels notifiés • Déterminer et réévaluer les besoins en matière de surveillance et mettre en place un programme de formation ainsi que d'autres activités de soutien pour chaque niveau • Mobiliser des ressources adéquates pour appuyer l'identification et la notification des cas • Elaborer des politiques et procédures avec le laboratoire national de référence • Utiliser le laboratoire national de référence pour maintenir les contrôles et les normes en matière de qualité • Prélever et transporter les échantillons pour analyse complémentaire au centre collaborateur de l'OMS si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des politiques et procédures pour la notification des maladies et affections prioritaires à chaque niveau • Inclure les laboratoires du secteur privé dans le réseau de notification 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des politiques et procédures pour l'analyse et l'interprétation des données • Agréger les données provenant des rapports de district • S'assurer que chaque niveau utilise des dénominateurs appropriés pour l'analyse • Interpréter les tendances dans une perspective nationale • Adapter ou définir les seuils d'intervention • Fournir des ressources en matière de formation pour l'analyse et l'interprétation des données • Analyser les données en fonction de la chronologie, du lieu et des caractéristiques individuelles • Analyser la carte et stratifier par district et selon d'autres facteurs • Formuler des conclusions sur la base des résultats d'analyse • Etablir des rapports et mettre en commun les données avec les autorités nationales et l'OMS si nécessaire • Définir les compétences d'analyse par niveau de personnel au sein du système 	<ul style="list-style-type: none"> • Alerter le laboratoire et appuyer ses activités de confirmation: • Approvisionnements, milieu de transport, logistique, transport d'échantillons • Appuyer les activités d'enquête relatives aux épidémies notifiées: approvisionnement, logistique, équipement, budget • Collaborer, selon les besoins, avec les autorités nationales au cours des enquêtes • Notifier les flambées confirmées aux réseaux régionaux et internationaux • Traiter les échantillons prélevés au cours de l'enquête et envoyer rapidement les résultats à chaque niveau • Demander, si nécessaire, des échantillons supplémentaires • Prendre part aux activités de l'équipe de lutte contre les épidémies 	<ul style="list-style-type: none"> • Mettre en place des politiques, des procédures et les stratégies de formation pour la notification des maladies, affections et événements prioritaires à chaque niveau • Adapter et distribuer les directives de cartographie des risques • Adapter et distribuer les directives relatives aux plans d'intervention pour les urgences ou les catastrophes • Elaborer des messages à visée éducatives pour la communauté • Elaborer et gérer des plans de contingence • Organiser et soutenir des équipes de riposte rapide • Elaborer et organiser des exercices de simulation <p>Etablir et maintenir un centre national de commande et d'opération pour les urgences sanitaires</p> <p>Elaborer et diffuser des politiques et procédures de contrôle des activités de surveillance et de lutte contre les épidémies</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des politiques et pratiques de supervision des activités de surveillance et de lutte contre les épidémies 	<ul style="list-style-type: none"> • Elaborer des politiques et des procédures pour la riposte aux cas et épidémies de maladies et affections prioritaires • Appuyer la lutte contre les épidémies et soutenir les activités de planification préalables, notamment le déplacement d'équipe de riposte rapide • Communiquer et diffuser les résultats de la lutte contre l'épidémie par des bulletins à travers les médias par des communiqués de presse et des réunions d'information 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir à chaque niveau un retour d'information sur les activités de riposte • Donner aux districts des informations en retour régulières et périodiques sur les activités systématiques de lutte et de prévention • Elaborer et distribuer périodiquement un bulletin régional d'épidémiologie et de santé publique <p>Veillez à ce que le retour d'information soit pertinent et ait lieu en temps voulu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluer les activités de détection et de notification et y apporter les améliorations nécessaires: • Contrôler et évaluer les objectifs de programme et les indicateurs destinés à mesurer la qualité du système de surveillance • Contrôler et évaluer la promptitude et la complétude de la notification par les niveaux intermédiaires • Contrôler et évaluer la promptitude de l'appui national à la riposte aux épidémies • Contrôler et évaluer l'efficacité des activités de riposte aux épidémies au niveau du district • Contrôler les activités systématiques de prévention et les modifier si nécessaire • Contrôler l'assurance de la qualité pour les laboratoires aux échelons inférieurs • Soutenir les contrôles annuels des capacités du RSI • Convoquer régulièrement des réunions de suivi SIMR • Effectuer régulièrement des visites de supervision

	1.0 Identification	2.0 Notification	3.0 Analyse et interprétation	4.0 Investigation et confirmation	5.0 Préparation	6.0 Riposte	7.0 Communication (retour d'information)	8.0 Evaluation
Représentation de l'OMS/Bureau régional de l'OMS et autres partenaires	<ul style="list-style-type: none"> • Appuyer aux niveaux national et régional l'élaboration de politiques en faveur de la détection des maladies et événements prioritaires • Mobiliser des ressources pour la formation, la logistique et la supervision • Elaborer et diffuser des directives normalisées visant à établir les 'meilleures pratiques' en matière de surveillance • Informer les pays des problèmes susceptibles de franchir les frontières ou d'avoir un impact à l'échelle régionale • Coordonner le soutien au réseau international de laboratoires de références y compris les centres de référence 	<ul style="list-style-type: none"> • Recevoir les notifications d'épidémies et de maladies immédiatement notifiables 	<ul style="list-style-type: none"> • Etablir et diffuser des directives normalisées pour l'analyse des données en ce qui concerne chaque maladie prioritaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Communiquer les recommandations concernant les investigations de cas et la confirmation en laboratoire • Mobiliser des ressources pour améliorer les capacités et compétences en matière de laboratoire • Mobiliser des ressources pour les activités d'enquête et de confirmation sur la base des besoins et des demandes au niveau national • Fournir aux laboratoires des formations et des équipements • Elaborer des directives pour la préparation aux épidémies et les enquêtes épidémiologiques • Participer aux enquêtes si nécessaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Mobiliser les ressources pour la formation, la logistique et la supervision • Elaborer, mettre à jour ou réviser les directives pour la gestion des risques ou des catastrophes • Contribuer et mettre à jour un panel d'experts pour des équipes de riposte rapide • Elaborer, mettre à jour ou réviser la formation pour l'application de la SIMR et du RSI • Maintenir un centre opérationnel de gestion des urgences sanitaires 	<ul style="list-style-type: none"> • Coordonner et appuyer les activités de riposte (centre stratégique d'opération sanitaire, experts techniques, équipes de riposte rapide, virtuelle, directives, procédures opératoires standardisées etc • Mobiliser les ressources et faciliter le partenariat 	<ul style="list-style-type: none"> • Fournir un retour d'information sur la collaboration avec les niveaux national et régional • Informer les pays des problèmes susceptibles de franchir les frontières ou d'avoir un impact sur les niveaux régionaux • Diffuser les résultats d'analyse dans des bulletins régionaux et internationaux de tendances et schémas pathologiques • Elaborer et distribuer un bulletin régional d'épidémiologie et de santé publique 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliser les rapports de pays pour évaluer leurs systèmes et proposer des améliorations • Elaborer, mettre à jour ou réviser les directives et les outils pour le contrôle et l'évaluation des systèmes SIMR/SRI • Promouvoir, guider et soutenir les recherches opérationnelles

Contenu du Guide Technique

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

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

Cible des directives

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

- point focal de la surveillance intégrée et du RSI ;
- responsables des services de l'information sanitaire ;
- chefs de service et Coordonnateurs des programmes nationaux de lutte contre les maladies transmissibles et non transmissibles ;
- équipe cadre de district ;
- équipe de coordination de la région ;
- personnel de santé affecté aux tâches de consultation et de soins ;
- médecins et infirmiers, ingénieurs sanitaires, responsables PEV ;
- responsables de formations sanitaires ;
- responsables et administrateurs de la Santé publique ;
- formateurs en soins médicaux et infirmiers ;
- formateurs en santé publique ;
- personnels de laboratoire ;
- communauté.

Maladies retenues dans ce guide

Le Bureau régional de l'OMS-AFRO suggère d'inclure les maladies et affections transmissibles et non transmissibles suivantes, parmi les maladies prioritaires pour la SIMR dans la Région africaine. Ces maladies ont été retenues pour les raisons suivantes :

- **Elles font partie des exigences internationales du RSI** ; c'est le cas par exemple de la variole, de la poliomyélite due au virus sauvage, de la grippe humaine causée par un nouveau sous-type, du SRAS.

- **Elles ont un potentiel épidémique élevé** et peuvent avoir un impact grave sur la santé publique, du fait de leur capacité à se propager rapidement au niveau international ; c'est le cas notamment du choléra, de la peste, de la fièvre jaune et des fièvres hémorragiques d'origine virale.
- **Elles font partie des principales causes de morbidité et de mortalité** dans la Région africaine ; c'est le cas, par exemple, du paludisme, des pneumonies, des maladies diarrhéiques, de la tuberculose, du VIH/Sida.
- **Ce sont des maladies non transmissibles prioritaires dans la région** (hypertension, diabète, santé mentale et malnutrition).
- **Il est possible de contrôler et de prévenir efficacement ces maladies** pour résoudre les problèmes de santé publique dont elles sont responsables ; c'est le cas par exemple de l'onchocercose et de la trypanosomiase.
- **Il existe des stratégies d'interventions soutenues par l'OMS** pour la prévention, l'éradication ou l'élimination de ces maladies [Programme élargi de vaccination (PEV). de prise en charge intégrée des maladies de l'enfant (PCIME).....].

Tableau 2 : Liste révisée des maladies prioritaires, des affections et des événements au Burkina Faso

Maladies à potentiel épidémique,	
1. Charbon	7. Grippe humaine due à un nouveau sous type
2. Choléra	8. Grippe saisonnière
3. Dengue	9. Méningite
4. Diarrhée sanguinolente (Shigellose)	10. Infection respiratoire aigües sévères (IRAS)
5. Fièvre jaune	
6. Fièvre typhoïde	
Maladies affections et évènements recommandés par le RSI	
11. Peste	
12. Variole	
13. SRAS	
Maladies à Eradiquer	
14. Dracunculose	15. Poliomyélite
Maladies à Eliminer	
16. Filariose lymphatique	18. Rougeole
17. Lèpre	19. Tétanos maternel et néonatal
	20. Trachome
Autres Maladies d'Importance en Santé Publique	

21. Diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans	32 Asthme
22. Infections Respiratoires Aigues sévères (Pneumonie grave) chez les enfants de moins de 5 ans)	33. Diabète
23. VIH/Sida	34. Epilepsie
24. Paludisme	35. Hypertension artérielle
25. Onchocercose	36. Drépanocytose
26. Infections sexuellement transmissible (IST)	37. Malnutrition
27. Trypanosomiase	38. Hépatite - B
28. Envenimation (Morsures de serpent)	39. Hépatite - C
29. Schistosomiasis	40. Rage
30. Parasitoses intestinales	41. Leishmaniose
31 Tuberculose	42. Cancer du col de l'Utérus
	43. Cancer du sein
	44. Cataracte
	45. Noma

Soutien de l’OMS/AFRO aux efforts de renforcement de la surveillance des maladies et la riposte

Le Bureau régional de l’OMS pour l’Afrique (AFRO) apporte son soutien à la SIMR à travers :

- l’élaboration de directives techniques ;
- la mise en place d’un cadre pour l’adaptation des directives à tous les niveaux du système de santé ;
- la formation des ressources humaines impliquées dans la surveillance et la réponse ;
- le Plaidoyer et la mobilisation de ressources ;
- la surveillance, la détection et la lutte contre les maladies aux niveaux régional et mondial.

ANNEXES

ANNEXE 1 : UTILISER LES RÉSULTATS D'ÉVALUATION POUR AMÉLIORER LA SURVEILLANCE ET LA RIPOSTE AU NIVEAU DU DISTRICT

Le Burkina Faso a réalisé une évaluation des systèmes de surveillance épidémiologique. Les résultats de cette évaluation ont permis d'élaborer un plan quinquennal duquel des plans séquentiels seront extraits. La SIMR propose non pas un nouveau système mais des conseils sur la manière d'améliorer les activités de surveillance et de riposte. Les points ci-dessous peuvent aider les districts à identifier les activités prioritaires visant à améliorer leurs capacités de surveillance et de riposte.

1. Définir les sources d'information concernant les événements sanitaires dans le district, notamment les points de contact entre la communauté et les services de santé. Inclure, par exemple, les sources suivantes dans une liste de sites de notification du district :
 - formations sanitaires et hôpitaux ;
 - agents de santé communautaire ;
 - accoucheuses villageoises ;
 - dirigeants de communautés rurales informés des événements sanitaires survenant dans la communauté (par exemple : anciens du village, guérisseur traditionnel, maître d'école, dirigeants de communautés religieuses, etc.) ;
 - responsables de la santé publique ;
 - praticiens du secteur privé ;
 - agents de la sécurité publique (notamment sapeurs-pompiers, services de secours, police, gendarmerie, etc.).

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

3. Décrire comment circule l'information en matière de surveillance et de riposte entre le district et les responsables chargés de la surveillance. Préciser également les méthodes utilisées: réunions mensuelles, bulletins d'information, communications téléphoniques, etc. Cette description doit être mise à jour régulièrement.

4. Décrire le réseau d'orientation-recours pour la confirmation en laboratoire des maladies et affections prioritaires à l'échelle du district. Mentionner par exemple les éléments suivants :
 - formations ou structures sanitaires publiques, privées ou gérées par des ONG disposant de services de laboratoire fiables pour la confirmation des maladies prioritaires ;
 - activités de prévention, de contrôle ou de surveillance spéciale au niveau du district bénéficiant.

5. de services de laboratoire (par exemple, présence éventuelle de sites sentinelles de surveillance VIH dans le district). Actualiser les procédures opérationnelles de l'équipe de district chargée de la lutte contre les épidémies de manière à ce que l'évaluation de la planification préalable fasse systématiquement partie des priorités de cette équipe. Préciser et diffuser le calendrier des rencontres suivantes :
 - réunion portant sur l'évaluation systématique de la préparation à la riposte et l'examen des problèmes et activités ;
 - réunions de riposte aux épidémies.
6. Décrire les liens de communication entre, d'une part, la communauté et les structures de soins et, d'autre part, le comité de lutte contre les épidémies qui peut être activé en cas de flambée épidémique et pour des activités de routine.
7. Mentionner les maladies et affections prioritaires faisant l'objet d'une surveillance dans le district et celles visées par la politique nationale. Dresser la liste des maladies classées comme suit :
 - à potentiel épidémique ;
 - faisant l'objet de mesures d'éradication et d'élimination ;
 - autres maladies d'importance en santé publique.
8. Pour chaque maladie ou affection prioritaire sélectionnée, préciser l'activité de riposte disponible en matière de santé publique.
9. Pour chaque maladie ou affection face à laquelle le district est en mesure de réagir, spécifier la cible, le seuil d'alerte ou les résultats d'analyse susceptibles de déclencher une action.
10. Pour chaque maladie ou affection prioritaire, étudier les informations minimales que doivent notifier les formations sanitaires ou d'autres sources. Indiquer quand, à qui et comment ces données doivent être notifiées. Par exemple :
 - préciser les informations notifiables provenant de services de soins hospitaliers et de consultation externe. Une exigence minimale serait par exemple de notifier tous les cas et décès pour les maladies et affections retenues ;
 - indiquer les maladies ou affections nécessitant une notification immédiate et communiquer cette liste aux formations sanitaires du district ;
 - définir les moyens par lesquels les données sont notifiées au district (par téléphone, par fiches, oralement). En cas de notification électronique, toutes les formations sont-elles équipées d'ordinateurs et de modems ;
 - définir la fréquence de notification souhaitée des données requises.
11. Préciser quels sont les outils de gestion des données dont dispose le district et la manière dont il convient de les utiliser dans un système intégré :
 - fiches de notification individuelle des cas ;
 - fiches d'investigation des cas ;
 - listes descriptives pour des flambées épidémiques ;

- tableaux pour l'enregistrement de données synthétiques ;
 - graphiques pour l'analyse chronologique des données ;
 - cartes pour l'analyse spatiale des données ;
 - tableaux pour l'analyse individuelle des données.
- 12.** Définir pour chaque site de notification les conditions à remplir en matière de gestion des données. Par exemple, élaborer et diffuser une ligne d'action et préciser les procédures à suivre de manière à ce que les sites de notification sachent qu'ils doivent chaque mois :
- calculer, grouper et communiquer les totaux généraux ;
 - analyser les données synthétiques mensuelles dans des graphiques, tableaux ou cartes ;
 - fournir certaines interprétations au district ;
 - soumettre les fiches de notification basées sur les cas et les fiches descriptives au niveau supérieur.
- 13.** Mettre à jour périodiquement la disponibilité des ressources nécessaires à la surveillance pour chaque site de notification. (Remarque - Si un site est en mesure de procéder à une notification électronique, existe-t-il un format électronique compatible avec les méthodes utilisées au niveau du district, de la province et du pays? Si les moyens informatiques ne sont pas disponibles, les personnes chargées de la gestion des données peuvent-elles compter sur un approvisionnement régulier de papier, crayons de couleur, papier quadrillé, registres?)
- 14.** Déterminer si les fiches actuellement utilisées répondent aux priorités de la surveillance intégrée de la maladie et de la riposte. Fournissent-elles, par exemple, les informations nécessaires pour déceler les problèmes pour une riposte vis à vis des maladies prioritaires faisant l'objet d'une surveillance intégrée ?
- 15.** Déterminer s'il faut évaluer les indicateurs complémentaires et planifier la manière de contrôler et évaluer la promptitude et la complétude de la notification.
- 16.** Définir les méthodes à appliquer pour informer et appuyer le personnel de santé dans la mise en œuvre de la surveillance intégrée des maladies. Il faut notamment :
- énumérer les possibilités de formation offertes au personnel de santé dans le domaine de la surveillance, de la riposte ou de la gestion des données au niveau du district ;
 - coordonner entre les programmes de lutte contre les maladies les activités de formation qui font l'objet de chevauchements. Tirer parti d'un chevauchement de compétences entre ces programmes, notamment la supervision, la rédaction de rapports, la budgétisation, l'analyse des données et l'utilisation des données pour l'identification des priorités ;
 - déterminer les besoins de formation pour chaque catégorie de personnel de santé, que ce soit pour une formation initiale aux aptitudes de surveillance et de riposte ou pour un recyclage axé sur l'intégration des activités de surveillance.

- 17.** Examiner et actualiser les procédures et méthodes d'échange de l'information entre le district, les formations sanitaires et la communauté ainsi qu'entre le district et les niveaux supérieurs. Préciser, par exemple, les méthodes d'échange d'information et actualiser selon les besoins :
- bulletins synthétisant les données communiquées au district par les formations sanitaires ;
 - réunions périodiques pour discuter des problèmes et des activités récentes dans le domaine de la santé publique ;
 - visites de supervision.
- 18.** Rassembler et présenter des données importantes concernant votre district qui pourraient servir à mobiliser des ressources supplémentaires pour améliorer les activités de surveillance et de riposte dans le district. (Exemple - Le personnel de santé est en mesure de documenter une augmentation du nombre de cas de paludisme; il sait que la riposte adéquate est l'utilisation de moustiquaires traitées à l'insecticide. Le responsable de la surveillance au niveau du district a utilisé des données pour montrer que l'on pourrait réduire le nombre de cas si des entreprises locales couvraient une partie des frais d'équipement en moustiquaires.)
- 19.** Formuler trois objectifs à atteindre pour améliorer la surveillance dans votre district au cours de l'année à venir.

ANNEXE 2 : RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI) EN SON ANNEXE 1

A. Principales capacités requises pour la surveillance et l'action

1. Les Etats Parties utilisent les structures et ressources nationales existantes en vue de se doter des principales capacités requises en vertu du présent Règlement pour s'acquitter notamment :
 - a. de leurs activités de surveillance, de déclaration, de notification, de vérification, d'action et de collaboration ; et
 - b. de leurs activités concernant les aéroports, ports et postes-frontières désignés.
2. Chaque Etat Partie évalue, dans les deux ans qui suivent l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité des structures et ressources nationales existantes à satisfaire aux prescriptions minimales de la présente annexe. A la suite de cette évaluation, les Etats Parties élaborent et appliquent des plans d'action pour que ces principales capacités soient présentes et fonctionnent sur tout leur territoire comme il est stipulé au paragraphe 1 de l'article 5 et au paragraphe 1 de l'article 13.
3. Les Etats Parties et l'OMS soutiennent sur demande les processus d'évaluation, de planification et de mise en œuvre prévus dans la présente annexe.
4. Au niveau communautaire local et/ou au niveau primaire d'action de santé publique La capacité :
 - a. de détecter, dans toutes les zones du territoire de l'Etat Partie, les événements impliquant une morbidité ou une mortalité supérieure aux niveaux escomptés pour la période et le lieu considérés ; et
 - b. de communiquer immédiatement toutes les données essentielles disponibles au niveau approprié d'action de santé. Au niveau communautaire, les communications sont adressées aux formations de soins de santé de la communauté locale ou au personnel de santé approprié. Au niveau primaire d'action de santé publique, les communications sont adressées au niveau d'action intermédiaire ou national, selon les structures organiques. Aux fins de la présente annexe, les données essentielles incluent les informations suivantes : descriptions cliniques, résultats de laboratoire, sources et types de risques, nombre de cas humains et de décès, conditions influant sur la propagation de la maladie et les mesures sanitaires appliquées ; et
 - c. d'appliquer immédiatement des mesures de lutte préliminaires.
5. Au niveau intermédiaire d'action de santé publique
La capacité :
 - a. de confirmer la nature des événements signalés et d'appuyer ou d'appliquer immédiatement des mesures de lutte supplémentaires ; et
 - b. d'évaluer immédiatement les événements signalés et, s'ils sont jugés urgents, de communiquer toutes les données essentielles au niveau national. Aux fins de la présente annexe, les critères qui déterminent l'existence d'un événement urgent sont ses effets

graves sur la santé publique et/ou son caractère inhabituel ou inattendu, assortis d'un fort potentiel de propagation.

6. Au niveau national

Evaluation et notification. La capacité :

- a. d'évaluer dans les 48 heures tous les événements urgents qui sont signalés ; et
- b. d'aviser immédiatement l'OMS, par l'intermédiaire du point focal national RSI, lorsque l'évaluation indique que l'événement doit être déclaré en application de l'article 6, paragraphe 1 et de l'annexe 2 du RSI, et de fournir à l'OMS les informations demandées à l'article 7 et à l'article 9, paragraphe 2.

7. Action de santé publique. La capacité :

- a. de déterminer rapidement les mesures de lutte nécessaires pour éviter la propagation au niveau national et international ;
- b. d'apporter un soutien par la mise à disposition de personnel spécialisé, l'analyse au laboratoire des prélèvements (au niveau national ou par l'intermédiaire des centres collaborateurs) et une aide logistique (matériel, fournitures et transport) ;
- c. d'apporter, le cas échéant, une aide sur place pour compléter les enquêtes locales ;
- d. d'assurer un lien opérationnel direct avec les hauts responsables sanitaires et autres pour accélérer l'approbation et la mise en œuvre des mesures d'endiguement et de lutte ;
- e. d'assurer une liaison directe avec d'autres ministères compétents ;
- f. d'assurer, par les moyens de communication les plus efficaces existants, le lien avec les hôpitaux, les dispensaires, les aéroports, les ports, les postes-frontières, les laboratoires et d'autres zones opérationnelles clefs, pour diffuser, sur le territoire de l'Etat Partie et sur celui d'autres Etats Parties, les informations et les recommandations émanant de l'OMS au sujet des événements survenus ;
- g. d'établir, d'appliquer et de maintenir un plan national d'action de santé publique d'urgence, qui prévoit notamment la création d'équipes multidisciplinaires/multisectorielles pour réagir aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale ; et
- h. d'assurer les mesures qui précèdent 24 heures sur 24.

B. Principales capacités requises des aéroports, ports et postes-frontières désignés

1. En permanence

La capacité :

- a. d'assurer l'accès à un service médical approprié, y compris à des moyens diagnostiques situés de façon à permettre l'examen et la prise en charge rapides des voyageurs malades ; et
- b. de mettre à disposition des personnels, du matériel et des locaux adéquats ;

- c. de mettre à disposition le matériel voulu et le personnel approprié pour permettre le transport des voyageurs malades vers un service médical approprié ;
- d. de fournir les services d'un personnel qualifié pour l'inspection des moyens de transport ;
- e. d'assurer l'hygiène des services utilisés par les voyageurs au point d'entrée, y compris l'approvisionnement en eau potable, les établissements de restauration, les services de restauration à bord et les toilettes publiques, ainsi que celle des services d'évacuation des déchets solides et liquides et des autres zones potentiellement à risque, en conduisant, au besoin, des programmes d'inspection ; et
- f. de mettre en place dans la mesure où cela est possible dans la pratique un programme conduit par du personnel qualifié pour lutter contre les vecteurs et les réservoirs aux points d'entrée et à proximité de ceux-ci.

2. Pour faire face aux événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale

La capacité :

- a) d'organiser une action appropriée en établissant et en maintenant un plan d'intervention pour les urgences de santé publique, y compris la désignation d'un coordonnateur et de responsables pour les points d'entrée et les organismes et services de santé publique et autres qui sont concernés ;
- b) d'assurer l'examen et la prise en charge des voyageurs ou des animaux affectés en passant des accords avec les services médicaux et vétérinaires locaux pour permettre leur isolement et leur traitement et fournir les autres services d'appui éventuellement nécessaires ;
- c) de prévoir un espace approprié, séparé des autres voyageurs, pour les entretiens avec les personnes suspectes ou affectées ;
- d) d'assurer l'examen et, si nécessaire, la mise en quarantaine des voyageurs suspects, de préférence dans des installations éloignées du point d'entrée ;
- e) d'appliquer les mesures recommandées pour désinsectiser, dératiser, désinfecter, décontaminer ou traiter d'une autre façon les bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises et colis postaux, y compris, si nécessaire, dans des lieux spécialement affectés et équipés à cette fin ;
- f) de soumettre les voyageurs à l'arrivée et au départ à des contrôles d'entrée et de sortie ; et
- g) d'assurer l'accès à des équipements spéciaux et à du personnel qualifié convenablement protégé, pour permettre le transfert des voyageurs pouvant être porteurs d'une source d'infection ou de contamination.

ANNEXE 3 : RÈGLEMENT SANITAIRE INTERNATIONAL (RSI)

Titre II – Information et action de sante publique

Article 5 : Surveillance

1. Chaque Etat Partie acquiert, renforce et maintient, dès que possible mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité de détecter, d'évaluer, de notifier et de déclarer des événements en application du présent Règlement, comme indiqué à l'annexe 1.
2. A la suite de l'évaluation visée au paragraphe 2 de la partie A de l'annexe 1, un Etat Partie peut rendre compte à l'OMS en invoquant un besoin justifié et un plan d'action et, ce faisant, obtenir un délai supplémentaire de deux ans pour remplir l'obligation qui lui incombe aux termes du paragraphe 1 du présent article. Dans des circonstances exceptionnelles et en faisant valoir un nouveau plan d'action, l'Etat Partie peut demander que le délai soit encore prolongé de deux ans au maximum au Directeur général, qui se prononce en tenant compte de l'avis technique du Comité établi en vertu de l'article 50 (ci-après dénommé le « Comité d'examen »). Après la période prévue au paragraphe 1 du présent article, l'Etat Partie qui a obtenu un délai supplémentaire rend compte tous les ans à l'OMS des progrès accomplis dans la mise en œuvre complète.
3. L'OMS aide les Etats Parties, à leur demande, à acquérir, renforcer et maintenir les capacités visées au paragraphe 1 du présent article.
4. L'OMS recueille des informations sur les événements dans le cadre de ses activités de surveillance, et elle évalue le risque de propagation internationale de maladies qu'ils comportent et les entraves au trafic international qu'ils peuvent créer. Les informations reçues par l'OMS en vertu du présent paragraphe sont traitées conformément aux dispositions des articles 11 et 45 le cas échéant.

Article 6 : Notification

1. Chaque Etat Partie évalue les événements qui surviennent sur son territoire au moyen de l'instrument de décision présenté à l'annexe 2. Chaque Etat Partie notifie à l'OMS, par les moyens de communication les plus efficaces dont il dispose, par l'intermédiaire du point focal national RSI et dans les 24 heures suivant l'évaluation des informations de santé publique, tout événement survenu sur son territoire pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale au regard de l'instrument de décision, ainsi que toute mesure sanitaire prise pour faire face à ces événements. Si la notification reçue par l'OMS touche à la compétence de l'Agence internationale de l'Energie atomique (AIEA), l'OMS en informe immédiatement l'AIEA.
2. Après une notification, l'Etat Partie continue de communiquer en temps voulu à l'OMS les informations de santé publique exactes et suffisamment détaillées dont il dispose, si possible y compris la définition des cas, les résultats de laboratoire, la source et le type de risque, le nombre des cas et des décès, les facteurs influant sur la propagation de la

maladie et les mesures sanitaires utilisées ; et indique, si nécessaire, les difficultés rencontrées et l'aide dont il a besoin pour faire face à l'éventuelle urgence de santé publique de portée internationale.

Article 7 : Communication d'informations en cas d'événements inattendus ou inhabituels

Si un Etat Partie dispose d'éléments indiquant la survenue d'un événement inattendu ou inhabituel sur Son territoire, quelle qu'en soit l'origine ou la source, qui peut constituer une urgence de santé publique de portée internationale, il fournit à l'OMS toutes informations de santé publique pertinentes. Dans ce cas, les dispositions de l'article 6 s'appliquent intégralement.

Article 8 : Consultation

Dans le cas où se produisent sur son territoire des événements n'exigeant pas la notification prévue à l'article 6, en particulier des événements pour lesquels il ne dispose pas de suffisamment d'informations pour utiliser l'instrument de décision, un Etat Partie peut néanmoins en tenir l'OMS informée par l'intermédiaire de son point focal national RSI, et consulter l'OMS à propos des mesures sanitaires à prendre. Ces communications sont régies par les dispositions des paragraphes 2 à 4 de l'article 11. L'Etat Partie sur le territoire duquel s'est produit l'événement peut demander à l'OMS de l'aider à vérifier les informations épidémiologiques qu'il a pu obtenir.

Article 9 : Autres rapports

1. L'OMS peut tenir compte de rapports émanant de sources autres que les notifications ou les consultations et évalue ces rapports conformément aux principes épidémiologiques établis ; elle communique ensuite des informations sur l'événement en question à l'Etat Partie sur le territoire duquel cet événement est censé se produire. Avant de prendre quelque mesure que ce soit sur la base de ces rapports, l'OMS consulte l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement est censé se produire et s'efforce de vérifier ces informations auprès de lui conformément aux procédures de vérification définies à l'article 10. A cette fin, l'OMS met les informations reçues à la disposition des Etats Parties, sachant que, seulement dans les cas où cela est dûment justifié, l'OMS peut préserver le caractère confidentiel de la source. Ces informations sont utilisées conformément à la procédure prévue à l'article 11.
2. Les Etats Parties, dans la mesure du possible, informent l'OMS dans les 24 heures suivant la réception de données établissant l'existence, en dehors de leur territoire, d'un risque identifié pour la santé publique pouvant être à l'origine de la propagation internationale de maladies, attesté par l'exportation ou l'importation :
 - a) de cas humains ;
 - b) de vecteurs d'infection ou de contamination ; ou
 - c) de marchandises contaminées.

Article 10 : Vérification

1. L'OMS, en application de l'article 9, demande à l'Etat Partie de vérifier les rapports provenant d'autres sources que les notifications ou consultations, selon lesquels des événements pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale se produiraient sur son territoire.
En pareil cas, l'OMS informe l'Etat Partie concerné au sujet des rapports qu'elle cherche à vérifier.
2. Conformément aux dispositions du paragraphe qui précède et de l'article 9, chaque Etat Partie, à la demande de l'OMS, procède aux vérifications voulues et :
 - a) fournit dans les 24 heures une première réponse ou un accusé de réception de la demande de l'OMS ;
 - b) fournit dans les 24 heures les informations de santé publique disponibles sur les événements visés dans la demande de l'OMS ; et
 - c) communique des informations à l'OMS dans le contexte de l'évaluation effectuée au titre de l'article 6, notamment les informations décrites dans cet article.
3. Lorsque l'OMS est informée d'un événement pouvant constituer une urgence de santé publique de portée internationale, elle propose de collaborer avec l'Etat Partie concerné à l'évaluation du risque de propagation internationale de maladies, de l'entrave au trafic international qui pourrait être créée et de l'adéquation des mesures de lutte. Ces activités peuvent inclure une collaboration avec d'autres organisations de normalisation et l'offre de mobiliser une assistance internationale afin d'aider les autorités nationales à conduire et coordonner les évaluations sur place. A la demande de l'Etat Partie, l'OMS communique des informations à l'appui de cette offre.
4. Si l'Etat Partie n'accepte pas l'offre de collaboration, l'OMS peut, lorsque cela est justifié par l'ampleur du risque pour la santé publique, communiquer à d'autres Etats Parties les informations dont elle dispose, tout en exhortant l'Etat Partie à accepter l'offre de collaboration de l'OMS, en tenant compte des vues de l'Etat Partie concerné.

Article 11 : Communication d'informations par l'OMS

1. Sous réserve des dispositions du paragraphe 2 du présent article, l'OMS communique à tous les Etats Parties et, selon les besoins, aux organisations intergouvernementales compétentes, dès que possible et par les moyens disponibles les plus efficaces, de façon confidentielle, les informations de santé publique qu'elle a reçues conformément aux articles 5 à 10 et qui sont nécessaires pour permettre aux Etats Parties de faire face à un risque pour la santé publique. L'OMS devrait communiquer aux autres Etats Parties des informations susceptibles de les aider à prévenir la survenue d'incidents analogues.
2. L'OMS utilise les informations reçues en application des articles 6 et 8 et du paragraphe 2 de l'article 9 aux fins de vérification, d'évaluation et d'assistance dans le cadre du présent Règlement et, sauf s'il en est autrement convenu avec les Etats Parties visés dans ces dispositions, elle ne communique généralement pas ces informations à d'autres Etats Parties avant que :

- a. il soit déterminé que l'événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale au regard de l'article 12 ; ou
 - b. les informations attestant la propagation internationale de l'infection ou de la contamination aient été confirmées par l'OMS conformément aux principes épidémiologiques établis ; ou
 - c. il soit établi que : i) les mesures contre la propagation internationale n'ont guère de chances d'aboutir en raison de la nature de la contamination, de l'agent pathogène, du vecteur ou du réservoir ; ou que ii) l'Etat Partie n'a pas la capacité opérationnelle suffisante pour mettre en œuvre les mesures nécessaires pour prévenir une propagation plus étendue de la maladie ; ou
 - d. la nature et l'étendue du mouvement international des voyageurs, bagages, cargaisons, conteneurs, moyens de transport, marchandises ou colis postaux pouvant être affectés par l'infection ou la contamination nécessitent la mise en œuvre immédiate de mesures internationales de lutte.
3. L'OMS consulte l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement est survenu quant à son intention de fournir des informations au titre du présent article.
 4. Lorsqu'elle communique aux Etats Parties, conformément au présent Règlement, des informations qu'elle a reçues en application du paragraphe 2 du présent article, l'OMS peut également rendre ces informations publiques si d'autres informations concernant le même événement ont déjà été publiées et si la diffusion d'informations fiables et indépendantes s'impose.

Article 12 : Détermination de l'existence d'une urgence de santé publique de portée Internationale

1. Le Directeur général détermine, sur la base des informations qu'il reçoit, en particulier de l'Etat Partie sur le territoire duquel un événement se produit, si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale au regard des critères et de la procédure énoncés dans le présent Règlement.
2. Si le Directeur général considère, sur la base d'une évaluation en vertu du présent Règlement, qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, il consulte l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement se produit au sujet de cette conclusion préliminaire. Si le Directeur général et l'Etat Partie conviennent de cette conclusion, le Directeur général, suivant la procédure énoncée à l'article 49, sollicite les vues du Comité créé en application de l'article 48 (ci-après dénommé le « Comité d'urgence ») concernant les recommandations temporaires appropriées.
3. Si, suite à la consultation prévue au paragraphe 2 ci-dessus, le Directeur général et l'Etat Partie sur le territoire duquel l'événement se produit ne s'entendent pas dans les 48 heures sur la question de savoir si l'événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, une décision est prise conformément à la procédure énoncée à l'article 49.
4. Pour déterminer si un événement constitue une urgence de santé publique de portée internationale, le Directeur général tient compte :
 - a) des informations fournies par l'Etat Partie ;
 - b) de l'instrument de décision figurant à l'annexe 2 ;

- c) de l'avis du Comité d'urgence ;
 - d) des principes scientifiques, ainsi que des éléments de preuve scientifiques disponibles et autres informations pertinentes ; et
 - e) d'une évaluation du risque pour la santé humaine, du risque de propagation internationale de maladies et du risque d'entraves au trafic international.
5. Si le Directeur général, après consultation de l'Etat Partie sur le territoire duquel l'urgence de santé publique de portée internationale est survenue, considère que l'urgence de santé publique de portée internationale a pris fin, il prend une décision conformément à la procédure énoncée à l'article 49.

Article 13 : Action de santé publique

1. Chaque Etat Partie acquiert, renforce et maintient, dès que possible mais au plus tard dans les cinq ans suivant l'entrée en vigueur du présent Règlement à l'égard de cet Etat Partie, la capacité de réagir rapidement et efficacement en cas de risque pour la santé publique et d'urgence de santé publique de portée internationale, conformément à l'annexe 1. L'OMS publie, en consultation avec les Etats Membres, des principes directeurs pour aider les Etats Parties à acquérir les capacités d'action de santé publique.
2. A la suite de l'évaluation visée au paragraphe 2 de la partie A de l'annexe 1, un Etat Partie peut rendre compte à l'OMS en invoquant un besoin justifié et un plan d'action et, ce faisant, obtenir un délai supplémentaire de deux ans pour remplir l'obligation qui lui incombe aux termes du paragraphe 1 du présent article. Dans des circonstances exceptionnelles et en faisant valoir un nouveau plan d'action, l'Etat Partie peut demander que le délai soit encore prolongé de deux ans au maximum au Directeur général, qui prend la décision en tenant compte de l'avis technique du Comité d'examen. Après la période prévue au paragraphe 1 du présent article, l'Etat Partie qui a obtenu un délai supplémentaire rend compte tous les ans à l'OMS des progrès accomplis dans la mise en œuvre complète.
3. A la demande d'un Etat Partie, l'OMS collabore à l'action en cas de risque pour la santé publique et d'autres événements en fournissant des conseils et une assistance techniques et en évaluant l'efficacité des mesures de lutte mises en place, y compris, le cas échéant, en mobilisant des équipes internationales d'experts pour prêter assistance sur place.
4. Si l'OMS, en consultation avec les Etats Parties concernés conformément à l'article 12, établit qu'il existe une urgence de santé publique de portée internationale, elle peut offrir, outre le soutien indiqué au paragraphe 3 du présent article, une assistance supplémentaire à l'Etat Partie, et notamment une évaluation de la gravité du risque international et de l'adéquation des mesures de lutte. Elle peut, au titre de cette collaboration, offrir de mobiliser une assistance internationale afin d'aider les autorités nationales à conduire et coordonner les évaluations sur place. A la demande de l'Etat Partie, l'OMS communique des informations à l'appui de cette offre.
5. A la demande de l'OMS, les Etats Parties soutiennent, dans la mesure du possible, l'action coordonnée par l'OMS.

6. A leur demande, l'OMS offre de fournir des conseils et une assistance appropriés aux autres Etats Parties affectés ou menacés par l'urgence de santé publique de portée internationale.

Article 14 : Coopération de l'OMS avec des organisations intergouvernementales et des organismes Internationaux

1. L'OMS coopère et, le cas échéant, coordonne ses activités avec d'autres organisations intergouvernementales et organismes internationaux compétents pour la mise en œuvre du présent Règlement, notamment par des accords et arrangements similaires.
2. Au cas où la notification ou la vérification d'un événement, ou l'action mise en œuvre pour y faire face, relève principalement de la compétence d'autres organisations intergouvernementales ou organismes internationaux, l'OMS coordonne ses activités avec ces organisations ou organismes aux fins de l'application de mesures propres à protéger la santé publique.
3. Nonobstant ce qui précède, aucune disposition du présent Règlement n'empêche ni ne limite la fourniture par l'OMS de conseils, d'un soutien ou d'une assistance technique ou autre à des fins de santé publique.

SECTION 1 : Identifier les cas de maladies, affections prioritaires et autres évènements de santé publique

Cette section décrit comment :

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

1.0. Identifier les cas de maladies, affections prioritaires et autres évènements de santé publique

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

Par exemple :

- une personne tombe malade et consulte dans une formation sanitaire pour des symptômes évoquant une affection prioritaire ;
- un membre de la communauté signale à la formation sanitaire un cas suspect isolé, une série groupée de décès ou un événement inhabituel ;
- une pharmacie relève une forte augmentation des achats d'un médicament ou d'un traitement particulier ou une école fait état d'un nombre croissant d'absences dues à certains signes et symptômes comme la grippe ;
- au cours de recherches actives de cas supplémentaires pour une maladie particulière, le responsable de la surveillance découvre des cas non notifiés liés à d'autres maladies prioritaires. Par exemple, lorsqu'il examine un registre clinique à la recherche de cas de paralysie flasque aiguë, il sera également attentif aux cas suspects causés par d'autres maladies évitables par la vaccination (la rougeole, le tétanos maternel et néonatal, la méningite...), le choléra ou des maladies non transmissibles telles que l'hypertension artérielle et le diabète sucré ;
- une radio, une télévision ou des journaux signalent des événements sanitaires inhabituels et inexplicables dans la région ou l'augmentation du nombre de personnes ayant contracté une maladie connue à potentiel épidémique telle que la méningite ou les maladies diarrhéiques ;
- une formation sanitaire notifie une série groupée de décès ou la recrudescence inhabituelle d'une maladie sans que pour autant le seuil d'intervention de la formation sanitaire ne soit atteint. Après avoir additionné et analysé les cas au niveau du district en incluant les notifications d'autres formations sanitaires, on détecte une flambée épidémique. Si par exemple une formation sanitaire signale le décès d'un adulte atteint de dysenterie, le problème apparaît alors limité à cette aire sanitaire. Si plusieurs formations sanitaires font état d'un événement similaire, l'ensemble du district peut être affecté et des mesures doivent être prises ;
- une administration locale attire l'attention sur des événements inhabituels. Certains registres d'Etat civil révèlent une augmentation des décès.

1.1. Utiliser les définitions de cas standardisées

Une définition de cas standardisée s'appuie sur un ensemble de critères admis permettant de décider si une personne est atteinte d'une maladie ou d'une affection particulière. Les définitions de cas prennent en compte les critères cliniques et les limitations liées au temps, à l'espace et à la personne. L'utilisation des définitions de cas standardisées donne la garantie que chaque cas est diagnostiqué de la même façon, indépendamment du lieu, du moment où il est survenu, ou de la personne qui l'a identifié.

Il est ainsi possible de comparer le nombre de cas de maladie ou d'affection survenus dans un endroit donné ou à un moment donné, avec le nombre de cas apparus en un autre lieu ou à un autre moment.

- *Définition de cas clinique –*

Le personnel de santé (médecins, infirmiers/ères ...) voit un patient présentant certains signes ou symptômes. Une définition de cas clinique fournit les critères permettant d'identifier le traitement approprié et susceptible de sauver la vie du patient. Un examen de laboratoire pourrait être demandé pour confirmer le diagnostic.

- *Définition de cas pour la surveillance -*

Une définition de cas destinée à la surveillance permet de détecter tous les cas d'une maladie ou affection dans une population donnée. Cependant, cette définition doit permettre d'exclure autant que possible des affections similaires.

L'utilisation de définitions de cas standardisées est également indispensable à la mise en place du RSI (2005). C'est pourquoi il est important que les personnels de santé, surtout au niveau du district, connaissent les définitions de cas standardisées des maladies ou événements susceptibles d'affecter non seulement la population locale, mais aussi de se propager au-delà des frontières géographiques. Le processus de notification à l'OMS des événements, dans le cadre du RSI, nécessite l'utilisation de "l'instrument de décision" en s'appuyant sur les définitions de cas standardisées de la SIMR, la confirmation, l'analyse de données et l'interprétation des résultats. L'instrument de décision du RSI figure en Annexe 2B, Section 2.

1.1.1. Diffuser les définitions de cas standardisées dans les formations sanitaires

Il est important que le personnel des formations sanitaires sache utiliser les définitions de cas standardisées spécifiées dans la politique nationale pour la notification des maladies, affections prioritaires et autres événements de santé publique.

Les définitions de cas standardisées des maladies sous surveillance peuvent être diffusées sous forme de posters ou de brochures de poche. Ces outils renforcent l'utilisation des

définitions de cas standardisées pour détecter et notifier les maladies et affections prioritaires, et les événements représentant un risque pour la santé publique.

A l'Annexe 1A figurant à la fin de cette section sont présentées des définitions de cas pour les maladies prioritaires dans un système de surveillance intégrée.

Des informations complémentaires sur les définitions de cas se trouvent dans les recommandations spécifiques aux maladies figurant dans la Section 8 du présent guide.

1.1.2. Diffuser dans la communauté les définitions de cas simplifiées

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

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

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

Une liste de définitions de cas simplifiées applicables à la surveillance communautaire figure en Annexe 1B de cette section.

1.2. Actualiser les procédures de surveillance et de riposte au niveau du district

Dans chaque district sanitaire, il faut utiliser les résultats des évaluations nationales pour planifier des activités pertinentes basées sur les priorités. Chaque année, il faut faire le bilan des activités de surveillance et réactualiser les plans d'action en fonction des priorités.

1.2.1. Mettre à jour la description de la zone de couverture

Procéder, au moins une fois par an, à la mise à jour des informations concernant la zone géographique desservie et y inclure les résultats de l'évaluation des risques. La cartographie des risques permet d'identifier et de présenter des risques particuliers pour la santé et le bien-être de la communauté. On utilise ces informations pour définir les mesures à prendre afin de diminuer ces risques et éviter les maladies et décès associés. Exemples de risques potentiels : sources d'eau contaminées, manque de moyens de transfert rapide vers un établissement de recours, risques professionnels par défaut de mesures de sécurité.

Pour mettre à jour la description de la zone desservie, s'assurer que l'on dispose d'informations actualisées concernant :

- la taille des principales populations cibles dans le district : enfants de 0 à 11 mois, enfants de moins de 5 ans, femmes en âge de reproduction, femmes enceintes, population âgée de 1 à 30 ans, personnes âgées, personnes vivant dans des camps de réfugiés, personnes vivant dans les sites aurifères, les populations carcérales, les adolescents et jeunes etc. ;
- les 5 à 10 problèmes actuels majeurs de santé publique traités dans le district ou dans les structures de soins ;
- les principales interventions de santé publique dans le district, notamment : activités de vaccination menées par des organisations publiques, privées et non gouvernementales (ONG), projets d'assainissement ; centres de planning familial, centres de distribution de nourriture pour enfants sous-alimentés, campagnes d'information sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles, etc.

La rencontre des Infirmiers chef de poste (ICP) et Equipe cadre de district (ECD), le Conseil de santé de district (CSD), le Conseil de direction (CODI) et le Comité technique régional de santé (CTRS) sont des opportunités pour discuter des activités de surveillance et de riposte relatives aux affections et événements prioritaires. Cela pourrait se faire sur une périodicité mensuelle ou trimestrielle. A cette occasion, une retro information pourra être donnée, notamment les données de surveillance de leurs structures.

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

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

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

Profiter des réunions de district avec les formations sanitaires et autres sites de notification, pour diffuser les mises à jour des formulaires et des procédures de notification, d'investigation et de riposte aux événements sanitaires.

1.3. Renforcer la capacité des laboratoires pour la surveillance et la riposte

Nombreuses sont les maladies qui se manifestent de la même façon. par exemple, un enfant qui a de la fièvre et présente une éruption cutanée sur tout le corps peut être diagnostiqué

comme cas de rougeole alors que d'autres maladies peuvent présenter les mêmes manifestations.

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

- diagnostiquer précisément la maladie chez un patient ; et
- vérifier l'origine (ou l'étiologie) d'une épidémie suspectée.

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

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

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

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

- le test diagnostique permettant de confirmer la maladie ou affection ;
- l'échantillon à prélever ;
- à quel moment le prélever ;
- comment le traiter, le conserver et le transporter ;
- le délai d'obtention des résultats ;
- les sources d'information complémentaire.

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

1.3.1. Désigner les laboratoires qui feront partie du réseau

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

Au niveau de l'formation sanitaire du district, l'accent sera mis sur le prélèvement, la manipulation, le transport et le traitement sécurisés des échantillons. Les responsables de la surveillance locale et de laboratoire doivent établir ou renforcer la communication régulière

avec les laboratoires identifiés qui reçoivent des prélèvements de l'formation sanitaire ou du district sanitaire. Ce contact régulier vise à améliorer les procédures entre les formations sanitaires du district qui envoient des échantillons, et les laboratoires qui les reçoivent. Il convient de s'assurer de la clarté et de la fiabilité des procédures, à la fois pour le prélèvement et l'expédition des échantillons, la confirmation des cas de maladie ou affection, et la notification des résultats.

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

1.3.2. Identifier les laboratoires dans le réseau

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

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

Le responsable des laboratoires du district doit s'assurer que les procédures de confirmation en laboratoire établies au plan national sont connues et respectées au niveau de son district. Il doit alors :

- assurer le pré-positionnement du matériel de prélèvement et de transport des échantillons (disponibilité immédiate) au niveau du laboratoire de district. Les tests diagnostics rapides ou les tests sérologiques permettant de détecter les maladies prioritaires et les risques (chimiques, par exemple) doivent être disponibles pour pouvoir être utilisés en temps voulu ;
- aider la formation sanitaire à prélever l'échantillon adéquat pour confirmer le cas présumé ;
- assurer, au besoin, la coordination avec le laboratoire pour identifier l'échantillon adéquat à prélever et les procédures ou difficultés particulières ;
- prélever et emballer correctement l'échantillon ou aider la formation sanitaire à le faire ;
- assurer la sécurité et la fiabilité du transport de l'échantillon entre la formation sanitaire et le laboratoire désigné ;
- recevoir les résultats des analyses de laboratoire et les transmettre rapidement à la formation sanitaire et aux instances nationales ;

- transmettre également les résultats au médecin traitant du patient ;
- prendre des mesures avec la formation sanitaire, selon les résultats de laboratoire.

1.3.4. Assurer un contrôle de qualité du laboratoire

Etablir une coordination avec les autorités de laboratoire aux niveaux national, régional et du district pour mettre en place des activités garantissant la qualité des résultats fournis (formation, supervision...). Le contrôle et l'assurance de qualité du laboratoire sont essentiels pour une fiabilité des résultats obtenus.

ANNEXES À LA SECTION 1

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

ANNEXE 1A : DEFINITIONS DE CAS STANDARDISEES POUR LA NOTIFICATION DES CAS DE MALADIES, AFFECTIONS PRIORITAIRES ET AUTRES EVENEMENTS DE SANTE PUBLIQUE

L'OMS-AFRO conseille aux formations sanitaires d'utiliser les définitions de cas standardisées pour notifier au district les cas de maladies, affections prioritaires et autres événements de santé publique. Pour plus d'information, voir les directives spécifiques aux maladies.

Liste révisée des maladies, des affections prioritaires et autres événements de santé publique	
Maladies à potentiel épidémique, affections et événements recommandés par le RSI	
Maladies /affections	Définitions de cas
Charbon	<p>Cas suspect : Toute personne manifestant brutalement les symptômes d'une des formes cliniques de la maladie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forme cutanée : Toute personne présentant une lésion cutanée évoluant sur une période de 1 à 6 jours, passant d'une papule à une vésicule, puis se transformant en escarre noirâtre, systématiquement accompagnée d'un œdème plus ou moins étendu. - Forme gastro-intestinale : Toute personne souffrant de troubles abdominaux caractérisés par des nausées, des vomissements, une anorexie, et suivis de fièvre - Forme respiratoire (inhalation): Toute personne présentant un bref prodrome évoquant une maladie respiratoire virale aiguë, suivi de l'apparition rapide d'hypoxie, de dyspnée et d'une forte fièvre, avec un élargissement du médiastin visible à la radiographie. - Forme méningée : Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale, pouvant être accompagnée de convulsions, d'une perte de conscience, de signes et symptômes méningés ; fréquemment observée dans les infections systémiques, mais qui peut ne manifester aucun autre symptôme clinique du charbon. ET ayant un lien épidémiologique avec des cas présumés ou confirmés chez l'animal ou avec des produits contaminés d'origine animale. <p>Cas confirmé : Cas cliniquement compatible avec les formes cutanée, respiratoire et gastro-intestinale, confirmé en laboratoire par :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Isolement de <i>Bacillus anthracis</i> à partir d'un prélèvement de tissu ou du site affectés ; <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mise en évidence d'une infection à <i>Bacillus anthracis</i> à l'aide d'au moins deux tests diagnostics. <p>Remarque : <i>Il n'est pas toujours possible de mettre en évidence la présence de Bacillus anthracis dans des prélèvements cliniques, lorsque le malade a été traité avec des agents antimicrobiens.</i></p>
Choléra	<p>Cas suspect : Toute personne âgé de plus de 5 ans présentant une déshydratation grave ou décès de suite d'une diarrhée aqueuse aiguë S'il y a une épidémie de choléra, on suspectera un cas chez tout individu âgé de plus de 5 ans présentant une diarrhée aqueuse aiguë, avec ou sans vomissement.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect chez lequel on a isolé <i>Vibrio cholerae</i> O1 ou O139 dans les selles.</p>
Shigellose	<p>Cas suspect : Toute personne souffrant de diarrhée fébrile avec présence de sang visible dans les selles</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect avec coproculture positive pour <i>Shigella dysenteriae</i> type 1.</p>

<p>Fièvre jaune</p>	<p>Cas suspect : fièvre d'apparition brusque, avec ictère apparaissant dans les 14 jours du début des symptômes</p> <p>Cas probable : Cas suspect ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positif à la recherche d'anticorps spécifique IgM, chez un sujet non vacciné dans les 30 jours ou - Histopathologie du foie positive, ou - Lien épidémiologique avec un cas confirmé <p>Cas confirmé : Cas probable ET</p> <ul style="list-style-type: none"> - Positif à la recherche d'anticorps spécifique IgM et IgM négatif aux autres flavivirus, ou - Augmentation du titre IgM ou IgG par 4, ou - Détection d'anticorps neutralisants spécifiques chez un sujet non vacciné dans les 30 jours précédant le début de la maladie <p>Ou Un des éléments suivants</p> <ul style="list-style-type: none"> - Antigène de la fièvre jaune détecté par des dosages immunologiques, ou - Génome du virus détecté par la PCR, - Isolement du virus amaril chez un sujet non vacciné dans les 14 jours précédant le début de la maladie
<p>Fièvre typhoïde</p>	<p>Cas suspect : Apparition progressive d'une fièvre persistante s'intensifiant, accompagnée de frissons, de malaises, de céphalées, de maux de gorge, de toux, et parfois, de douleurs abdominales et de constipation ou de diarrhée.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par isolement de <i>Salmonella typhi</i> dans le sang, la moelle osseuse, les fluides intestinaux ou les selles.</p>
<p>Grippe humaine due à un nouveau sous-type</p>	<p>H5N1 Cas suspect H5N1 : Toute personne présentant un syndrome respiratoire aigu bas inexplicé, avec fièvre ($T^{\circ} > 38^{\circ}C$), toux ou difficulté respiratoire.</p> <p>ET une ou plusieurs des expositions suivantes dans les 7 jours précédant le début des symptômes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - contact proche (à moins d'1 mètre, par exemple : en soignant, en parlant ou en touchant) avec un cas H5N1 présumé, probable ou confirmé ; - exposition à des volailles, à des oiseaux sauvages ou à leurs restes (ex : manipulation, abattage, plumage, dépeçage, préparation pour la consommation) ou à des environnements souillés par leurs déjections, dans un secteur où des infections H5N1 ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois, chez des animaux ou des hommes : <ul style="list-style-type: none"> - consommation de produits de volaille crus ou pas assez cuits dans un secteur où des infections H5N1 ont été suspectées ou confirmées au cours du dernier mois, chez des animaux ou des hommes ; - contact proche avec un animal contaminé par H5N1 autre que des volailles ou des oiseaux sauvages ; - manipulation dans un laboratoire ou tout autre endroit d'échantillons (animaux ou humains) présumés contenir le virus H5N1. <p>Cas confirmé H5N1 : Toute personne remplissant les critères d'un cas suspect ET présentant des résultats d'analyse positifs obtenus par un laboratoire dont les résultats des tests H5N1 sont acceptés par l'OMS pour confirmation.</p>

	<p>H1N1</p> <p>Cas suspect de H1N1 Infection présumée par le virus pandémique H1N1 : Toute personne présentant les symptômes d'une grippe (forte fièvre d'apparition brutale > 38 °C, toux et maux de gorge, sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie), ayant des antécédents d'exposition au virus pandémique (H1N1) 2009.</p> <p>Cas confirmé de H1N1 Infection confirmée par la présence du virus pandémique (H1N1) 2009 : Toute personne présentant une infection à virus pandémique H1N1 confirmée en laboratoire par au moins un des tests suivants : PCR ; culture virale ; multiplication par 4 du titre d'anticorps neutralisant dirigés contre le virus pandémique H1N1.</p>
Grippe saisonnière	<p>Cas suspect : Toute personne, enfant ou adulte, présentant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Un brusque accès de fièvre > 38 °C ET <input type="checkbox"/> Toux ou maux de gorge, sans qu'aucun autre diagnostic ne permette d'expliquer la maladie. <p>Cas confirmé: Cas répondant à la définition du cas clinique et confirmé en laboratoire (les analyses de laboratoire doivent montrer la présence du virus de la grippe).</p>
Méningite	<p>Cas suspect :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tout enfant de plus de 30 mois ou toute personne adulte avec apparition brutale d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ avec un des signes suivants: raideur de la nuque, trouble neurologique ou tout autre signe méningé. • Tout nourrisson avec apparition brutale d'une fièvre $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ avec un des signes suivants: raideur de la nuque ou nuque molle, bombement de la fontanelle, plafonnement du regard, convulsion ou tout autre signe méningé. <p>Cas probable de méningite Tout cas suspect chez qui la ponction lombaire (PL) ramène un liquide céphalorachidien (LCR) d'aspect macroscopique louche, trouble, purulent ou xanthochromique ou avec la présence de diplocoques Gram à négatif, diplocoques à Gram positif, bacilles à Gram négatif à l'examen microscopique, ou si le compte de leucocytes est supérieur à 10 cellules/mm³.</p> <p>Cas confirmé de méningite Tout cas suspect ou probable chez qui l'agent causal (<i>N. meningitidis</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Haemophilus influenzae b...</i>) a été mis en évidence à partir du LCR par culture ou par polymérase chain reaction (PCR) ou par la détection de l'antigène spécifique dans le LCR (latex).</p>
Syndrome Respiratoire Aigu (SRAS) Sévère	<p>Cas suspect de SRAS : Toute personne présentant :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Un antécédent de poussée fébrile, ou une fièvre documentée $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ET 2. Au moins un symptôme d'affection des voies respiratoires inférieures (toux, difficulté à respirer, souffle court). ET 3. Présence à la radiographie thoracique d'infiltrations pulmonaires compatibles avec une pneumonie ou un syndrome de détresse respiratoire aigu (SDRA) ou résultats d'autopsie compatibles avec une pneumonie ou un SDRA sans cause identifiable. ET 4. Aucun autre diagnostic ne permet d'expliquer totalement la maladie. <p>Cas confirmé de SRAS : Personne ayant des résultats positifs pour l'infection à coronavirus (SARS-CoV) avec les tests recommandés par l'OMS.</p>
Variole	<p>Cas suspect : Apparition brutale d'une fièvre > 38,3 C suivie d'une éruption caractérisée par des vésicules ou des pustules dures, au même stade de développement (c'est-à-dire qui sont toutes des vésicules ou des pustules), sans autre cause apparente.</p> <p>Cas probable : Cas remplissant la définition de cas clinique, non confirmé en laboratoire, mais ayant un</p>

	lien épidémiologique avec un cas probable ou confirmé. Cas confirmé : Cas cliniquement compatible, confirmé en laboratoire.
Dengue	Cas suspect : Toute personne présentant une maladie fébrile aiguë d'une durée comprise entre 2 et 7 jours, s'accompagnant d'au moins 2 des symptômes suivants : céphalées, douleur rétro-orbitale, myalgie, arthralgie, éruption cutanée, manifestations hémorragiques, leucopénie. Cas confirmé : Cas confirmé par le laboratoire (sérologie positive des IgM, augmentation des titres d'IgG, détection du virus par PCR ou isolement).
Peste	Cas suspect : Toute personne présentant une forte fièvre d'apparition brutale, accompagnée de frissons, céphalées, malaise important, prostration et gonflement très douloureux des ganglions lymphatiques, ou toux avec crachats teintés de sang, douleurs thoraciques, et difficulté à respirer. Cas confirmé : Cas confirmé par l'isolement de <i>Yersinia pestis</i> à partir de sang, du liquide de ponction ganglionnaire (aspiration de bubon), ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.
Maladies à éradiquer	
Dracunculose	Cas suspect : Toute personne présentant une lésion cutanée accompagnée de démangeaisons ou de phlyctène, résidant dans une région d'endémie pour le ver de Guinée. Cas confirmé : Sujet présentant une ou plusieurs lésions cutanées avec émergence d'un ou plusieurs vers de Guinée.
Poliomyélite	Cas suspect : Tout enfant de moins de 15 ans présentant une paralysie flasque aiguë ou toute personne souffrant de paralysie, quelque soit son âge, chez laquelle le clinicien soupçonne une poliomyélite. Cas confirmé : Cas suspect confirmé par l'isolement du virus dans les selles.
Maladies à éliminer	
Filariose lymphatique	Cas suspect : Personne présentant des signes cliniques d'hydrocèle ou de lymphoedème, et résidant dans une zone d'endémie, après exclusion de toute autre cause. Cas confirmé : Personne avec un diagnostic de laboratoire positif : microfilarémie sur un frottis sanguin, antigènes filaires ou échographie positive.
Lèpre	Cas suspect : Personne présentant au moins l'un des trois signes essentiels de la lèpre : une lésion cutanée hypochromique ou rougeâtre, une perte ou diminution de la sensibilité cutanée, un épaissement du nerf périphérique. Cas confirmé : Personne présentant au moins un des signes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - perte nette de sensibilité sur une lésion cutanée hypochromique ou rougeâtre, - ou un gros nerf (hypertrophique) avec perte de sensibilité et /ou faiblesse des muscles innervés par ce nerf , - présence de BAAR dans un frottis prélevé sur une lésion suspecte.
Rougeole	Cas suspect : Toute personne présentant de la fièvre, une éruption généralisée maculopapulaire (non vésiculaire) et de la toux ou un rhume ou une conjonctivite (yeux rouges), ou toute personne chez laquelle le clinicien soupçonne une rougeole. Cas confirmé : Cas suspect confirmé en laboratoire (sérologie positive des IgM) ou ayant un lien épidémiologique avec des cas confirmés ou une flambée épidémique.

Tétanos néonatal	<p>Cas suspect: Tout nouveau-né capable de pleurer et de prendre le sein normalement pendant les 2 premiers jours de sa vie, et qui, entre le 3^{ème} et 28^{ème} jour, ne peut plus téter normalement, devient raide et/ou a des convulsions.</p> <p>Cas confirmé : Aucune confirmation en laboratoire n'est nécessaire.</p>
Trachome	<p>Cas suspect: Tout patient ayant les yeux rouges et se plaignant de douleurs et de démangeaisons oculaires évoluant depuis plus de deux semaines.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect chez qui l'examen de la conjonctive tarsale confirme un des stades de l'infection par <i>Chlamydia trachomatis</i> d'après le Système OMS de Codage simplifié du Trachome</p>
Maladies d'importance en santé publique	
Diarrhée avec déshydratation chez les enfants de moins de 5 ans	<p>Diarrhée Emission d'au moins 3 selles molles ou liquides au cours des dernières 24 heures, avec ou sans déshydratation.</p> <p>Diarrhée avec déshydratation légère: Tout enfant de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et présentant au moins deux des signes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - agité ou irritable ; - yeux enfoncés/creux ; - soif intense ; - rétraction lente de la peau après pincement. <p>Diarrhée avec déshydratation grave: Tout enfant âgé de moins de 5 ans souffrant de diarrhée et présentant au moins deux des signes suivants:</p> <ul style="list-style-type: none"> - léthargique ou inconscient ; - yeux enfoncés/creux ; - ne peut pas boire ou boit péniblement ; - après pincement, le pli cutané revient très lentement.
Pneumonie grave chez les enfants de moins de 5 ans	<p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie : Enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Fréquence respiratoire \geq 50/minute chez l'enfant de 2 mois à 1an ; <input type="checkbox"/> Fréquence respiratoire \geq 40/minute chez l'enfant de 1 à 5 ans. <p>Remarque: Dans le cadre de la PCIME, un nourrisson de 0 à 2 mois présentant une toux et une respiration rapide est classé comme un cas de "grave infection bactérienne" et orienté sur un examen plus poussé.</p> <p>Définition (PCIME) du cas clinique de pneumonie grave : Un enfant présentant une toux ou des difficultés à respirer et tout signe général de danger, ou un tirage sous-costal ou stridor chez l'enfant au repos.</p> <p>Signes généraux de danger chez les enfants de 2 mois à 5 ans : incapacité à boire ou à prendre le sein, vomissements persistants, convulsions, léthargie ou perte de connaissance.</p> <p>Cas confirmé : La confirmation d'une pneumonie par radiographie ou en laboratoire n'est pas toujours possible dans la plupart des districts.</p>
VIH/SIDA	<p>Cas suspect Toute personne présentant une manifestation ou une pathologie figurant dans la classification clinique VIH de l'OMS</p> <p>Cas confirmé Cas suspect dont le diagnostic sérologique et/ou virologique est positif confirmant l'infection VIH</p>
	<ul style="list-style-type: none"> - Paludisme simple : une fièvre : température axillaire supérieure ou égale à 37,5°C ou antécédent de corps chaud dans les 72 dernières heures et la mise en évidence du

<p>Paludisme</p>	<p>plasmodium dans le sang par un examen microscopique (goutte épaisse/frottis sanguin) ou par un test de diagnostic rapide (TDR).</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paludisme grave : Il se définit comme étant un cas de paludisme à <i>Plasmodium falciparum</i> avec au moins un (01) des signes suivants: <p>Signes cliniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Troubles de la conscience ou léthargie ; ➤ Convulsions répétées ; ➤ Pâleur sévère (anémie grave) ; ➤ Prostration (<i>incapable de boire, manger et s'asseoir</i>) ; ➤ Détresse respiratoire (respiration profonde, rapide,...) ; ➤ Œdème Aigu du Poumon (OAP) ; ➤ Choc ou Collapsus cardio-vasculaire (<i>hypotension, pouls rapide, extrémités froides,...</i>) ; ➤ Hémoglobinurie (Urines foncées ou coca cola) ; ➤ Ictère franc ; ➤ Hémorragie spontanée ; ➤ Oligo-anurie (urines rares voire absentes) : diurèse < 400 ml/24 heures chez l'adulte et < 12 ml/kg/24 heures chez l'enfant. <p>Signes biologiques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Hypoglycémie (< 2,2 mmol/L) ; ➤ Hyperlactatémie (> 5 mmol/L) ; ➤ Insuffisance rénale (créatinémie : > 265µmol/L chez l'adulte, > à la valeur normale pour l'âge chez l'enfant) ; ➤ Hyperparasitémie (> 4% chez les sujets non immuns et >20% chez les sujets immuns) ; ➤ Anémie grave (taux d'hémoglobine < 5g/dl ou taux d'hématocrite <15%) ; ➤ Acidose métabolique (pH <7,25 mmol/L ou bicarbonates <15 mmol/L...).
<p>Onchocercose</p>	<p>Cas suspect : Dans une zone d'endémie, toute personne présentant des nodules fibreux dans les tissus sous-cutanés.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé au laboratoire par la présence d'au moins un microfilaire dans des biopsies cutanées, de vers adultes dans les nodules excisés, ou par des manifestations oculaires caractéristiques (observation sous lampe à fente de microfilaires dans la cornée, la chambre antérieure de l'œil ou l'humeur vitrée).</p>
<p>Infections sexuellement transmissibles (IST)</p>	<p>Les infections humaines des appareils génito-urinaires et de reproduction se transmettent par contact sexuel (infections sexuellement transmissibles, IST). <i>Neisseria gonorrhoea</i> (gonocoque) et <i>Chlamydia trachomatis</i> sont les pathogènes les plus courants responsables d'écoulement urétral chez l'homme.</p> <p>Définitions de cas standardisées</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'écoulement urétral chez l'homme : il se manifeste par une sécrétion anormale provenant de l'urètre accompagné ou non de démangeaisons, de brûlure en urinant, de pus ou non. - L'écoulement vaginal : sécrétion anormale du vagin ou du col de l'utérus. - Les ulcérations ou plaies : c'est toute plaie se trouvant au niveau des organes génitaux de la femme ou de l'homme. - Le bubon inguinal : c'est un gonflement au niveau de l'aîne ou des ganglions inguinaux. - La conjonctivite purulente du nouveau-né : elle se manifeste par des yeux rouges avec des sécrétions purulentes et collantes chez un nouveau-né de moins d'un mois. - Douleur pelvienne chez la femme : c'est une manifestation douloureuse du bas ventre de la femme. - Gonflement douloureux du scrotum : il se manifeste par une tuméfaction douloureuse des bourses.

	<p>- Végétation vénérienne : c'est une excroissance cutanéomuqueuse, qui se présente sous forme de choux fleur ou de crête de coq au niveau de la région vulvaire, anale, du vagin, du col, du gland.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par un test de laboratoire (par exemple coloration de Gram mettant en évidence la présence de diplocoques intracellulaires à Gram-négatifs).</p>
Trypanosomiase	<p>Cas suspect :</p> <p>Stade précoce : Apparition d'un chancre douloureux débutant par une papule qui évolue ensuite en nodule au site de piqûre par la mouche tsé-tsé. La personne peut souffrir de fièvre, de céphalées intenses, d'insomnie, d'une lymphadénopathie indolore, d'anémie, d'un œdème local et d'une éruption.</p> <p>Stade tardif : cachexie, somnolence et signes d'atteinte du système nerveux central.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par test d'agglutination sur carte (CATT pour card agglutination trypanosomal test) ou isolement de trypanosomes dans le sang, les ganglions lymphatiques ou le liquide céphalorachidien.</p>
Schistosomiase (bilharziose)	<p>Cas suspect: lorsqu'une personne présente principalement des difficultés à uriner avec une hématurie terminale (présence de sang dans les urines).</p> <p>Cas confirmé: lorsqu'une personne présente principalement des difficultés à uriner avec une hématurie terminale et confirmer au microscope par la présence des œufs de <i>Schistosoma haematobium</i> ou <i>S. mansoni</i> suite à un prélèvement de 10 ml d'urine ou de selles ;</p>
Parasitose intestinale	<p><u>Définition de cas suspect de vers intestinaux ou les géo-helminthes</u> : sont des parasites qui vivent dans la paroi intestinale en puisant leur substance nutritive dans le chyme et sont à l'origine des diarrhées ou de constipations et des douleurs multiples de la paroi abdominale.</p> <p>Cas suspect: toute personne avec diarrhée ou constipation et des douleurs multiples de la paroi abdominale.</p> <p>Cas confirmé: lorsque le parasite est identifié au microscope comme faisant parti du groupe des vers intestinaux ou les géo-helminthes</p>
Tuberculose	<p>Cas suspects de tuberculose Il s'agit d'une personne qui présente des symptômes et des signes évocateurs de tuberculose. Le symptôme le plus fréquent d'une tuberculose pulmonaire est la toux d'une durée supérieure à 14 jours.</p> <p>Tuberculose pulmonaire à microscopie positive (TPM+) Un cas de tuberculose pulmonaire est classé comme TPM+ si au moins un échantillon de crachat est positif à la recherche des BAAR. Il s'agit d'un cas contagieux de tuberculose.</p> <p>Tuberculose pulmonaire à microscopie négative (TPM-) Est défini comme TPM- tout patient associant les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - signes d'imprégnation tuberculeuse ; - au moins une série de crachats BAAR à frottis négatifs ; - une anomalie radiologique compatible avec une TB pulmonaire active ; - l'absence de réponse à un traitement par des antibiotiques à large spectre ; - la décision par un médecin clinicien de donner à ce patient un traitement antituberculeux complet. <p>Tuberculose à bacilles multi résistants (TB-MR) confirmée Les bacilles multirésistants (TB-MR ou TB-MDR) sont des bacilles qui résistent au moins à l'isoniazide et à la rifampicine, les deux principaux médicaments antituberculeux majeurs.</p> <p>Tuberculose à bacilles ultra-résistants (TB-UR) confirmée Un patient affecté par une tuberculose ultra-résistante (TB-UR ou TB-XDR) héberge des bacilles</p>

	résistants à la rifampicine et à l'isoniazide en plus à n'importe quelle fluoroquinolone et au moins à un des trois médicaments injectables de deuxième ligne (Capréomycine, Kanamycine, et Amikacine).
Asthme	<p>Definition operationnelle Episodes répétitifs de dyspnée (difficultés respiratoires) sibilantes (sifflement dans la poitrine) accompagnée ou non de la toux, de douleurs thoraciques, survenant préférenciellement dans la nuit et réversibles spontanément ou sous l'effet de médicaments broncho-dilatateurs.</p> <p>Confirmation du cas d'asthme Spirométrie : Trouble ventilatoire obstructif amélioré significativement (d'au moins 15%) par inhalation de médicaments broncho-dilatateurs.</p>
Diabète	<p>cas suspect : Toute personne présentant les des symptômes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • polyurie (Miction abondante et fréquente) • polydipsie (Soif impérieuse qui oblige à boire de grande quantité d'eau) • polyphagie (sensation excessive et insatiable de faim) <p>cas confirmé :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toute personne ayant une glycémie veineuse à jeun ≥ 7 mmol/l (1,26 g/l) à 2 reprises ou • Toute personne ayant des symptômes évocateurs de diabète et une glycémie veineuse réalisée quelque soit l'heure $\geq 11,1$ mmol/l (2 g/l) ou • Toute personne ayant une glycémie veineuse réalisée 2 heures après une charge de glucose lors d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale $\geq 11,1$ mmol/l (2 g/l) <p><i>*Notifier seulement le premier diagnostic confirmé en laboratoire</i></p>
Epilepsie	<p>L'épilepsie se définit par au moins deux crises convulsives récurrentes, avec apparition brutale de signes anormaux pouvant être d'ordre moteur, tonique, sensitif, sensoriel, neuro-végétatif ou psycho-comportemental. Ces symptômes peuvent être ou non associés à une perte de connaissance. Cette affection peut survenir à tout âge. Les crises d'épilepsie peuvent durer de 30 secondes à 3 minutes. Lorsqu'elles se succèdent sans interruption, elles peuvent conduire au status epilepticus.</p> <p>Cas suspect : Toute personne ayant fait une crise d'épilepsie.</p> <p>Cas confirmé: Toute personne ayant fait au moins deux crises récurrentes d'épilepsie. Toute réponse positive au traitement avec un antiépileptique renforce l'hypothèse d'un cas confirmé.</p> <p><i>*Notifier seulement le premier diagnostic du cas à la structure de soins.</i></p>
Hypertension artérielle (HTA)	<p>Cas suspect : Toute personne à la première visite ayant une tension artérielle au repos (mesure réalisée sur 3 lectures en moyenne, à 5 minutes d'intervalle) ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique, ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.</p> <p>Cas confirmé : Toute personne qui, à deux reprises au moins, présente une tension artérielle au repos (3 lectures) ≥ 140 mm Hg pour la pression systolique, ou ≥ 90 mm Hg pour la pression diastolique.</p> <p><i>*Notifier seulement le premier cas diagnostiqué dans la structure de soins</i></p>
Drépanocytose	<p>Definition de la drépanocytose La drépanocytose est une maladie génétique de transmission automatique récessive liée à une anomalie de structure de l'hémoglobine qui aboutit à la formation de l'hémoglobine S (HbS).</p> <p>Cas suspect :</p>

	<p>Toute personne présentant une douleur ostéo-articulaire quelconque et ou un ictère</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect présentant à l'examen physique une pâleur, un ictère, une hépato-splénomégalie ou un retard staturo-pondéral et un électrophorèse de l'hémoglobine (HbS).</p>
Malnutrition	<p>Malnutrition aigue modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indice Poids pour taille (P/T) compris entre -3 Ecart Type (ET) -2 ET ou compris entre 70% et 80% (enfants de 0 à 59 mois) - Périmètre brachial (PB) compris entre 115 mm et 125 mm (enfants de 6 à 59 mois) - Indice de masse corporelle (IMC) compris entre 16 et 17 kg/m2 (adultes) <p>Malnutrition aigue sévère :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indice Poids pour taille (P/T) strictement inférieur à -3 ET ou strictement inférieur à 70% (enfants de 6 à 59 mois et adolescents) - Périmètre brachial (PB) strictement inférieur à 115 mm (enfants de 6 à 59 mois) - Présence d'œdèmes bilatéraux (enfants, adultes et adolescents) - Indice de masse corporelle (IMC) strictement inférieur à 16 kg/m2 (adultes)
Hépatite B	<p>Cas suspect : Toute personne présentant une maladie aiguë avec, notamment un ictère aigu, des urines foncées, une anorexie, un état de malaise, une fatigue extrême et une sensibilité du quadrant supérieur droit. (NB : l'infection chez les enfants est souvent asymptomatique).</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire (recherche positive des antigènes de surface du VHB (HbsAg) ou des IgM anti-Hbc).</p>
Hépatite C	<p>Cas suspect : Toute personne présentant une maladie aiguë avec, notamment un ictère aigu, des urines foncées, une anorexie, un état de malaise, une fatigue extrême et une sensibilité du quadrant supérieur droit. (Remarque : l'infection chez les enfants est souvent asymptomatique).</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect confirmé par le laboratoire (recherche positive d'anticorps anti-VHC).</p>
Rage	<p>Cas suspect : Toute personne ayant été en contact avec un animal suspecté enragé et présentant au moins l'un des signes suivants : céphalées, douleurs dans la nuque, nausées, fièvre, hydrophobie, anxiété, agitation, sensations de picotement anormales ou douleurs à un site de morsure.</p> <p>Cas confirmé : cas suspect confirmé par le laboratoire.</p>
Leishmaniose cutanée	<p>Cas suspect : Présence de nodule(s) sur les parties découvertes (visage, cou, bras et jambes) qui devient une ulcération crouteuse non douloureuse ne cicatrisant pas sous les traitements usuels antiseptique et antibiotique.</p> <p>Cas confirmé : cas suspect confirmé par le laboratoire.</p>
Cancer du col de l'utérus	<p>Cas suspect : au spéculum tumeur ulcéro-bourgeonnante du col saignant au contact ou après rapport sexuel.</p> <p>Cas confirmé : Cas suspect avec biopsie positive (cellules cancéreuses à l'examen anatomopathologique).</p>
Cancer du sein	<p>Cas suspect : tumeur mal limitée du sein avec modification cutanée (rétraction, signe de capiton, peau d'orange, adhérence à la peau), ou avec adhérence au plan profond ou avec adénopathies cutanée et ou du mamelon.</p> <p>Cas confirmé : toute tumeur du sein avec biopsie positive.</p>

Cataracte	<p>Cas suspect : toute personne se plaignant de baisse d'acuité visuelle progressive (uni ou bilatérale) avec notion de vision de brouillard et ou de vision double.</p> <p>Cas confirmé un cas La cataracte est une opacification du cristallin qui se traduit par une perte de vision progressive pouvant aboutir à la cécité.</p>
Noma	<p>cas suspect : Toute personne présentant un ulcère buccal et autres signes d'alerte tels que: malnutrition, mauvaise hygiène, récente maladie (rougeole, diarrhée persistante, ou paludisme).</p> <p>cas confirmé : Toute personne présentant une affection gangréneuse débutant par un ulcère de la muqueuse gingivale qui s'étend rapidement de la bouche au visage, en détruisant les tissus mous et durs.</p>

ANNEXE 1B : DEFINITIONS SIMPLIFIEES DE CAS A UTILISER AU NIVEAU COMMUNAUTAIRE

Il importe de donner aux agents de santé communautaire, aux OBC-E, aux tradipraticiens de santé, aux agents de santé qui mènent des activités dans la communauté et aux leaders communautaires des informations sur les maladies, affections prioritaires et évènements inhabituels. On utilisera des messages simplifiés tels que ceux mentionnés ci-dessous pour aider la communauté à déterminer à quel moment une personne présentant ces signes doit être orientée vers une formation sanitaire.

Maladie suspectée/ Evènement de santé publique	Définitions simplifiées de cas
Paralysie flasque aiguë	Tout enfant de moins de 15 ans qui brutalement ne peut plus se tenir debout, ne peut plus marcher, ou ayant un bras et/ou une jambe « mort ».
Diarrhée aqueuse grave	Tout individu ayant produit 3 selles liquides ou plus au cours des dernières 24 heures et présentant un signe de danger* ou une déshydratation. (*Signes de danger : léthargie, perte de conscience, vomissements, convulsions et chez les enfants de moins de 5 ans, incapacité à boire ou à prendre le sein)
Choléra	Tout individu âgé de 5 ans ou plus ayant des selles aqueuses abondantes, aspect « eau de riz ».
Diarrhée sanguinolente	Tout individu ayant produit 3 selles liquides ou plus au cours des dernières 24 heures et dont les selles contiennent des traces visibles de sang.
Paludisme	Paludisme simple : Tout individu présentant une fièvre ou antécédent de corps chaud dans les 72 dernières heures Paludisme grave : Tout individu malade présentant une forte fièvre et un signe de danger. (Les signes de danger sont les suivants: léthargie, inconscience, renvoie tout, convulsions et, chez les enfants de moins de 5 ans, incapacité à boire ou à s'alimenter au sein)
Rougeole	Tout individu atteint de fièvre et d'éruption cutanée avec yeux rouges et nez qui coule.
Méningite	Tout individu souffrant de fièvre, maux de tête et de raideur du cou.
Tétanos néonatal	Tout nouveau-né (moins de 28 j) normal à la naissance qui, 2 jours plus tard, est incapable de téter ou de s'alimenter.
Pneumonie	Tout enfant de moins de 5 ans qui tousse et qui a une respiration rapide ou des difficultés respiratoires.
Tuberculose	Tout individu atteint de toux pendant 2 semaines ou plus.
Fièvre jaune	Tout individu atteint de fièvre et dont le blanc des yeux ou la peau jaunît.
Décès maternels	<<Mort d'une femme pendant sa grossesse ou dans les 42 jours suivant l'interruption de la grossesse, quels que soient la durée de la grossesse ou la nidation du fœtus, par toute cause liée à la grossesse ou aggravée par elle ou sa gestion et non par causes accidentelles >> selon l'OMS
Décès néonataux	Mort d'un enfant de moins d'un mois.
Diabète	Tout individu qui urine fréquemment et abondamment et qui est obligé de boire beaucoup d'eau
Asthme	Tout individu qui présente des difficultés respiratoires sans fièvre de manière brutale
Noma	Tout enfant présentant une plaie rongearde au niveau de la bouche

Cataracte	Tout individu avec une pupille blanche
Vers de Guinée	Sujet présentant une ou plusieurs plaies avec apparition d'un ou de plusieurs vers
Malnutrition	<p>Malnutrition aigue modérée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Périmètre brachial (PB) situé dans la partie jaune <p>Malnutrition aigue sévère :</p> <p>Périmètre brachial (PB) situé dans la partie rouge et/ou les deux pieds enflés.</p>

ANNEXE 1C : LISTE DES SITES DE NOTIFICATION DU DISTRICT

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

Nom de la formation sanitaire ou du point de contact entre le patient et le service de santé	Adresse ou lieu de l'établissement ou du point de contact	Nom du responsable affecté à la surveillance et à la riposte	Numéro de téléphone ou de fax (ou autres coordonnées: e-mail, etc.)
CSPS Gompoussougo	08 BP 53 Gompoussougo	SISSAMBA jules	98 12 34 45 34

ANNEXE 1D : FONCTIONS DES LABORATOIRES AUX DIFFERENTS NIVEAUX DU SYSTEME DE SANTE

Niveau	Prélèvement	Confirmation	Notification
Communauté ou Etablissements de Soins	<ul style="list-style-type: none"> • utiliser les définitions de cas standardisées pour déterminer à quel moment faire le prélèvement • aider le laboratoire de première ligne à prélever les échantillons conformément aux directives agréés • remplir correctement les fiches de notification ou les bulletins d'examens du patient • transporter les prélèvements au laboratoire du CMA conformément aux directives 		Enregistrer les prélèvements
District, (Laboratoire du CMA)	<ul style="list-style-type: none"> • communiquer au personnel de santé les procédures de prélèvement ; • demander des prélèvements supplémentaires en cas de besoins ; • conserver les échantillons dans des conditions recommandées, en attendant leur transport ou des analyses complémentaires ; • prélever directement des échantillons supplémentaires selon les besoins, en fonction de l'enquête sur l'épidémie. 	<ul style="list-style-type: none"> • réaliser les analyses de laboratoire appropriées pour le diagnostic suspecté (microscopie, coloration, test diagnostic rapide) • conserver les lames représentatives de l'épidémie, selon les besoins • observer les changements de tendance lors de l'analyse systématique des résultats de laboratoire 	<ul style="list-style-type: none"> • documenter les prélèvements ; • Enregistrer les résultats de Laboratoire ; • communiquer les résultats au personnel de santé (prescripteurs) ; • notifier les résultats au CISSE ; • signaler les changements de tendances observées lors de l'analyse de routine des résultats de laboratoire ; • utiliser les synthèses d'information pour riposter aux épidémies ;
Laboratoire du CHR	<ul style="list-style-type: none"> • communiquer au personnel de santé les procédures de prélèvement ; • distribuer des kits de prélèvement d'échantillons pour les activités de surveillance ; • demander des prélèvements supplémentaires en fonction des besoins ; • conserver les échantillons dans des conditions recommandées, en attendant leur transport ou des analyses complémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • réaliser les analyses de laboratoire appropriées pour le diagnostic/confirmation (microscopie, coloration, test diagnostic rapide) • conserver les lames et les échantillons biologiques représentatifs selon les besoins de culture, • isolement, sérotypage, sensibilité aux antimicrobiens et de sérologie ; 	<ul style="list-style-type: none"> • notifier les résultats et transmettre les synthèses d'information au SIM et au CISSE régional ; • faire le compte rendu des résultats de laboratoire pour le dépistage des populations sentinelles sur des sites cibles.

		<ul style="list-style-type: none"> • conserver les isolats représentatifs de l'épidémie, selon les besoins ; • observer les changements de tendance lors de l'analyse de routine des résultats de laboratoire. 	
Laboratoire de niveau national et laboratoire de référence	<ul style="list-style-type: none"> • établir les procédures de prélèvement avec la Direction de la lutte contre la maladie (DLM) et les laboratoires nationaux de référence ; • distribuer des kits de prélèvement d'échantillons pour les activités de surveillance particulières ; • demander des prélèvements supplémentaires en fonction des besoins ; • conserver les échantillons dans des conditions recommandées, en attendant leur transport ou des analyses complémentaires. 	<ul style="list-style-type: none"> • établir les procédures de confirmation avec DLM et les laboratoires nationaux de référence ; • réaliser les analyses de laboratoire appropriées pour confirmation (culture, isolement, sérotypage, sensibilité aux antimicrobiens, sérologie, ELISA, PCR) ; • conserver les isolats et les échantillons biologiques représentatifs, selon les besoins ; • observer les changements de tendance lors de l'analyse de routine des résultats de laboratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> • notifier les résultats et transmettre les synthèses d'information au SIM ou au service de surveillance épidémiologique ; • faire le compte rendu des résultats de laboratoire pour le dépistage des populations sentinelles sur des sites cibles.
Laboratoires de Référence internationaux	<ul style="list-style-type: none"> • recevoir des échantillons pour des analyses supplémentaires 	<ul style="list-style-type: none"> • réaliser les analyses de laboratoire supplémentaires appropriées 	<ul style="list-style-type: none"> • transmettre les résultats de laboratoires au service de surveillance épidémiologique de la DLM • appropriés et aux laboratoires de référence

ANNEXE 1E : LISTE DES LABORATOIRES NATIONAUX (LN ET LNR) CHARGES DE LA CONFIRMATION DES MALADIES ET AFFECTIONS PRIORITAIRES

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

Maladies, affections et évènements prioritaires	Nom, adresse et numéro de téléphone du laboratoire
Choléra	Laboratoire CHUP-CDG – Tél :50 36 67 76/77 Laboratoire du CHU-YO – Tél :50 31 16 55/56/57 Laboratoire du CHU-SS – Tél : 50 97 00 44 Laboratoire Centre Muraz- Tél :20 97 01 02 LNSP- Tél : 50 37 31 31
Méningite	Laboratoire CHUP-CDG (LNR)– Tél :50 36 67 76/77 Laboratoire du CHU-YO – Tél :50 31 16 55/56/57 Laboratoire du CHU-SS – Tél : 50 97 00 44 Laboratoire Centre Muraz- Tél :20 97 01 02 LNSP- Tél : 50 37 31 31
Shigelloses	Laboratoire CHUP-CDG – Tél :50 36 67 76/77 Laboratoire du CHU-YO – Tél :50 31 16 55/56/57 Laboratoire du CHU-SS – Tél : 50 97 00 44 Laboratoire Centre Muraz- Tél :20 97 01 02 LNSP- Tél : 50 37 31 31
Fièvre typhoïde	Laboratoire CHUP-CDG – Tél :50 36 67 76/77 Laboratoire du CHU-YO – Tél :50 31 16 55/56/57 Laboratoire du CHU-SS – Tél : 50 97 00 44 Laboratoire Centre Muraz- Tél :20 97 01 02 LNSP- Tél : 50 37 31 31
VIH-SIDA	Laboratoire CHUP-CDG – Tél :50 36 67 76/77 Laboratoire du CHU-YO(LNR) – Tél :50 31 16 55/56/57 Laboratoire du CHU-SS – Tél : 50 97 00 44 Laboratoire Centre Muraz- Tél :20 97 01 02 LNSP- Tél : 50 37 31 31
Fièvre jaune	Laboratoire Centre Muraz- Tél :20 97 01 02 Institut Pasteur de Dakar
Rougeole	Laboratoire CHUP-CDG – Tél :50 36 67 76/77
Poliomyélite	Institut Pasteur d'Abidjan ??????
Grippe humaine H5N1	Laboratoire IRSS Bobo Tel :?????
Tuberculose	Laboratoire du CNLAT Ouaga Tel ???

ANNEXE 1F : EXAMENS DE LABORATOIRE RECOMMANDES POUR LA CONFIRMATION DES MALADIES ET AFFECTIONS PRIORITAIRES

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

- d'identifier avec précision l'agent pathogène responsable de maladie infectieuse ;
- de confirmer l'agent pathogène responsable d'une flambée épidémique ;

Il faut s'assurer que les échantillons parviennent en bon état au laboratoire. Pour obtenir des résultats fiables, ils doivent être prélevés dans des conditions d'asepsie rigoureuses placés dans un récipient approprié avec ou sans milieu de transport et conservés à des températures adéquates. Le temps entre le prélèvement et l'analyse au laboratoire doit être le plus bref possible.

Pour la plupart des examens de laboratoire recommandés pour la confirmation des maladies et affections prioritaires soumises à une surveillance intégrée, plusieurs situations peuvent se présenter :

- un résultat positif est généralement une indication claire que l'échantillon a été collecté, transporté et traité de manière adéquate ;
- un résultat déclaré positif alors que les procédures en vigueur garantissant la qualité du prélèvement n'ont pas été observées depuis le moment où l'échantillon a été prélevé jusqu'à son traitement, ce résultat est erroné et ne peut être pris en compte.

Plusieurs facteurs peuvent affecter la fiabilité de l'interprétation d'un rapport d'analyse. L'interprétation des résultats peut être difficile dans certaines circonstances :

- sérum hémolysé ;
- non respect des conditions de conservation et de transport ;
- Température de conservation inappropriée ;
- utilisation d'un milieu de conservation et de transport inadéquat ;
- utilisation de réactifs périmés.

Un résultat positif pour la recherche d'IgM sérique ou pour l'isolement/détection du génome du virus confirme généralement un cas suspect quelque soit la nature du produit pathologique (sang, sérum, urine, liquide céphalo-rachidien ou tissu). En cas de résultat négatif, il est souhaitable de reprendre le prélèvement pour analyse. La mise en œuvre de mesures de santé publique avant même d'obtenir la confirmation par le laboratoire s'avère nécessaire.

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

- la nature du test diagnostic ;
- le spécimen biologique à prélever ;
- le moment idéal du prélèvement ;

- le conditionnement, la conservation et l'expédition ;
- le délai de rendu des résultats ;
- les sources de complément d'information (référence) ;
- le tableau ci-dessous a été conçu à des fins de riposte rapide et pourrait être utilisé lorsque :
 - la formation sanitaire notifie des maladies ou affections prioritaires de santé publique ;
 - une flambée épidémique est suspectée.

Pour toute information complémentaire concernant la confirmation d'épidémies de maladies et affections prioritaires, consulter les directives spécifiques aux maladies figurant à la Section 9.

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

Maladie ou affection possible	Nature du Test diagnostique	Echantillon	Moment du prélèvement	Préparation, conservation et expédition	Résultats
<p>Paralysie flasque aiguë (Poliomyélite)</p> <p>REFERENCE: Plan d'action mondial de l'OMS pour l'endiguement des poliovirus sauvages par l'action des laboratoires . WHO/V&B/99.32, Genève, 1999</p> <p>Manuel pour l'investigation virologique de la polio WHO/EPI/GEN/97.01 Genève, 1997</p>	<p>Isolement du virus de la polio dans un échantillon de selles</p>	<p>Selles</p> <p>Remarque: si aucun échantillon n'a été prélevé, réévaluer le patient après 60 jours pour confirmer le diagnostic clinique de polio (PFA)</p>	<p>Prélever dans un délai de 14 jours après le début de la paralysie</p> <p>Prélever le premier échantillon au cours de l'investigation de cas</p> <p>Prélever un deuxième échantillon chez le même patient 24 - 48 heures plus tard</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Placer les selles dans un récipient propre et étanche et étiqueter clairement * Placer immédiatement au réfrigérateur ou dans une glacière ne servant pas à la conservation de vaccins ou de médicaments. * Expédier les échantillons de manière à ce qu'ils parviennent au laboratoire polio désigné dans un délai de 72 heures après prélèvement * Si l'échantillon ne peut être expédié dans un délai de 72 heures, il doit être congelé à -20°C ou à une température inférieure, puis expédié congelé avec de la neige carbonique ou des paquets de glace congelés aux mêmes températures 	<p>Les résultats préliminaires sont généralement disponibles 14-28 jours après réception de l'échantillon par le laboratoire.</p> <p>En cas d'isolement d'un poliovirus sauvage, le programme national d'éradication de la polio envisagera les mesures appropriées</p>
<p>Choléra</p> <p>REFERENCE: "Laboratory Methods for the Diagnosis of Epidemic Dysentery and Cholera". CDC/WHO, 1999 CDC, Atlanta, GA, USA</p>	<p>Isoler <i>V. choléra</i> à partir d'une culture de selles et déterminer le sérotype O1 en utilisant les antisérums polyvalents pour <i>V. cholerae O1</i></p> <p>Au besoin, confirmer l'identification avec les antisérums Inaba et Ogawa</p> <p>Si l'échantillon n'est pas sérotypable, envisager <i>V. cholerae O139</i> (voir Remarque dans la colonne des Résultats)</p>	<p>Selles liquides ou écouvillonnage rectal</p>	<p>En cas de soupçon d'épidémie, prélever des selles chez 5 patients atteints de diarrhée aiguë et:</p> <ul style="list-style-type: none"> * si la maladie s'est déclarée au cours des 5 derniers jours et * avant le début de l'antibiothérapie <p>Ne pas retarder le traitement des patients déshydratés. Les échantillons peuvent être prélevés après un début de réhydratation (thérapie SRO ou IV)</p>	<ul style="list-style-type: none"> * Placer l'échantillon (selles ou écouvillonnage rectal) dans un récipient propre et étanche et faire parvenir au laboratoire dans un délai de 2 heures * S'il faut prévoir un délai de plus de 2 heures, placer un tampon imprégné de selles dans un milieu de transport Cary-Blair .on peut aussi utiliser des pastilles de papier buvard qui sont conditionner hermétiquement dans un emballage en plastique <p>Si ce milieu n'est pas disponible et si l'échantillon ne peut parvenir au laboratoire dans un délai de 2 heures:</p> <ul style="list-style-type: none"> * conserver à 4° - 8°C; * ne pas laisser sécher; si nécessaire, ajouter de petites quantités de NaCl à 0,85%. * pour le transport, utiliser un récipient étiqueté et étanche * transporter le récipient dans une glacière à 4° - 8°C 	<p>Tous les laboratoires ne pratiquent pas systématiquement les tests pour le choléra</p> <p>Les résultats de la culture sont généralement disponibles dans un délai de 2 - 4 jours après réception par le laboratoire</p> <p>Le sérotype O139 n'a pas été signalé en Afrique. Sa présence a été relevée dans quelques régions de l'Asie du Sud-Est</p> <p>La détermination sérologique d'Ogawa ou Inaba n'est pas cliniquement requise. Elle n'est pas non plus nécessaire si les résultats pour les antisérums polyvalents sont clairement positifs</p>

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

Lèpre	<i>La confirmation systématique en laboratoire à des fins de surveillance n'est pas requise.</i>				
<p>Paludisme</p> <p>* Présence de parasites du paludisme dans des échantillons sanguins prélevés chez des cas suspects</p> <p>* Hématocrite ou hémoglobine pour cas suspect de paludisme chez des enfants âgés de 2 mois à 5 ans</p> <p>REFERENCE: "Basic Laboratory Methods in Medical Parasitology" WHO, Genève, 1991</p>	<p>Sang</p> <p>Généralement prélèvement avec vaccinostyles</p> <p>Généralement avec vaccinostyles ou autres méthodes acceptées pour le prélèvement de sang chez les jeunes enfants</p>	<p><i>Pour frottis sanguin:</i> préparer le frottis pour tous les cas suspects hospitalisés ou conformément aux directives nationales relatives à la prise en charge des cas</p> <p><i>Pour hématocrite ou hémoglobine:</i> pour les patients hospitalisés, recourir à un test de laboratoire pour confirmation de l'anémie grave</p>	<p><i>Pour frottis sanguin:</i> collecter le sang directement sur des lames propres et correctement étiquetées et préparer le frottis mince et la goutte épaisse.</p> <p>* Bien laisser sécher les frottis</p> <p>* Colorer en utilisant la coloration et la technique appropriées</p> <p>* Conserver les lames colorées et complètement sèches à la température ambiante sans les exposer directement à la lumière du jour.</p> <p><i>Pour hématocrite ou hémoglobine:</i> recueillir les échantillons selon les instructions fournies par les directives nationales</p>	<p>Les résultats de la goutte épaisse et des frottis minces peuvent être obtenus le jour même du prélèvement.</p> <p>L'examen microscopique des lames peut également révéler la présence d'autres parasites dans le sang.</p>	
<p>Rougeole</p> <p>Présence dans le sérum d'anticorps IgM contre le virus de la rougeole.</p> <p>Référence: WHO Guidelines for Epidemic Preparedness and Response to Measles Outbreaks WHO/CDS/CSR/ISR/99.1</p>	<p>Sérum</p> <p>Dried blood spot (DBS°)</p>	<p>Prélever le sérum pour la recherche d'anticorps dès la première occasion ou lors de la première consultation dans la formation sanitaire.</p> <p><i>Dans les pays cherchant à éliminer la maladie:</i></p> <p>* Prélever un échantillon pour chaque cas suspect de rougeole</p> <p><i>Dans les autres pays:</i></p> <p>* Collecter des échantillons pour les 5 premiers cas d'une épidémie</p>	<p>* Pour les enfants, collecter 1 - 5 ml de sang veineux, selon la taille de l'enfant et le matériel d'analyse disponible (tube à essai, tube capillaire, micro-récipient, etc.)</p> <p>* Laisser le caillot se rétracter pendant 30 - 60 minutes à température ambiante ou centrifuger pour séparer le sérum des globules rouges.</p> <p>* Verser, de manière aseptique, le sérum dans des tubes stériles à bouchon vissant.</p> <p>* Conserver le sérum à 4°C</p> <p>* Expédier les échantillons de sérum dans un emballage approprié pour éviter toute casse et fuite pendant le transport.</p>	<p>Les résultats sont généralement disponibles après 7 jours suivant leur réception au LNR.</p> <p>Si sur 5 cas suspects de rougeole, le laboratoire n'en confirme que 3, l'épidémie est confirmée.</p>	

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

Infections sexuellement transmissibles (IST)	<i>La confirmation systématique en laboratoire à des fins de surveillance n'est pas requise.</i>				
Trypanosomiase	<i>La confirmation systématique en laboratoire à des fins de surveillance n'est pas requise.</i>				
Tuberculose (pulmonaire à frottis positif) Référence: Laboratory Services in Tuberculosis Control, Parts I, II and III. WHO publications WHO/TB/98.258	Présence de bacilles acido-alcool-résistants dans des frottis colorés Ziehl Neelsen (ZN)	Expectoration profonde	Recueillir un échantillon de crachat (pas de salive) pour microscopie directe du frottis et examiner au moins deux échantillons colorés prélevés à des dates différentes.	Il faut examiner l'étalement dans l'établissement où l'échantillon a été prélevé.	L'examen microscopique est quotidien pour la tuberculose. La quantification des mycobactéries observées est communiquée selon différentes méthodes de notification. Se reporter aux critères utilisés par le laboratoire d'analyse.
Fièvres hémorragiques virales	Présence d'anticorps IgM contre Ebola, Marburg, fièvre hémorragique de Crimée congo ou CCHF, Lassa ou la dengue ou Présence du virus Ebola dans la nécropsie postmortem de la peau	<i>Pour ELISA:</i> Sang total, sérum ou plasma <i>Pour PCR:</i> Sang total ou caillot sanguin, sérum/plasma ou tissu <i>Pour immunohistochimie:</i> Echantillons de peau ou de tissu prélevés chez des patients décédés	Collecter l'échantillon pendant la phase aiguë lorsque le cas suspect est admis à l'hôpital ou présente * de la fièvre * des signes de faiblesse, fatigue et ne répond pas au traitement de la cause la plus probable et si le patient présente une ou plusieurs des caractéristiques suivantes: * saignement inexpliqué des muqueuses, de la peau, de la conjonctive ou du système gastro-intestinal * état de choc * contact au cours des 3 semaines précédant le début de la maladie avec une personne atteinte d'une maladie inexpliquée et présentant de la fièvre et des saignements ou qui est décédée à la suite d'une maladie fébrile. Prélever les échantillons en phase de convalescence sur les 5 - 10 premiers cas ou décès répondant à la définition de cas. Collecter à la sortie de l'hôpital ou après décès.	MANIPULER ET TRANSPORTER AVEC EXTREME PRUDENCE LES ECHANTILLONS PROVENANT DE CAS SUSPECTS DE FHV. PORTER DES VETEMENTS DE PROTECTION ET OBSERVER DES PRECAUTIONS D'ISOLEMENT. <i>Pour ELISA ou PCR:</i> * Réfrigérer le sérum ou le caillot * Congeler (≤-20°C) les échantillons de tissu pour isolement du virus <i>Pour l'immunohistochimie:</i> * Stériliser l'échantillon de peau dans du formol. Conservation jusqu'à 6 semaines. Une fois dans le formol, l'échantillon n'est pas contagieux. * Conserver à température ambiante * Les échantillons stérilisés au formol peuvent être expédiés à température ambiante.	Les services de diagnostic pour les FHV ne sont pas systématiquement disponibles. Il est généralement nécessaire d'organiser le diagnostic à l'avance. Contacter l'autorité nationale compétente ou l'OMS.
Références: Infection Control for Viral Hemorrhagic Fevers in the African Health Care Setting WHO/EMC/ESR/98.2 Viral Infections of Humans; Epidemiology and Control. 1989. Evans, A.S. (ed). Plenum Medical Book Company, New York					

SECTION 2 : Notifier les maladies, affections prioritaires et autres évènements de santé publique

Cette section décrit comment :

- notifier les maladies, affections et évènements prioritaires ;
- transmettre régulièrement des données récapitulatives sur les maladies à potentiel épidémique et pandémique ;
- transmettre régulièrement des données récapitulatives pour les autres maladies menaçant la santé publique ;
- améliorer les pratiques de notification régulière.

2.0. Notifier les maladies, affections prioritaires et autres évènements de santé publique

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

- identifier les problèmes émergents et planifier les interventions appropriées ;
- prendre des mesures à temps ;
- suivre les tendances des maladies dans le pays et dans la sous-région ;
- évaluer l'efficacité de la riposte.

La politique nationale détermine si les données provenant des districts et des formations sanitaires doivent être notifiées immédiatement ou à intervalles hebdomadaires, mensuels ou trimestriels. La fréquence recommandée dépendra des activités de lutte contre les maladies spécifiques dans le pays ou le district. Etant donné que les maladies ciblées par la SIMR sont des priorités de santé publique nécessitant une intervention rapide, ce guide décrit la notification immédiate au cas par cas et la notification régulière de données récapitulatives. Les districts doivent également déceler et notifier les évènements inhabituels susceptibles d'affecter la santé humaine.

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

2.1. Maladies et évènements à déclaration immédiate

La notification immédiate permet de prendre à temps les mesures visant à prévenir la réémergence ou la propagation rapide de maladies ou évènements à potentiel épidémique, en particulier des maladies dues à des agents infectieux hautement pathogènes et potentiellement mortels (voir Tableau 3) , à des agents chimiques ou à des produits radioactifs.

La déclaration immédiate est indiquée en cas de suspicion de maladie à potentiel épidémique ou autre évènement susceptible de constituer un risque pour la santé publique de portée nationale, ou si le RSI l'exige. Les maladies et évènements nécessitant une déclaration immédiate au niveau supérieur figurent dans le Tableau 3.

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

Tableau 3 : Maladies et évènements à notification immédiate

<ul style="list-style-type: none">- Charbon- Choléra- Dracunculose- Fièvre jaune- Grippe due à un nouveau sous-type viral- Manifestations post vaccinales Indésirables sévères (MAPI)- Poliomyélite	<ul style="list-style-type: none">- Peste- Syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS)- Variole- Tout évènement susceptible de constituer un risque pour la santé publique de portée nationale et internationale (infection, zoonose, toxi-infection alimentaire, contamination chimique, radioactive ou évènement d'origine inconnue)
---	--

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

- transmettre la notification initiale le plus rapidement possible (par téléphone, SMS, Fax, courrier électronique ou radio téléphone) dans les 24 heures. La formation sanitaire devra contacter immédiatement l'autorité sanitaire du district et/ou de la région et fournir des informations sur le cas et/ou l'évènement ;
- compléter la notification initiale effectuée oralement par une notification écrite à l'aide d'une liste descriptive des cas. On trouvera un modèle de ce formulaire en Annexe 2C à la fin de cette section. Si un ordinateur ou autre système électronique est disponible pour la surveillance ou la gestion des cas, remplir et transmettre le formulaire électroniquement au niveau supérieur ;
- s'assurer que l'identification du patient correspond bien aux informations figurant sur la fiche individuelle de notification si un prélèvement pour le laboratoire est requis à ce stade. Un exemplaire du formulaire de laboratoire est inclus en Annexe 2A ;
- des formulaires individuels de notification pour des maladies et évènements particuliers (choléra, fièvre jaune...) figurent aux annexes 4F, 4G, 4H et 4I de la Section 4. Ces formulaires peuvent être utilisés pour commencer à rassembler les informations initiales en vue d'une investigation des cas.

Remarque : Certaines maladies à potentiel épidémique peuvent nécessiter une notification particulière en fonction des politiques nationales ou régionales.

Consulter les exigences particulières dans la Section 9 de ce guide.

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

Pour les évènements et les maladies à potentiel épidémique détectés aux points d'entrée, en informer immédiatement le niveau supérieur. Fournir une copie de la notification au niveau

national (ou à l'autorité centrale) pour que le Point focal national RSI l'évalue à l'aide de l'algorithme de décision. Inclure des informations sur la vaccination contre la fièvre jaune pour les cas originaires des zones d'endémie ou à risque pour cette maladie.

2.2. Maladies et évènements à déclaration hebdomadaire

Après avoir immédiatement informé le niveau supérieur de l'existence de maladies, affections ou évènements à déclaration immédiate figurant dans le Tableau 3, recueillir et transmettre les données récapitulatives hebdomadaires se rapportant aux maladies figurant dans le tableau 4.

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

Si aucun cas de maladie à déclaration immédiate n'a été diagnostiqué durant la semaine, mentionner zéro (0) sur la fiche de collecte des données TLOH.

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

Tableau 4 : Maladies et évènements à notification hebdomadaire

Décès maternels	Méningite
Décès néonataux	Rougeole
Paralysie flasque aiguë (PFA)	Paludisme simple
Tétanos néonatal	Paludisme grave
Diarrhée sanguinolente (<i>Shigellose</i>)	Ictère fébrile
Syndromes grippaux	Infections respiratoires aigus sévères
	Dracunculose
	Choléra

2.3. Maladies et évènements à déclaration mensuelle ou trimestrielle

Transmettre au niveau supérieur une synthèse des données sur les maladies et évènements ne nécessitant pas une intervention urgente au moins une fois par mois. Cette information est précieuse pour les programmes spécifiques des maladies, afin de suivre les progrès réalisés en matière d'activités de prévention et de lutte et détecter des évènements ou profils de morbidité émergents, inexplicables ou inhabituels.

Notifier régulièrement le nombre total de cas et de décès observés au cours d'une période donnée (sur un mois ou un trimestre) pour les autres maladies présentant un risque important pour la santé publique. Les formations sanitaires communiqueront au district et/ou à la région des totaux récapitulatifs. Les districts compileront les informations en provenance de tous les sites de notification et transmettront les totaux récapitulatifs au niveau régional. Les régions à

leur tour transmettront ces données au niveau central. Chaque niveau pourra ainsi observer l'augmentation ou la survenue d'évènements inhabituels lors de l'analyse de ces synthèses mensuelles.

Tableau 5 : Maladies, affections et évènements à notifier tous les mois ou tous les trimestres

Fièvre typhoïde Filariose lymphatique Lèpre Diarrhée chez les enfants de moins de 5 ans VIH/SIDA Onchocercose IST Trypanosomiase Morsure de serpent Schistosomiase Parasitoses intestinales Tuberculose Asthme Diabète Epilepsie	Hypertension artérielle Drépanocytose Malnutrition Hépatite - B Hépatite - C Rage Leishmaniose Cancer du col de l'utérus Cancer du sein Cataracte Noma Traumatisme par accident de la voie publique Tentative de suicide
--	--

Il convient de partager l'ensemble des données avec les autorités de santé, en gardant une copie pour le programme de prévention et de lutte correspondant.

2.4. Améliorer les pratiques de notification régulière

Dans certaines structures de soins, plusieurs personnes sont responsables de l'enregistrement des informations sur les patients vus dans la formation sanitaire. Par exemple, un clinicien note le nom et le diagnostic du patient dans un registre clinique. L'agent chargé de la gestion des données totalise le nombre de cas et les décès. Chaque mois, il établit des synthèses pour toutes les maladies et les consignes sous une forme standardisée.

Si la formation sanitaire est équipé d'ordinateurs, les données individuelles des patients seront saisies à partir desquelles on extraira les données de surveillance qui seront analysées pour préparer les compilations hebdomadaires, mensuelles ou trimestrielles requises.

2.4.1. Contrôler la qualité de la collecte des données au site de notification

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

- les cliniciens consignent les informations dans les registres des patients en utilisant les définitions de cas recommandées, afin que le personnel de santé chargé de répertorier les cas, en fin de journée, puisse enregistrer de façon fiable les diagnostics sur la fiche récapitulative ;
- les cliniciens et les autres personnels de santé remplissent les formulaires individuels de notification des cas, de préférence en présence du patient ;
- les structures disposent de fiches récapitulatives pour la notification des cas et décès dus aux maladies prioritaires d'après les définitions de cas standardisées ;
- le personnel de santé revoit et consigne les totaux hebdomadaires, mensuels, trimestriels et inscrit sur les formulaires ses commentaires à propos des résultats de l'analyse des données (voir Section 3 annexe 3A).

2.4.2. Contrôler la disponibilité des formulaires et des procédures

- Garder une copie des formulaires SIMR et des notifications reçues. Cette copie constitue une source de données essentielle au calcul des indicateurs de la SIMR et au suivi de sa performance. Un exemplaire de registre des notifications et des données échangées dans le cadre de la SIMR figure en Annexe 2E.
- Vérifier périodiquement avec les sites de notification supervisés (communauté, formation sanitaire et district) que le personnel dispose des bons formulaires et des indications exactes en matière de procédures pour pouvoir enregistrer et notifier correctement les cas de maladies, affections et évènements prioritaires.
- Veiller à ce que tous les membres du personnel de santé connaissent les définitions de cas standardisées recommandées par la politique nationale. On s'attachera à établir des procédures ou à modifier celles en vigueur afin que tout le personnel de santé soit à mesure d'appliquer ces définitions standardisées pour la détection et la notification des cas, des épidémies ou des évènements prioritaires.
- Mettre en évidence, avec le personnel, les maladies ou affections devant faire l'objet d'une notification immédiate pour la surveillance au cas par cas, notamment en ce qui concerne les urgences sanitaires de portée internationale et les autres maladies ou évènements de portée nationale ou régionale. Par exemple, l'ensemble du personnel de santé devra savoir quelles sont les maladies à potentiel épidémique pour lesquelles un cas unique représente un risque d'épidémie nécessitant une intervention immédiate, et les évènements inhabituels ou inexplicables pouvant affecter la santé humaine.

- Revoir avec le personnel de santé l'importance des informations individuelles pour identifier les facteurs de risque et les modes de transmission de la maladie ou d'exposition aux risques sanitaires. S'assurer que le personnel ait accès aux formulaires recommandés pour la notification individuelle des cas.
- S'assurer que l'unité de surveillance a accès à des moyens de communication rapides (télécopie, téléphone, SMS, courrier électronique, télégramme, lettre, ou autre moyen de communication rapide).

2.4.3. Favoriser les liens pour renforcer la surveillance à base Communautaire

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

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

Le personnel de district peut identifier, au sein de la communauté, des personnes relais qui pourront donner des indications sur le statut sanitaire de la population locale. On peut citer comme exemples : les pharmaciens, les instituteurs, les chefs de village, les chefs religieux, les tradipraticiens de santé, les agents de santé communautaire.

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

- en collaborant avec les organisations à base communautaire d'exécution et les leaders communautaires pour identifier les personnes relais qui pourront bénéficier d'une formation adaptée ;
- en fournissant à ces personnes-relais l'information nécessaire sur les maladies, affections ou événements prioritaires que l'on souhaite suivre de cette façon. Il convient de donner suffisamment d'information sur les maladies à surveiller pour que ces personnes puissent orienter les cas vers l'formation sanitaire, ou prévenir

ce dernier des évènements sanitaires inhabituels ou inexplicables survenant dans la communauté ;

- en impliquant les personnes-relais dans la cartographie des risques, les exercices de simulation des situations d'urgence sanitaire et la communication sur les risques pendant les épidémies.

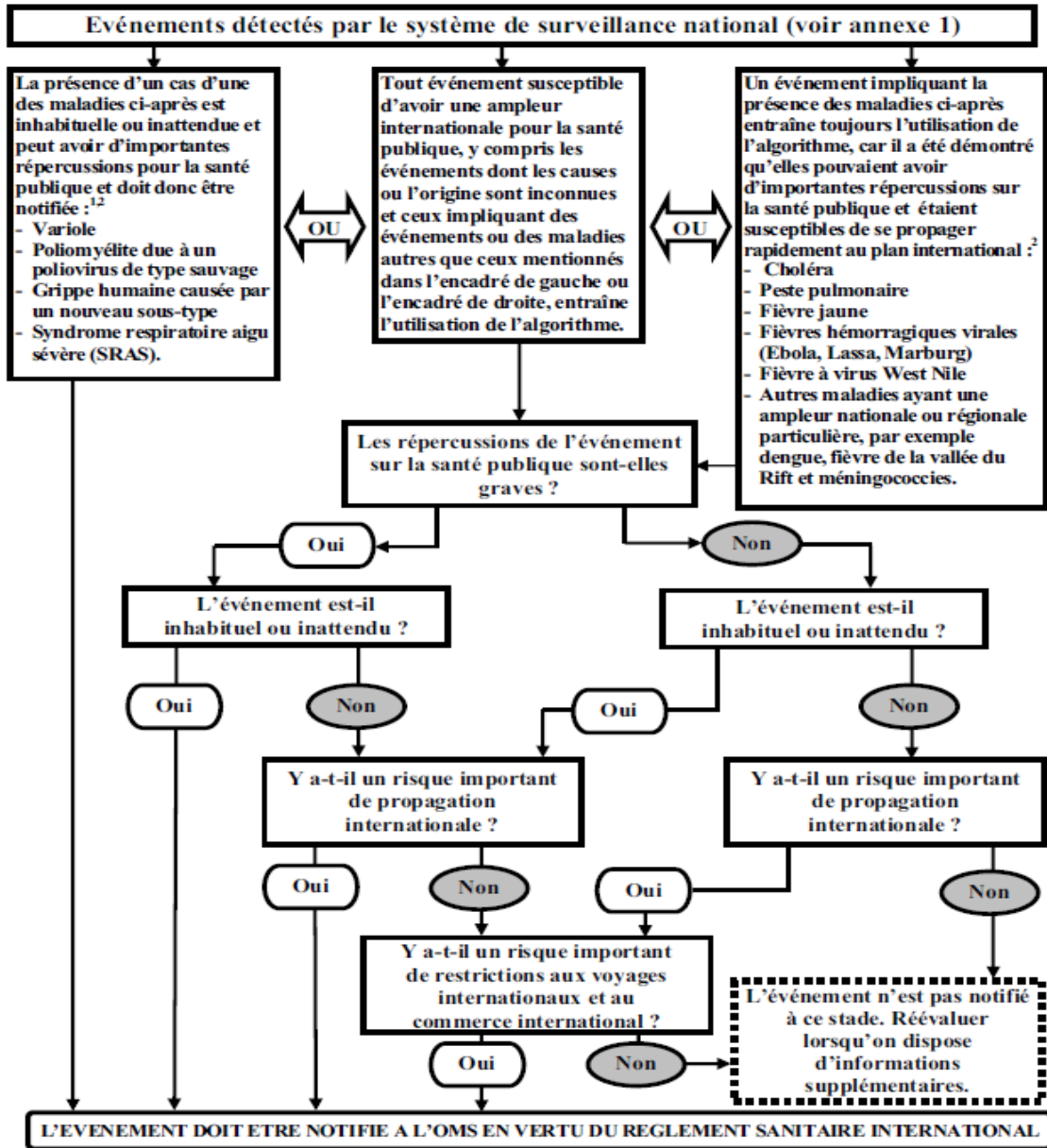
Il faut se référer à la liste de l'Annexe 1B concernant les principaux signes et symptômes à utiliser dans les définitions de cas pour la surveillance au niveau de la communauté.

ANNEXES À LA SECTION 2

- Annexe 2A** Fiche individuelle de notification des cas
- Annexe 2B** Instrument de décision du RSI (2005)
- Annexe 2C** Liste descriptive des cas
- Annexe 2D** Fiche de collecte des données TLOH
- Annexe 2E** Tableaux nosologiques de rapport mensuel d'activités des formations sanitaires
- Annexe 2F** Formulaire de rapport trimestriel de dépistage des cas de tuberculose
- Annexe 2G** Formulaire de rapport trimestriel des résultats de traitement des cas de tuberculose
- Annexe 2H** Formulaire de rapport trimestriel des activités de bacilloscopie
- Annexe 2I** Formulaire de rapport trimestriel de dépistage des malades mis sous traitement TB-MR
- Annexe 2J** Formulaire de rapport annuel des résultats de traitement des cas confirmés de TB-MR
- Annexe 2K** Formulaire de rapport trimestriel sur la lèpre
- Annexe 2L** Outils de surveillance passive de la filariose lymphatique
- Annexe 2M** fiches de notification des cas de PFA
- Annexe 2N** fiches de notification des cas d'ictère fébrile
- Annexe 2O** fiches de notification des cas de rougeole
- Annexe 2P** fiches de notification des cas de TNN

ANNEXE 2B : INSTRUMENT DE DECISION DU RSI (2005)

INSTRUMENT DE DECISION PERMETTANT D'ÉVALUER ET DE NOTIFIER LES ÉVÉNEMENTS QUI PEUVENT CONSTITUER UNE URGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DE PORTEE INTERNATIONALE



¹ Selon les définitions de cas de l'OMS.

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

Exemples d'application de l'instrument de décision pour l'évaluation et la notification d'événements pouvant constituer une urgence de sante publique de portée internationale

Les exemples présentés dans la présente annexe ne sont qu'à titre indicatif pour donner des orientations dans l'interprétation des critères de l'instrument de décision.

L'événement répond-il a deux au moins des critères suivants ?

I. Les répercussions de l'évènement sur la santé publique sont-elles graves ?
1. Le nombre de cas et/ou le nombre de décès pour ce type d'évènement est il élevé pour le lieu, la période et la population considérés ?
2. L'évènement risque-t-il avoir d'importantes répercussions sur la santé publique ? Des exemples de situations pouvant causer un impact sérieux sur la sante publique : <ul style="list-style-type: none">✓ évènement causé par un agent pathogène ayant un fort potentiel épidémique (Infectiosité de l'agent, taux de létalité élevée, voies de transmission multiples ou porteur sain).✓ Indication d'échec de traitement (résistance nouvelle ou émergente aux antibiotiques, échec du vaccin, résistance aux antidotes ou échec à des antidotes).✓ L'évènement constitue un risque important pour la santé publique même si le nombre de cas recensé chez l'être humain est nul ou très faible. Cas signalés parmi le personnel de santé. Les populations à risque sont particulièrement vulnérables (réfugiés, couverture vaccinale insuffisante, enfants, personnes âgées, immunodéprimés, dénutris, etc.). Facteurs concomitant susceptibles d'entraver ou de retarder l'action de santé publique (catastrophes naturelles, conflits armés, conditions météorologiques défavorables, foyers multiples dans l'Etat Partie). L'évènement survient dans une zone à forte densité de population. Propagation de matériel toxique ou infectieux ou de matériel dangereux pour d'autres raisons d'origine naturelle ou autre qui a contaminé ou risque de contaminer une population et/ou une vaste zone géographique.
3. Une aide extérieure est-elle nécessaire pour détecter, étudier, endiguer et maîtriser l'évènement en cours ou pour éviter de nouveaux cas ? Voici des exemples de cas ou une assistance pourrait être nécessaire : Ressources humaines, financières, matérielles ou techniques insuffisantes, en particulier : <ul style="list-style-type: none">✓ Moyens s de laboratoire ou épidémiologiques insuffisants pour étudier l'évènement (équipement, personnel, ressources financières).✓ Manque d'antidotes, de médicaments et/ou de vaccins, et/ou de matériel de protection, de décontamination, ou d'équipement d'appui pour couvrir les besoins estimés.✓ Incapacité du système de surveillance existant à détecter de nouveaux cas en temps utile.

Les répercussions de l'évènement sur la santé publique sont-elles graves ?

Répondre "oui" si vous vous aviez répondu "oui" pour les questions 1, 2 ou 3 ci-dessus.

II. l'évènement est-il inhabituel ou inattendu ?

4. L'évènement est-il inhabituel ?

Exemples d'évènements inhabituels :

- ✓ L'évènement est causé par un agent inconnu, ou bien la source, le vecteur, la voie de transmission sont inhabituels ou inconnus.
- ✓ L'évolution des cas est plus grave qu'attendue (notamment le taux de morbidité ou de létalité des cas) ou s'accompagne de symptômes inhabituels.
- ✓ La survenue de l'évènement est inhabituelle pour la zone, la saison ou la population.

5. L'évènement est-il inattendu dans une perspective de santé publique ?

Exemples d'évènements inattendus :

- ✓ L'évènement est causé par une maladie/agent déjà éliminé ou éradiqué de l'Etat Partie, ou encore jamais signalé auparavant.

L'évènement est-il inhabituel ou inattendu ? Répondre « oui » si vous aviez répondu « oui » aux questions 4 ou 5 ci-dessus.

III. Ya-t-il un risque important de propagation internationale?

6. Y a-t-il des signes de liens épidémiologiques prouvés avec des évènements semblables dans d'autres Etats ?

7. Y a-t-il des facteurs susceptibles de nous alerter sur la capacité de l'agent, vecteur ou hôte à passer les frontières ?

Exemples de situations pouvant prédisposer à une expansion sur le plan international:

- ✓ Quand il y a des signes de propagation locale, un cas index (ou d'autres cas qui lui sont associés) observés le mois précédent :
- ✓ Voyages internationaux (ou le temps correspondant à la période d'incubation si l'agent pathogène est connu)
- ✓ Participation à une rencontre internationale (pèlerinage, événement sportif, conférence, etc.)
- ✓ Contact étroit avec un voyageur international ou une population particulièrement mobile
- ✓ Evènement causé par une contamination environnementale ayant le potentiel de se développer au-delà des frontières.
- ✓ Evènement survenant dans une zone de trafic international intense avec une faible capacité de contrôle sanitaire ou de détection environnementale ou de décontamination.

Ya-t-il un risque important de propagation internationale ?

Répondre « oui » si on a répondu « oui » pour les questions 6 ou 7 ci-dessus.

IV. Y a-t-il un risque important de restriction aux voyages ou aux échanges internationaux ?

8. Des évènements semblables survenus dans le passé ont-ils entraîné l'imposition de restrictions aux échanges et / ou aux voyages internationaux ?

9. Soupçonne t-on ou sait-on que la source est un produit alimentaire, de l'eau, ou tout autre marchandise susceptibles d'être contaminés qui ont été exportés vers d'autres Etats ou importés d'autres pays ?
10. L'évènement s'est il produit dans le cadre d'un rassemblement international ou dans une zone de tourisme international intense ?
11. L'évènement a-t-il suscité des demandes d'informations supplémentaires de la part des responsables étrangers ou des média internationaux ?
Y a t-il un risque important de restriction aux voyages ou aux échanges internationaux? Répondre "Oui" si on a répondu "Oui" aux questions 8, 9, 10 ou 11 ci-dessus.

Les Etats Partie ayant répondu "Oui" à la question de savoir si l'évènement satisfait à deux des quatre critères (I-IV) énoncés ci-dessus, doivent adresser une notification à l'OMS en vertu de l'article 6 du Règlement Sanitaire International.

ANNEXE 2C : LISTE DESCRIPTIVE DES CAS

Méningite, Choléra, Diarrhée sanguinolente, rougeole, Ictère fébrile, autre (préciser)																			
MALADIE :																			
Année: _____				Semaine n° : _____				du _____				au _____							
DRS : _____				District : _____				Formation sanitaire : _____											
N°	N° du cas dans la base de données (à remplir au CISSE)	Nom / Prénom	Ville / Village / Secteur	Age		Sexe F/M	Date de début de la maladie	Date de consultation	Statut vaccinal			Examens laboratoire							Evolution (décédé, guéri, évadé, en traitement)
				en année	en mois si < 1an				vaccination (C, H, N, I)	si vacciné, type de vaccin (AC, ACW, ACYW, Hib, ConjuguéA)	Date dernière dose	Prélèvement d'échantillon		Résultats LCR, Selles, OR/NP**				Résultats Sang (Rougeole, Fièvre jaune)	
											(Oui, Non)	Aspect*	Gram / Etat frais	Latex	Culture	PCR	IGM Rougeole/Rubéole	IGM Fièvre jaune	
Autres observations:		Vaccination: Vacciné avec carte = C, Vacciné sans carte = H, Non vacciné = N, Inconnu = I Aspect* : si LCR : (Clair = C) ; (Trouble = T) ; (Hématique/hémorragique =H) ; (Purulent = P) ; (L = louche) si selles : (Aqueux = A) ; (Sanguinolent = S) ; (Glaiseux = G) ; (Glaïro-Sanguinolent = GS) Prélèvement: OR/NP = Oropharyngé/Nasopharyngé Résultats LCR : Gram : (Diplocoque Gram négatif =DGN) ; (Diplocoque Gram positif =DGP) ; (Bacille Gram négatif =BGN) Latex/culture/PCR : (Neisseria meningitidis A, ou C, ou Y, ou X ou W135 = NmA, ou NmC, ou NmY, NmX ou NmW135) ; (Streptococcus pneumoniae = Spn) ; (Haemophilus influenzae b = Hib)																	
Date de transmission au district :								Date de réception au district :											

ANNEXE 2D : FICHE DE COLLECTE DES DONNEES TLOH

TLOH N° _____ du ____/____/____ au ____/____/____/____

Maladies sous surveillance	Nombre de cas	Nombre de décès
Méningite		
Rougeole		
Diarrhée sanguinolente		
Ictère fébrile		
Choléra		
Tétanos néonatal (TNN)		
Paralysie flasque aigüe (PFA)		
Paludisme simple		
Paludisme grave		
Syndromes grippaux (SG)		
Infections respiratoires aigües sévères (IRAS)		
Décès maternels		
Décès néonataux		
	Notifié	Isolé
Ver de Guinée		

NB: Fiche pour archivage au CSPS/unités de soins du CMA/Services du CHR/Services du CHU

Observations :

Nom et signature du responsable

ANNEXE 2F : FORMULAIRE DE RAPPORT TRIMESTRIEL DE DEPISTAGE DES CAS DE TUBERCULOSE

Programme national de lutte contre la tuberculose

CDT de : _____ District sanitaire de : _____ Région sanitaire de: _____
 Trimestre : ____ Année : 20 ____ Date rapport : ____/____/____
 Nombre de malades enregistrés pendant le trimestre: _____

Tuberculose pulmonaire à frottis positifs				Tuberculose pulmonaire à frottis négatifs NC			Tuberculose extrapulmonaire NC			Autres cas	Total	Transfert (venus d'autres CDT)	Test VIH	Nb testé	Nb VIH +	Nb CTX
NC TPM+	Rechute	Echec	Reprise	< 5 ans	5-14 ans	≥ 15 ans	< 5 ans	5-14 ans	≥ 15 ans				NCTP M+	TB TF*		

- * ne pas inclure les malades transférés dans le CDT

CLASSIFICATION PAR AGE ET PAR SEXE DES NOUVEAUX CAS FROTTIS POSITIFS SEULEMENT

Classe d'âge (en année)															Total			
< 5 ans		5-14 ans		15-24 ans		25-34 ans		35-44 ans		45-54 ans		55-64 ans		65 ans et plus		M	F	Total
M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F					

Identité et signature du responsable de l'unité de traitement

Identité et signature du médecin responsable du CDT

ANNEXE 2G : FORMULAIRE DE RAPPORT TRIMESTRIEL DES RESULTATS DE TRAITEMENT

Pour tous les cas de tuberculose enregistrés 12 à 15 mois auparavant

CDT de:
Trimestre _____

District sanitaire de:
Année 20 ____

Région sanitaire de:
Date rapport: _____

1. Résultats de traitement

Type de malade	Guéri	Traitement terminé	Echec	Décédé	Perdus de vue	Transféré	Total
TPM+ NC							
R, E, Rep							
(TPM- et TEP) NC,							
Autres cas							

2. TB/VIH

Type de malades	Nb testé	VIH+	CTX	ARV
TBTF*				

*Ne pas inclure les malades transférés dans le CDT

**Identité et signature du responsable
de l'unité de traitement**

**Identité et signature du médecin
responsable du CDT**

ANNEXE 2H : FORMULAIRE DU RAPPORT TRIMESTRIEL DES ACTIVITES DE BACILLOSCOPIE

Nom du centre : _____ District Sanitaire : _____ Région Sanitaire : _____

Trimestre / Année : _____ Période du _____ au _____ Date : _____

Malades enregistrés

Malades soumis au dépistage	
Malades dépistés positifs	

Frottis

Items	Négatifs	Positifs (1 à 9 BAAR)	Positifs (+ à +++)	TOTAL
Lames lues pour le dépistage				
Lames lues pour le contrôle				

Identité et signature du responsable du laboratoire

Identité et signature du médecin responsable du CDT

Annexe 2I : Formulaire de rapport trimestriel de dépistage des malades mis sous traitement TB-MR

Nom du Centre de traitement de TB-pharmacorésistante	Trimestre Année.....
Nombre total de Patients enregistrés pendant le trimestre considéré.....	Date d'établissement du rapport.....

1 - Nombre de patients détectés MR et UR (XDR) au laboratoire durant le trimestre (date du résultat de l'antibiogramme)

TB-MR TB-Ultra Résistant

2 – Nombre de patients mis sous traitement de TB-MR durant le trimestre

	Nouveaux cas	Déjà traités avec des médicaments de 1ère ligne	Déjà traités avec des médicaments de 2ème ligne
Cas confirmés			
Cas suspects			

Identité et signature du Médecin responsable de l'Unité de prise en charge des cas de TB pharmaco résistante

ANNEXE 2J : FORMULAIRE DE RAPPORT ANNUEL DES RESULTATS DE TRAITEMENT DES CAS CONFIRMES DE TB-MR

Nom du Centre de traitement.....	Patients enregistrés pendant letrimestre année.....
	Date d'établissement du rapport.....

Groupe de malades	Guéri	Traitement terminé	Echec	Décédé	Perdu de vue	Transféré	Sortie du traitement	Encore en traitement	Total
Nouveau cas									
Patients déjà traités avec des médicaments de 1ère ligne									
Patients déjà traités avec des médicaments de 2ème ligne									
Total									

Identité et signature du Médecin responsable de l'Unité de prise en charge des cas de TB pharmaco résistante

ANNEXE 2K : FORMULAIRE DE RAPPORT TRIMESTRIEL SUR LA LEPRE

Mouvement/formes Cliniques	MB				PB				TOTAL	
	0-14 ans		15 ans et plus		0-14 ans		15 ans et plus		M	F
	M	F	M	F	M	F	M	F		
Malades inscrits en début du mois										
Nouveaux cas										
Rechute à la PCT										
Total des entrées										
Guéris										
Décédés										
Disparus ou abandons										
Autres cas sortis										
Autres cas de sortis										
Total des sorties										
Malades en traitement a la fin du mois										
Nombre de cas MPP nouvellement mis sous traitement										
Nombre de cas de névrites nouvellement mis sous traitement										
Nombre de réactions lépreuses nouvellement dépistés										
Infirmités degré 2										

SECTION 3 : Analyser les données

Cette section explique comment :

- Recueillir, traiter et archiver les données transmises par les sites de notification ;
- Analyser les données en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles ;
- Analyser les résultats en fonction des seuils pour décider des actions de santé publique ;
- Tirer des conclusions sur la base des résultats de l'analyse ;
- Synthétiser et utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer les actions de santé publique.

3.0. Analyser les données

L'analyse des données constitue un volet important de la surveillance.

Il ne suffit pas de collecter, d'enregistrer et de rapporter des chiffres sur la maladie, les décès et les handicaps dans la zone desservie mais il faut aussi les analyser à chaque niveau où ils ont été collectés. Cette analyse apporte l'information dont on se servira pour prendre des mesures de santé publique pertinentes, appropriées et à temps.

Ainsi, l'analyse des données de la surveillance permet :

- de suivre les tendances et de prendre rapidement des mesures de santé publique ;
- d'identifier les zones et les personnes à risque pour une maladie ou un événement ;
- de déceler des causes probables des problèmes et de trouver d'éventuelles solutions adéquates ;
- d'apprécier la qualité d'une intervention en santé publique.

Cette section traite principalement de l'analyse des données à tous les niveaux. Elle décrit comment collecter les données de surveillance et les analyser en fonction du temps, du lieu et des caractéristiques individuelles. L'analyse peut être réalisée manuellement ou au moyen d'un système informatisé. Cette section présente également les différentes méthodes utilisées pour l'analyse, ainsi que les étapes d'interprétation et de synthèse des résultats.

3.1. Recueillir, traiter et archiver les données transmises par les sites de notification

Les données de surveillance circulent des sites de notification notamment des formations sanitaires vers les niveaux hiérarchiques supérieurs. Ces données sont enregistrées dans des formulaires standardisés et envoyées à l'équipe cadre de district. Au niveau du district, l'équipe cadre les compile, élabore les rapports et les envoie au niveau régional qui à son tour les transmet au niveau central après synthèse.

3.1.1. Recueillir les données

Toutes les données reçues doivent être soigneusement enregistrées. L'équipe de surveillance de chaque niveau ou du site qui reçoit les données doit :

- accuser réception en consignant la date à laquelle les données ont été reçues, leur objet et l'expéditeur ;
- consigner dans un registre approprié les données ou rapports de surveillance reçus des sites de notification (confère Annexe 2E, Section 2) ;
- examiner la qualité des données ;
- vérifier si le formulaire (papier ou fichier électronique) est rempli de façon précise et complète ;
- s'assurer que le formulaire ne comporte pas de renseignements contradictoires ;

- vérifier si toutes les données sont parvenues et à temps ;
- rassembler les données et les stocker dans une base de données.

Remarque - On s'assurera que le personnel de santé qui enregistre, notifie ou stocke les données, comprend combien la discrétion et la confidentialité sont nécessaires. Voir l'Annexe 17 à la fin de section 2 Inexistant pour des conseils concernant la gestion des données de surveillance dans le domaine de la santé publique.

3.1.2. Saisir et épurer les données

A chaque niveau, il convient de saisir les données provenant des différents sites de notification. Il est important de repérer les problèmes et d'épurer les données avant de débiter l'analyse. C'est une étape essentielle du traitement des données. En effet, les tendances et la cartographie des maladies seront imprécises, si les données saisies sur le nombre de cas, le moment de leur apparition ou leur localisation géographique ne sont pas exactes.

Les données de surveillance peuvent être saisies et compilées manuellement ou au moyen d'un système informatisé si on dispose d'un ordinateur.

Indépendamment de la méthode utilisée, il faut procéder comme suit :

- les notifications tardives des semaines ou des mois précédents doivent être saisies dans la semaine ou le mois correspondant et les totaux recalculés en conséquence ;
- éviter de dupliquer les entrées en utilisant l'identifiant unique inscrit sur le dossier ou le formulaire de notification du cas. Cet identifiant permet de vérifier et d'éviter que les mêmes données soient saisies plusieurs fois ;
- tablir des contacts fréquents avec les sites de notification, afin de clarifier certains points, éviter les lacunes d'information et discuter des éventuelles incohérences détectées dans la notification.

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

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

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

L'analyse des données de surveillance doit répondre aux questions suivantes :

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

Pour s'assurer que chaque mois on analyse au moins les données synthétiques de routine pour les maladies, affections et évènements prioritaires, il est conseillé d'archiver les données d'analyse à tous les niveaux. Les graphiques, tableaux et cartes recommandés pour l'analyse des données relatives aux maladies prioritaires sélectionnées peuvent être rassemblés dans un classeur ou affichés. Une fois par mois, les graphiques et les tableaux sont mis à jour et donnent lieu à des conclusions.

Ces résultats d'analyse peuvent être facilement vérifiés lors d'une visite de supervision ou lorsqu'une équipe de niveau supérieur (district, régional ou central) souhaite obtenir des informations sur la riposte aux évènements sanitaires dans la région. Les instructions concernant l'élaboration et la mise à jour d'un registre d'analyse figurent à l'annexe 3A à la fin de cette section.

Le tableau suivant présente les objectifs, les méthodes et outils recommandés pour l'analyse des données de surveillance.

Tableau 6 : Type d'analyse, objectifs, outils et méthodes

Type d'analyse	Objectifs	Outils	Méthodes
Temps	Détecter des changements brusques ou à long terme dans la survenue des maladies ou d'un évènement inhabituel, leur nombre et l'intervalle entre le moment de	Présenter les totaux synthétiques sous forme de tableau , de graphique linéaire ou d' histogramme .	Comparer le nombre de cas notifiés pendant la période en cours avec le nombre de cas notifiés durant une période antérieure (semaines,

	l'exposition et l'apparition des symptômes.		mois, saisons ou années).
Lieu	Déterminer le lieu où surviennent les cas (notamment pour identifier les zones à haut risque ou les concentrations de populations à risque).	Pendant une épidémie, représenter le nombre de cas sur une carte détaillée du district ou de la zone affectée.	Représenter le nombre de cas sur une carte pour déceler : des cas groupés tout lien entre le lieu où les cas ont été recensés et l'événement sanitaire faisant l'objet d'une enquête.
Caractéristiques de personne	Décrire les raisons des changements dans la survenue de la maladie, la manière dont s'est produit le changement, les populations les plus exposées à la maladie et les facteurs de risque potentiels.	Présenter sous forme de tableau des données spécifiques relatives à la population affectée.	En fonction de la maladie, caractériser les cas d'après les données notifiées pour la surveillance cas par cas, telles que l'âge, le sexe, le lieu de travail, le statut vaccinal, le niveau d'éducation et d'autres facteurs de risque connus pour les maladies.

3.2.1. Analyser les données en fonction du temps

Le but de l'analyse des données en fonction d'éléments chronologiques est de détecter les variations relatives au nombre de cas et décès à travers le temps. L'observation des tendances dans l'évolution chronologique des maladies permet d'identifier à quel moment se produisent les fluctuations récurrentes et de les prévoir.

Les données chronologiques provenant des fiches de notification des cas et des listes descriptives sont généralement représentées sous forme de graphique (exemple : graphique 1, graphique 2 et graphique 3). Les cas et décès (nombre ou taux) sont placés sur l'axe vertical (ordonnées) tandis que la période évaluée se situe sur l'axe horizontal (abscisses). L'annexe 3B de cette section explique comment *faire un graphique manuellement*.

On peut également indiquer sur le graphique les événements passés susceptibles d'affecter la maladie analysée.

A l'aide de flèches, mettre en évidence les événements importants sur l'histogramme.

Par exemple, à partir du registre des épidémies et rumeurs, repérer les dates des événements suivants :

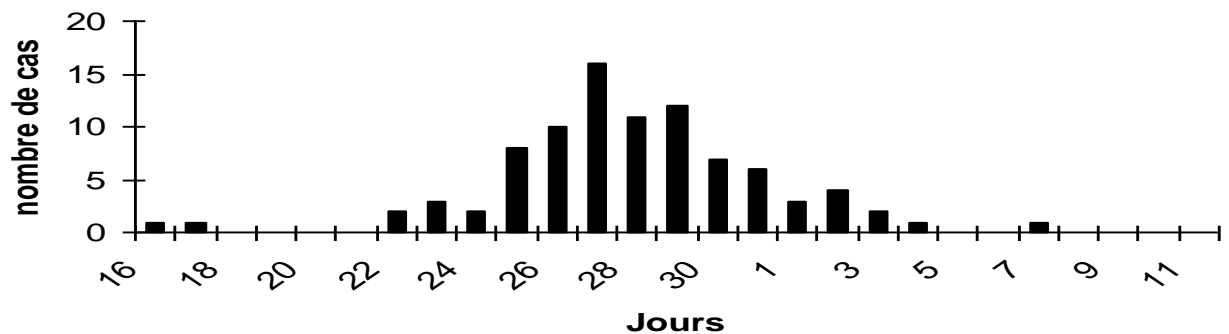
- apparition du premier cas (ou cas initial) ;

- notification au niveau du district par la formation sanitaire ;
- consultation du premier cas dans la formation sanitaire ;
- début de l'investigation de cas menée par le district ;
- début d'une riposte concrète ;
- notification au niveau régional par le district ;
- notification au niveau national par la région.

Les résultats de cette analyse en fonction du temps permettent aux utilisateurs de ces données de revenir sur l'épidémie et de répondre à des questions telles que :

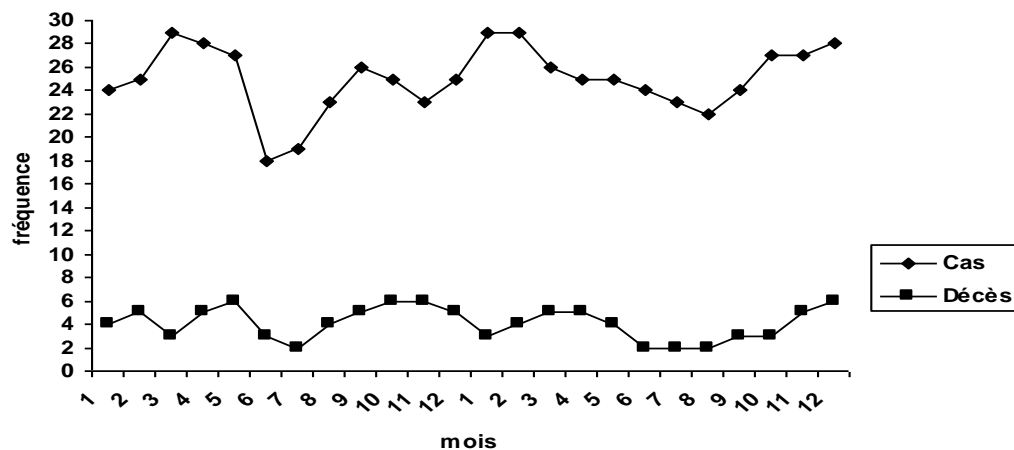
- quand les patients ont-ils été exposés à la maladie ?
- Quelle a été la durée de la période d'incubation ?

Graphique n°1 Exemple de diagramme en barres :



Nombre de cas de méningite par jour du 16 mars au 11 avril 2007 dans le district de Kaya

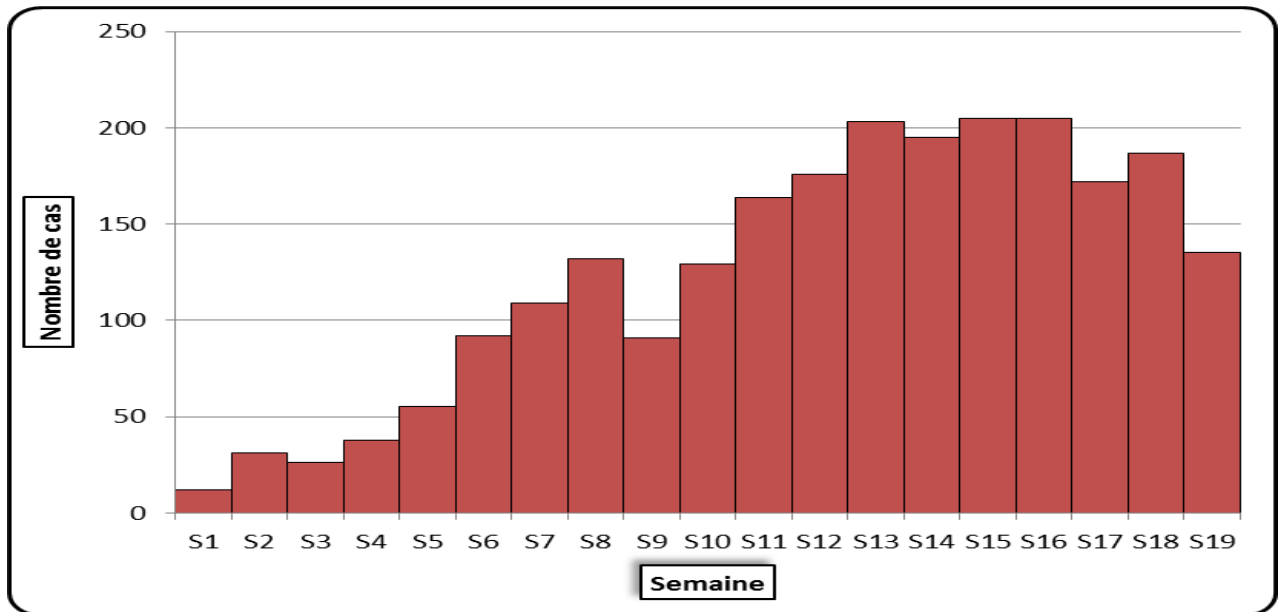
Graphique n°2 Exemple de graphique linéaire



Nombre de cas de décès de diarrhée sanguinolente par mois dans le district sanitaire de Houndé des années 2006 et 2007.

L'histogramme similaire au graphique linéaire, représente les cas à l'aide de carrés plutôt que par des lignes reliant les points tracés. On utilisera les histogrammes pour analyser les

données épidémiologiques et dégager une courbe épidémique. Pour les maladies à potentiel épidémique élevé, l'évolution chronologique peut être exprimée par des intervalles de 1, 2, 3 jours ou d'une semaine ou par des échéances plus longues. Dans un histogramme, les cas sont représentés sur le graphique sous forme de colonnes contiguës représentant les cas ou décès survenus lors de périodes d'observation continues.



Graphique n°3 Exemple d'histogramme : Evolution de l'incidence hebdomadaire des cas de méningite en 2011 dans le district sanitaire de Ouargaye (S1 à S19)

3.2.2. Analyser les données en fonction du lieu

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

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

- les groupes de cas survenant dans une zone particulière ;
- les profils de déplacement en rapport avec le mode de transmission de la maladie ;
- les sources d'infection communes à tous les cas.

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

- les routes, les points d'eau, la localisation des populations particulières et autres facteurs associés à la transmission du risque de maladie ou de l'affection en cours d'investigation. Ainsi, pour le tétanos néonatal, indiquer sur la carte les lieux où

exercent des accoucheuses traditionnelles, ainsi que les structures de soins où les mères viennent accoucher ;

- les lieux de résidence des patients ou caractéristiques géographiques les plus pertinentes pour cette maladie ou affection (par exemple : villages, voisinage, camp de travail ou camp de réfugiés. Autre exemple : dans le cas d'une épidémie de méningite chez de jeunes patients, penser à indiquer sur la carte l'école où les patients sont scolarisés.) ;
- les autres lieux pertinents selon la maladie ou l'affection en cours d'investigation. Consulter les directives spécifiques aux maladies à propos des recommandations particulières pour l'analyse des données en fonction du lieu.

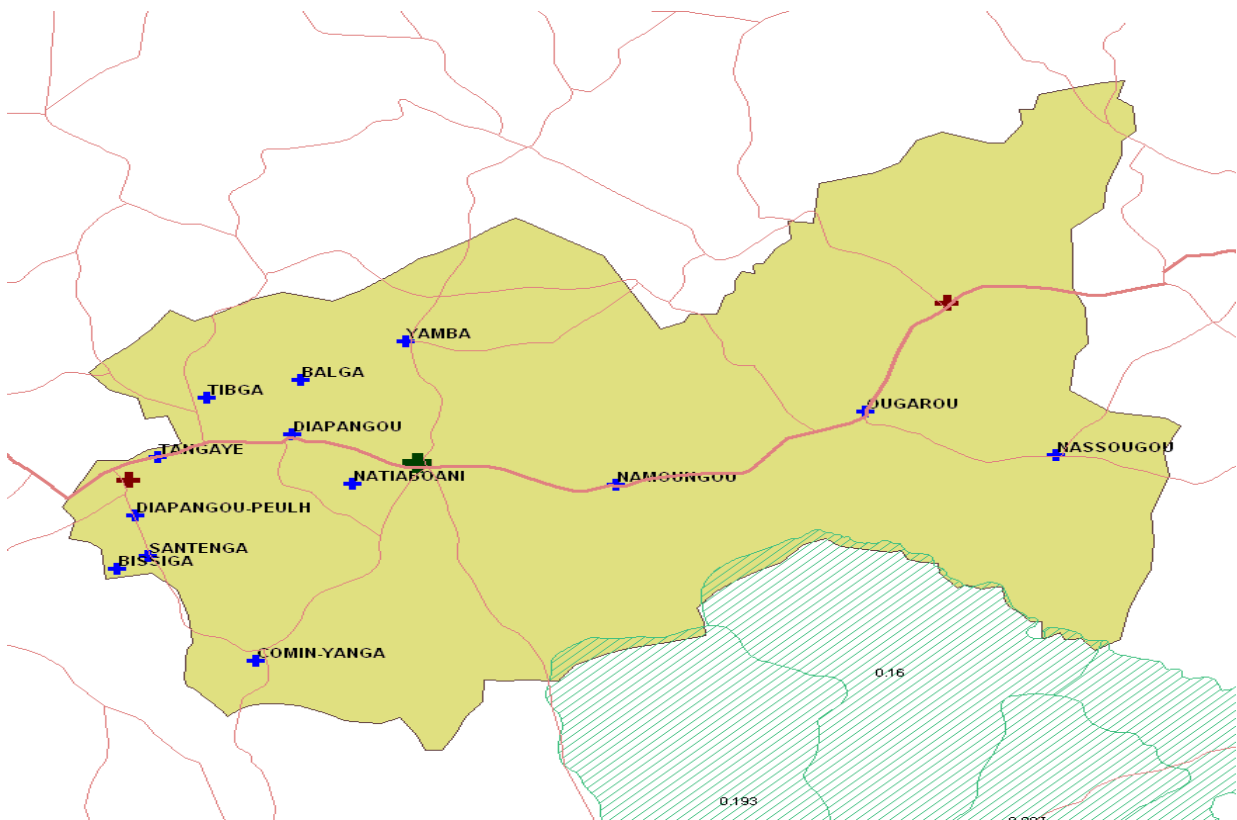
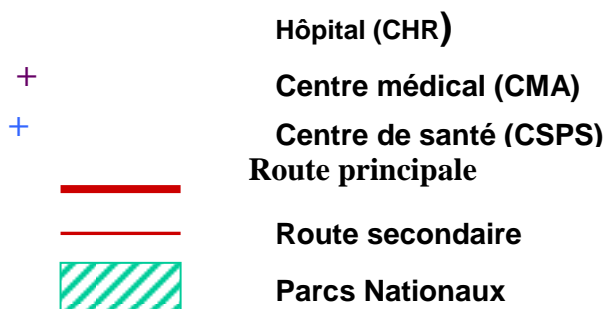


Figure n°1: Carte du district sanitaire de Fada N'Gourma



3.2.3. Analyser les données en fonction des caractéristiques individuelles

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

Répartir les cas en fonction de chaque variable individuelle inscrite dans le formulaire de notification.

Par exemple, comparer le nombre total et la proportion de cas présumés et confirmés en fonction de :

- l'âge ;
- le sexe ;
- la profession ;
- le lieu de résidence urbain ou rural ;
- le statut vaccinal ;
- les facteurs de risque ;
- l'issue de la maladie ;
- la classification finale.

Par exemple, si on a recueilli des renseignements sur une épidémie de paludisme, préciser les tranches d'âge ciblées par le Programme National de Lutte contre le Paludisme. Comparer le nombre de cas détectés par tranche d'âge : 2 mois à 11 mois, 1 an à 5 ans, 6 ans à 13 ans, 14 ans et plus.

Cette analyse des données en fonction des caractéristiques individuelles est plus facile à réaliser quand on dispose de données au cas par cas.

Identifier le numérateur et le dénominateur

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

- Le **numérateur** est le nombre d'événements spécifiques mesurés. C'est par exemple le nombre effectif de cas ou de décès imputables à une maladie particulière. Autre exemple: le nombre de cas de ver de Guinée survenus au cours de l'année chez les enfants de moins de 5 ans.
- Le **dénominateur** correspond au nombre total d'évènements mesurés ou à la taille de la population d'où sont issus les cas et les décès (population totale dans laquelle se sont présentés les cas ou décès imputables à une maladie spécifique, ou la population à risque).

On peut utiliser de simples pourcentages pour comparer des informations relatives à des populations de tailles différentes. Par exemple, dans les formations sanitaires de Zamsé et Zorgho on a dénombré respectivement 42 et 30 cas de rougeole en 2007.

Si on compare uniquement le nombre des cas notifiés par les deux formations sanitaires, il semble que la rougeole survient plus dans la formation sanitaire de Zamsé que dans celle de Zorgho.

Lorsqu'on rapporte le nombre des cas notifiés par les formations sanitaires Zamsé et Zorgho au nombre d'enfants d'âge scolaire dans chaque zone de couverture, la situation devient plus claire.

Sachant que la taille de la population des enfants d'âge scolaire est de 11 500 à Zamsé et 6 000 à Zorgho.

On peut calculer un pourcentage du nombre de cas de rougeole au cours de l'année écoulée chez les enfants d'âge scolaire. L'agent de district peut alors comparer l'impact de la maladie sur chaque formation sanitaire. Le numérateur est le nombre de cas enregistrés au cours d'une année. Le dénominateur est le nombre d'enfants d'âge scolaire à risque vivant dans la zone de couverture.

Ainsi on a $42/11500$ soit 0,4 % et $30/6000$ soit 0,5%.

Dans l'exemple, l'incidence cumulée est plus élevée dans la formation sanitaire de Zorgho que dans celle de Zamsé.

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

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

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

Pour réaliser un tableau, la procédure est la suivante :

- déterminer le type d'information à présenter. Par exemple, l'analyse des cas et décès imputables à la rougeole par tranches d'âge ;
- définir le nombre de colonnes et de lignes nécessaires. Ajouter une ligne supplémentaire au bas du tableau et/ou une colonne supplémentaire à droite pour indiquer les totaux. Dans l'exemple, on aura besoin d'une ligne pour chaque classe d'âge et d'une colonne pour chaque variable, telle que le groupe d'âge ou les cas et décès ;
- légénder chaque ligne et chaque colonne ;

- reporter le nombre total de cas et de décès, en vérifiant bien que chaque chiffre correspond à la bonne ligne et à la bonne colonne.

Tableau 7 : Répartition des cas et décès de rougeole déclarés par tranche d'âge dans la formation sanitaire de Gompoussougou durant l'année 2011 (Exemple)

Groupe d'âge	Nombre de cas déclarés	Nombre de décès
0 - 4 ans	40	4
5 - 14 ans	9	1
15 ans et plus	1	0
Total	50	5

3.2.3.2. Calculer le pourcentage de cas d'une tranche d'âge donnée

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

L'information contenue dans le tableau permettra :

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

Tableau 8 : Répartition des cas de rougeole notifiés par tranche d'âge dans la formation sanitaire Gompoussougou durant l'année 2007

Tranche d'âge	Nombre de cas notifiés	Pourcentage des cas notifiés par tranche d'âge
0 - 4 ans	40	80
5 - 14 ans	9	18
15 ans et plus	1	2
Total	50	100

3.2.4. Calculer la létalité

La létalité d'une maladie traduit sa capacité à tuer. Parmi tous les cas d'une maladie qui survient à un endroit donné, c'est la proportion de ceux qui sont décédés.

La *létalité* permet :

- de déterminer si un cas est identifié et rapidement pris en charge ;
- de déceler tout problème éventuel dans la prise en charge des cas une fois que la maladie a été diagnostiquée : retard de mise en route du traitement; mauvaise qualité des soins ou absence de soins médicaux ;
- de comparer la qualité de la prise en charge des cas entre zones de couverture, villes et districts différents ;
- d'identifier un agent pathogène plus virulent, émergent ou chimio-résistant ;
- d'identifier les conditions prédisposant aux formes graves de la maladie (malnutrition, déficit immunitaire...).

Les programmes de santé publique peuvent réduire la létalité en s'assurant que les cas sont rapidement décelés et que la prise en charge est de bonne qualité. Certaines recommandations concernant la lutte contre des maladies spécifiques s'appuient sur la réduction de la létalité pour mesurer l'efficacité de la riposte.

Pour calculer la létalité :

- dénombrer le total des décès liés à la maladie (dans l'exemple sur la rougeole, 5 décès ont été recensés) ;
- rapporter le nombre total de décès liés à la maladie au nombre total de cas notifiés (dans l'exemple, 50 cas et 5 décès ont été notifiés: $5 \text{ divisé par } 50 = 0,10$) ;
- multiplier ce résultat par 100 ; ($0,10 \times 100 = 10\%$).

Tableau 9 : Létalité de la rougeole par tranche d'âge dans la formation sanitaire de Gompoussougou durant l'année 2011

Tranche d'âge	Nombre de cas notifiés	Nombre de décès	Létalité (%)
0 - 4 ans	40	4	10
5 - 14 ans	9	1	11
15 ans et plus	1	0	0
TOTAL	50	5	10

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

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

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

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

Le *seuil d’alerte* indique au personnel de santé et à l’équipe de surveillance qu’il est nécessaire d’approfondir les investigations. Selon la maladie ou l’affection, le seuil d’alerte peut être atteint :

- dès la notification d’un seul cas présumé (c’est ce qui se passe pour certaines maladies à potentiel épidémique ou faisant l’objet de mesures d’élimination ou d’éradication) ou
- lorsqu’on observe dans les notifications récapitulatives mensuelles ou hebdomadaires une augmentation de cas inexplicée ou un tableau de morbidité inhabituel sur une certaine période de temps.

Le *seuil épidémique ou seuil d’intervention* déclenche une riposte précise. Il indique les données spécifiques ou le résultat d’enquête qui signale la nécessité d’une intervention allant au-delà de la confirmation ou de la clarification du problème. Parmi les actions possibles on peut citer la communication de la confirmation des cas par le laboratoire aux centres de santé affectés, la mise en œuvre d’une intervention d’urgence (telle qu’une activité de vaccination), une campagne de sensibilisation communautaire ou encore des pratiques améliorées de lutte contre les infections dans le cadre du système de santé.

En fonction des résultats de la surveillance, on peut proposer plusieurs seuils d’intervention :

- pour les maladies peu fréquentes ou faisant l’objet de mesures d’éradication, la détection d’un seul cas suggère une épidémie. En effet, dans de telles circonstances, la survenue d’un cas est inhabituelle et constitue donc un évènement sanitaire grave, car ces maladies rares ou ciblées pour l’éradication présentent un potentiel de propagation rapide ou des létalités élevées ;
- dans d’autres situations, il faudra un certain nombre de cas pour déclencher une riposte.

Les seuils d’intervention pour les maladies prioritaires sont communiqués par le niveau central à tous les sites de notification du système de santé. Ces seuils d’intervention sont périodiquement évalués et révisés au niveau national ou international, selon les tendances observées des maladies, affections ou évènements faisant l’objet d’une surveillance. Les

données de surveillance peuvent ainsi être directement utilisées pour prendre des mesures au niveau où elles ont été recueillies. .

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

3.4. Synthétiser les résultats de l'analyse

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

- les tendances relatives aux consultations internes décrivent les augmentations ou diminutions liées aux cas les plus graves. On a plus de chances de détecter les décès parmi les patients hospitalisés. La notification d'un cas selon la définition standard sera probablement plus précise que celle d'un cas en consultation externe ;
- les fluctuations observées peuvent être causées par des facteurs autres qu'une progression ou une régression réelle du nombre de cas et de décès. L'objectif des programmes en ce qui concerne les activités de lutte contre la maladie dans votre région devrait être de réduire le nombre de cas et de décès sur une certaine période de temps ;
- si cette diminution ne se produit pas et qu'on assiste à une stabilisation ou une augmentation du nombre de cas, il y a lieu de s'interroger sur les facteurs susceptibles d'affecter la notification, en tentant de répondre aux interrogations suivantes :
 - le nombre de formations sanitaires notifiant des informations a-t-il changé?
 - La définition de cas utilisée pour notifier la maladie ou l'affection a-t-elle été modifiée?
 - L'augmentation ou la diminution a-t-elle une variation saisonnière?
 - A-t-on modifié les programmes de dépistage ou de traitement?
 - A-t-on renforcé les activités périphériques ou d'éducation sanitaire à l'intention des communautés, entraînant ainsi une augmentation de la demande de soins?
 - La région a-t-elle connu récemment un mouvement d'immigration ou d'émigration ou une augmentation des populations réfugiées?
 - Y'a-t-il eu un changement au niveau de la qualité des services offerts par la structure sanitaire? Par exemple: temps d'attente réduit, personnel de santé plus accueillant, médicaments disponibles, soins payants.

3.5. Tirer les conclusions des résultats de l'analyse

Revoir et réactualiser régulièrement les graphiques, les cartes et les tableaux et réunir l'équipe cadre du district (ou l'équipe appropriée) pour examiner avec elle les résultats de l'analyse et

en discuter. Etudier systématiquement les résultats en suivant le plan d'analyse du district (confère Annexe 3A), s'il existe. Le cas échéant, examiner les résultats pour évaluer si la situation s'améliore ou non, et trouver des raisons à la situation observée.

3.6. Utiliser les résultats de l'analyse pour améliorer l'action de santé publique

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

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

La Section 4 décrit comment enquêter sur des problèmes de santé publique.

La Section 7 se penche sur la communication d'informations en retour à l'intention d'autres niveaux du système de santé et de la communauté.

ANNEXES DE LA SECTION 3

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

Annexe 3B Comment réaliser un graphique manuellement

Annexe 3C Comment réaliser une carte

ANNEXE 3A : ELABORER UN PLAN POUR L'ANALYSE REGULIERE DES DONNEES DE SURVEILLANCE

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

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

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

2. Calculer pour chaque district (ou autre niveau) des taux hebdomadaires ou mensuels

Mettre à jour le nombre de cas et de décès notifiés sur toute l'année. Cette synthèse d'information permet de décrire plus facilement ce qui s'est passé dans la période de notification donnée.

3. Préparer des totaux récapitulatifs des cas, des décès et des létalités, depuis le début de la période de notification

4. Utiliser les variables géographiques (hôpitaux, lieu de résidence, site de notification, voisinages, village, etc.) pour étudier la répartition des cas en fonction du lieu.

Cette information facilitera l'identification des zones à risque.

5. Analyser les tendances, au moins pour les maladies prioritaires dans le district.

Suivre les variations des nombres de cas et de décès et les létalités pour identifier toute augmentation ou profil inhabituel de la maladie.

ANNEXE 3B : COMMENT REALISER UN GRAPHIQUE MANUELLEMENT

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

Annexe 3C : Comment réaliser une carte

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

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

SECTION 4 : Investiguer les flambées épidémiques notifiées et autres événements de santé publique

Cette section décrit les points suivants :

- A quel moment décider d'investiguer sur une épidémie ou autre évènement de santé publique suite à leur notification ;
- Comment enregistrer les notifications d'épidémies, d'évènements sanitaires et de rumeurs ;
- Comment vérifier l'information notifiée ;
- Comment préparer l'investigation ;
- Comment confirmer l'épidémie ou l'évènement sanitaire ;
- Comment prendre des mesures de riposte immédiates ;
- Comment analyser les résultats de l'investigation pour déterminer l'origine du problème sanitaire.

4.0. Investiguer les flambées épidémiques notifiées et autres événements de santé publique

On a recours à l'investigation pour identifier et évaluer les personnes exposées à une maladie infectieuse ou affectées par un événement sanitaire inhabituel. Les recherches menées fournissent des informations importantes qui serviront à la fois à prendre des mesures immédiates et à améliorer les activités de prévention à plus long terme.

La procédure utilisée pour une enquête épidémiologique portant sur une flambée épidémique possible provoquée par une maladie infectieuse est également applicable dans le cadre de la recherche sur les maladies non transmissibles et sur les autres événements sanitaires au niveau du district.

Les objectifs d'une investigation sont les suivants :

- confirmer l'épidémie ou le problème sanitaire et évaluer les risques ;
- identifier et traiter les cas supplémentaires qui n'ont pas été notifiés ou reconnus ;
- recueillir des informations et des échantillons d'analyse pour confirmer le diagnostic ;
- identifier la source de l'infection ou la cause de la flambée ;
- décrire la manière dont se transmet la maladie et définir les populations à risque ;
- choisir les activités de riposte appropriées pour contrôler l'épidémie ou l'évènement sanitaire ;
- renforcer les activités de prévention pour éviter toute récurrence de l'épidémie.

La responsabilité des investigations est confiée aux équipes d'intervention rapide mises en place à tous les niveaux de la pyramide sanitaire.

4.1. Quand investiguer ?

Pour certaines maladies transmissibles, un seul cas suspect peut déclencher une action, une notification à un niveau supérieur et une investigation. En effet, elles peuvent provoquer des flambées explosives ou entraîner une létalité élevée si les cas ne sont pas traités rapidement.

Pour d'autres maladies, le déclenchement d'une action se fera au moment du franchissement d'un seuil préalablement défini. A partir de cet instant, le personnel de santé veillera à mener rapidement une investigation sur le problème et à prendre en charge les personnes touchées. Il se préparera également à lancer une réponse plus large en matière de santé publique. Les seuils d'alerte et d'intervention sont décrits dans la Section 3.3

Les districts s'emploieront à mener des recherches sur les flambées présumées au plus tard 24 heures après la notification.

Une investigation épidémiologique est lancée dans les cas suivants :

- le district reçoit la notification d'un cas présumé de maladie à déclaration immédiate ;
- on constate un accroissement inhabituel du nombre de cas ou de décès au cours d'une analyse systématique des données ;
- les seuils d'alerte ou d'intervention sont atteints pour les maladies prioritaires ;
- les communautés signalent des rumeurs de décès ou un grand nombre de cas en dehors des formations sanitaires ;
- il se présente une série groupée de décès dont la cause est inexplicée ou inhabituelle (par exemple, des adultes décédés à la suite d'épistaxis et fièvre).

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

Il faut enregistrer les notifications d'épidémies, d'évènements sanitaires et de rumeurs envoyées au district et pouvoir s'assurer que ces notifications ont donné lieu à des actions et permis de prendre des résolutions.

Un modèle de formulaire destiné à enregistrer les informations venant des structures sanitaires ou des communautés sur les épidémies figure à l'Annexe 4A de cette section.

L'enregistrement de ces informations permettra d'évaluer la promptitude et la complétude de l'enquête épidémiologique et du processus de réponse.

NB : Conserver les documents d'analyse de toute situation d'épidémies, d'évènements sanitaires et de rumeurs.

4.3. Vérifier l'information notifiée

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

Les facteurs suivants sont à prendre en compte :

- source de l'information (par exemple, la source de la rumeur est-elle fiable? Le rapport provient-il d'une formation sanitaire?) ;
- gravité de la maladie ;
- nombre de cas et décès notifiés ;
- âge et sexe des cas et des décès rapportés ;
- mode de transmission et risque de propagation ;
- considérations politiques et géographiques ;
- relations publiques ;
- ressources disponibles.

La situation épidémique, à la lumière des facteurs précités, peut inciter le district à accélérer l'enquête. Les notifications de cas suspects de fièvre jaune, par exemple, peuvent être traités avec plus d'urgence qu'une notification de cas de tétanos maternel et néonatal car le risque

de propagation de la Fièvre Jaune est plus important. Indépendamment des facteurs en présence, les suspicions d'épidémies (y compris les cas immédiatement notifiables) doivent être déclarées par les formations sanitaires dans un délai de 24 heures.

4.4. Préparer l'investigation

Le responsable de la structure doit coordonner les objectifs de l'enquête avec les autres membres de l'équipe d'intervention rapide et s'assurer que ces objectifs permettront de produire des informations indispensables à la mise en œuvre d'activités de riposte appropriées et pertinentes. Cette équipe devra planifier l'utilisation de méthodes adaptées à la maladie ou à l'affection faisant l'objet de l'investigation. Si des activités de planification préalable et de réponse en matière d'épidémiologie ont déjà été menées dans le district ou dans la formation sanitaire, le personnel capable de participer à l'enquête devrait déjà être identifié et formé.

4.4.1. Spécifier les tâches incombant au personnel de santé

Le personnel de santé devra être informé des tâches qu'il est censé accomplir durant l'investigation et des fonctions qu'il doit appuyer. On veillera également à motiver les enquêteurs, en s'assurant, par exemple, que l'équipe chargée de l'investigation comprend bien le rapport entre les résultats de l'enquête et le choix de la riposte qui permettra de prévenir la propagation de la maladie et de sauver des vies.

4.4.2. Définir les procédures de communication

Il faut établir un plan de communication pour les équipes. Pour ce faire, on préparera un diagramme indiquant les différents niveaux hiérarchiques et la manière dont l'information doit circuler aussi bien au sein de l'équipe chargée de l'enquête qu'entre le district et les autres niveaux. Il s'agit de définir, par exemple, qui va communiquer avec le ministère de la Santé, les médias et la communauté. On définira en outre les méthodes de communication et la fréquence des communiqués à l'intention des autorités tout au long de l'épidémie. On envisagera notamment la diffusion de mises à jour quotidiennes par radio, télévision, téléphone, fax, courrier électronique, audio/visio-conférences, points de presse. Sur le diagramme, on indiquera les niveaux de responsabilité et le rôle de chaque membre de l'équipe.

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

4.4.3. Déterminer le lieu de l'enquête

Examiner les informations déjà connues à propos de la maladie suspectée, y compris son mode de transmission et les facteurs de risque. A partir de ces indications, définir les limites

géographiques et la population cible de l'enquête. Commencer les recherches dans la zone la plus touchée.

Contacter les formations sanitaires voisines pour voir si elles ont enregistré des cas similaires ou une augmentation de cas avec diagnostic identique.

Faire participer la communauté et le personnel de la formation sanitaire locale à la planification et à la réalisation de l'enquête. Certaines informations concernant les coutumes, la culture et les habitudes de la population locale peuvent influencer sur les chances de succès de l'opération.

4.4.4. Obtenir les autorisations requises

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

4.4.5. Mettre au point les formulaires et méthodes de collecte de données et d'échantillons

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

Choisir les variables pour l'identification, l'enregistrement et l'analyse des données relatives à la maladie faisant l'objet de l'enquête.

Selon les responsabilités du personnel, étudier comment identifier et enregistrer l'information pour la préparation des outils suivants :

- liste descriptive pour la synthèse de l'analyse chronologique, spatiale et individuelle ;
- courbe épidémique ;
- carte détaillée ;
- tableaux d'analyse pour les facteurs de risque, la tranche d'âge, le sexe, l'état vaccinal, etc.

La procédure est décrite dans la Section 3.

4.4.6. Organiser les déplacements et autres aspects logistiques

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

4.4.7. Rassembler les médicaments, matériels et consommables nécessaires pour le prélèvement d'échantillons et le traitement des premiers cas

Le district doit disposer d'une trousse d'intervention rapide contenant des médicaments, matériels, consommables et équipements à l'usage des enquêteurs.

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

Il est indispensable de porter la tenue de protection individuelle et de se servir des matériels de désinfection. (*se référer à l'Annexe 4D*)

Voir le tableau des laboratoires (Annexe 1D) et les directives spécifiques aux maladies (Section 9.0).

4.5. Confirmer l'épidémie ou l'évènement sanitaire

4.5.1. Rechercher les données cliniques et épidémiologiques

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

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

4.5.2. Recueillir des échantillons et obtenir les résultats des examens de laboratoire

Si la maladie peut être confirmée par des examens de laboratoire, on se référera au tableau des laboratoires dans la Section 1 (Annexe 1D). Pour déterminer le test diagnostic et l'échantillon requis. Dans ce tableau il est également indiqué comment collecter, conserver et expédier l'échantillon et combien d'échantillons il faut recueillir afin de confirmer une épidémie pour une maladie particulière.

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

4.6. Prendre des mesures de riposte immédiates

4.6.1. Isoler et traiter les cas selon les besoins

Il s'agira de renforcer la prise en charge des cas dans les formations sanitaires et de leur fournir des conseils, de l'appui en médicaments, matériels et consommables selon les indications fournies par les directives concernant la prise en charge des cas. On réalisera notamment les activités suivantes :

- surveiller les signes/symptômes des patients ;
- traiter le patient avec les médicaments et thérapies recommandés dont on dispose ;
- apporter un soutien à la formation sanitaire en améliorant la lutte contre les infections selon les besoins et en fonction de la maladie visée. Les précautions standard seront appliquées pour tous les patients consultés dans la formation sanitaire, surtout au cours d'une épidémie de maladie transmise par contact avec des objets contaminés et des liquides corporels.

4.6.2. Rechercher les cas supplémentaires

Une fois que les premiers cas ont été confirmés et que la prise en charge a commencé, il convient de rechercher activement d'autres cas.

4.6.2.1. Rechercher les cas présumés dans les registres des formations sanitaires

Dans les formations sanitaires ayant notifié des cas, on recherchera dans les registres si d'autres cas voire des décès ont été consignés, en tentant de retrouver les patients qui auraient pu présenter des signes et des symptômes identiques ou similaires à la maladie ou à l'affection faisant l'objet de l'enquête. Demander aux agents de santé des formations sanitaires voisines de rechercher les cas semblables.

L'annexe 4B, en fin de section, donne des indications pour l'examen des registres.

4.6.2.2. Rechercher des cas et des sources d'information dans la communauté

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

Le choix des zones où s'effectuera la recherche dépend de la maladie, de son mode de transmission et des facteurs de risque liés à l'analyse temporelle, spatiale et individuelle. On effectuera des visites dans ces lieux et on interrogera les personnes ayant eu des contacts, ou susceptibles d'en avoir eu avec le patient. On leur demandera si elles-mêmes ou une de leurs connaissances n'auraient pas été atteintes d'une maladie ou d'une affection semblable à celle qui fait actuellement l'objet de l'enquête. Essayer de savoir si une autre personne vivant dans une zone proche de celle où réside le patient a été malade et a présenté des signes ou symptômes correspondant à la définition de cas. Rassembler les informations qui contribueront à décrire l'ampleur et l'étendue géographique de l'épidémie. Transférer les cas récemment identifiés vers la formation sanitaire pour traitement. Voir en Annexes 4J et 4K de cette section, les exemples de formulaires servant à enregistrer et à suivre les contacts dans le cadre de la recherche de cas supplémentaires.

4.7. Enregistrer l'information concernant les cas supplémentaires

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

4.7.1. Enregistrer l'information sur une fiche individuelle de notification de cas

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

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

Pour certaines maladies, il existe des formulaires individuels d'investigation plus détaillés, qui demandent certaines informations particulières.

On trouvera aux Annexes (4F, 4G, 4H et 4I) de cette section, des formulaires pour l'investigation de différentes maladies.

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

Tous les cas supplémentaires seront enregistrés sur une liste descriptive de cas.

4.8. Analyser les données épidémiologiques

Les méthodes d'analyse des données épidémiologiques sont semblables à celles préconisées pour l'analyse des données synthétiques dans la Section 3. Les données épidémiologiques sont analysées régulièrement au cours de la flambée.

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

- le temps ;
- le lieu ;
- les caractéristiques individuelles.

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

4.9. Interpréter les résultats de l'analyse

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

- quel est l'agent responsable de l'épidémie ?
- quelle est la source de l'infection ?
- quel est le mode de transmission ?
- quelles mesures ont été prises pour endiguer l'épidémie et quel est le résultat ?

4.9.1. Interpréter les résultats de l'analyse en fonction du temps

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

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

4.9.2. Interpréter les résultats de l'analyse en fonction du lieu

Utiliser la carte pour :

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

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

Les informations provenant de l'analyse des caractéristiques individuelles sont essentielles pour planifier la riposte à l'égard de l'épidémie parce qu'elles décrivent de façon plus précise le(s) groupe(s) à risque pour la maladie ou l'affection en question. Par exemple, si des cas de fièvre jaune se sont produits chez des sujets de moins de 15 ans, la riposte consistera à vacciner cette même tranche d'âge.

4.10. Conclusions de l'investigation et recommandations

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

- situation confirmée : il s'agit bien d'une épidémie ou d'un problème de santé publique ;
- population affectée et à risque ;
- causes possibles de l'épidémie ou du problème sanitaire, résultats de laboratoire, source de l'infection, mode de transmission, taux d'attaque, létalité et facteurs de risque possibles ;
- mesures déjà mises en place pour endiguer l'épidémie.
- recommandations :
 - pour contrôler la situation ;
 - investigations et études complémentaires à effectuer.

4.11. Diffuser les résultats d'investigation

L'équipe d'intervention rapide devra aussitôt rédiger le rapport d'enquête sur une flambée épidémique. Un rapport détaillé d'investigation sera élaboré et immédiatement diffusé à toutes les parties concernées, dont la formation sanitaire où la flambée s'est déclenchée.

Se référer au guide d'élaboration de rapport d'enquête figurant à l'annexe 7A de la section 7.

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

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

- l'évènement a-t-il eu un impact grave sur la santé publique ?

- l'évènement est-il inhabituel ou inattendu ?
- existe-t-il un risque significatif de propagation internationale ?
- existe-t-il un risque significatif de restrictions du commerce ou des voyages internationaux ?

Pour répondre à ces questions, des indices (fondés sur les évènements ou sur les indicateurs) seront calculés pour déterminer dans quelle mesure l'urgence est signalée (par exemple, un évènement dont l'impact sur la santé publique et/ou la nature est tout à fait inconnu ou inattendu, avec une forte probabilité de propagation). L'évaluation devra être effectuée dans les 24 heures suivant la vérification de l'évènement, en tenant compte des rapports produits par les équipes d'intervention rapide et issus de l'enquête pertinente, sur la base des instructions figurant à l'annexe 4E.

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

ANNEXES À LA SECTION 4

Annexe 4A	Registre des épidémies et rumeurs
Annexe 4B	Comment réaliser l'examen des registres
Annexe 4C	Liste de pointage pour fournitures de laboratoire utilisées lors des enquêtes épidémiologiques
Annexe 4D	Liste des équipements recommandés pour la protection individuelle
Annexe 4E	Evaluation de risques liés à 'un évènement
Annexe 4F	Fiche d'investigation des cas de tétanos maternel et néonatal
Annexe 4G	Fiche d'investigation des cas de PFA
Annexe 4H	Fiche d'investigation des cas de fièvre jaune
Annexe 4I	Fiche d'investigation des cas de rougeole
Annexe 4J	Fiche de renseignement et de contact
Annexe 4K	Fiche de contact et de repérage (suivi)

ANNEXE 4B : COMMENT REALISER L'EXAMEN DES REGISTRES HOSPITALIERS OU DE CONSULTATIONS EXTERNES

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

1. Choisir les formations sanitaires à visiter pour l'examen des registres

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

- n'importe quel service d'hospitalisation disposant de plus de dix lits, en donnant la priorité aux formations sanitaires publiques ;
- des CHR, CHN/CHU dotés de salles de pédiatrie, ceux-ci recevant des patients transférés par d'autres formations sanitaires ;
- des CMA ou CSPS desservant des zones reculées et des populations à haut risque. Par exemple, les groupes nomades, les réfugiés ou des régions dépourvues de services de soins réguliers.

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

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

3. Organiser l'opération

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

4. Identifier les sources d'information

Au cours de la visite, selon la maladie ou l'affection prioritaire soumise à investigation, vérifier les registres hospitaliers des unités de pédiatrie et des maladies infectieuses. Le registre hospitalier du service de pédiatrie constitue une bonne source car il comprend la liste de tous les enfants admis dans cette unité. Les notifications récapitulatives annuelles ne sont pas toujours précises et les registres des services de consultation externe ne reprennent souvent que des diagnostics provisoires.

Passer en revue le système et les procédures qu'utilisent les agents de santé pour enregistrer l'information dans les registres destinés aux diagnostics. On s'assurera que les données

nécessaires à l'investigation de cas probables sont disponibles. Le registre devra au moins comprendre les éléments suivants :

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

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

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

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

6. Porter sur une liste descriptive les cas suspects décelés

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

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

Examiner les résultats de l'activité avec le superviseur de l'établissement. Par la même occasion, étudier tous les aspects de la prise en charge des cas qui pourraient intéresser les agents de santé employés dans la formation sanitaire. Souligner l'importance de la notification immédiate et de l'investigation des cas comme outils de prévention pour les maladies et affections prioritaires.

8. Notifier tout cas suspect au niveau supérieur immédiat

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

**ANNEXE 4C : LISTE DE POINTAGE POUR MATERIELS ET REACTIFS DE LABORATOIRE
UTILISES LORS DES ENQUETES EPIDEMIOLOGIQUES**

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

- ___ Savon en barre et désinfectant pour postes d'hygiène
- ___ Stock de gants
- ___ Boîtes de sécurité pour l'enlèvement des fournitures et équipements contaminés
- ___ Eau pour lavage des mains

2. Pour le prélèvement des échantillons d'analyse:

Sang

- ___ Aiguilles stériles, différentes tailles
- ___ Seringues stériles
- ___ Vacuiteners
- ___ Désinfectant antiseptique pour la peau
- ___ Tubes secs stériles pour sérum
- ___ Portoirs pour tubes
- ___ Garrot
- ___ Coton hydrophile ou compresses stériles
- ___ Tubes à bouchon vissant pour le transport

Frottis sanguins (paludisme)

- ___ Lancette stérile ou à usage unique
- ___ Lames en verre et étuis
- ___ Désinfectant antiseptique pour la peau
- ___ Coton hydrophile ou compresses stériles
- ___ Portoirs pour lames

Liquide céphalo-rachidien

- ___ Aiguilles stériles, différentes tailles
- ___ Aiguille à PL de différentes tailles
- ___ Seringues stériles
- ___ Désinfectant antiseptique pour la peau
- ___ Tubes stériles à bouchon vissant
- ___ Portoirs pour tubes cryotube
- ___ Coton hydrophile ou compresses stériles
- ___ Sparadrap
- ___ Lames porte objet
- ___ Lamelles couvre objet
- ___ Milieu de transport : Trans-isolates (TI)
- ___ Cloche à CO2

Selles

- ___ Pots stériles pour prélèvement
- ___ Ecouvillons stériles
- ___ Tubes à essai fermant à vis
- ___ Eau peptonée alcaline
- ___ Lames porte objet
- ___ Lamelles couvre objet
- ___ Milieu de transport Cary-Blair
- ___ Milieu TCBS en boîte de pétri ou en tube

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

- ___ Pipette stérile et cuvette
- ___ Tube stérile en verre ou plastique, ou flacon avec bouchon vissant

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

- ___ Glacière avec ice box ou flacon à vide (sauf pour les LCR qui doivent être transportés à températures ambiantes)
- ___ coton pour amortir les chocs pendant le transport
- ___ Etiquettes pour l'expédition au laboratoire
- ___ Etiquettes 'Conserver au froid' à apposer sur l'emballage
- ___ Fiches par cas et listes descriptives servant de bordereau d'expédition
- ___ Marqueur pour indiquer sur les tubes le nom du patient et son numéro d'identité (si assigné par le district)
- ___ Savon en barre et désinfectant pour postes d'hygiène
- ___ Stock de gants
- ___ Boîtes de sécurité pour l'enlèvement des fournitures et équipements contaminés
- ___ Eau pour lavage des mains

ANNEXE 4D : LISTE DES EQUIPEMENTS RECOMMANDES POUR LA PROTECTION INDIVIDUELLE

Composition d'un kit d'équipements de protection individuelle	Kit d'Intervention de l'OMS
1 robe de chirurgie	100 robes de chirurgie
1 ensemble	100 ensembles
1 coiffure	100 coiffures
2 paires de lunettes protectrices	50 paires de lunettes protectrices
1 paire de gants en caoutchouc	100 paires
1 masque N95	200 pièces
1 botte *	0
1 boîte de 50 paires de gants d'examen	800 paires de gants d'examen
1 tablier en plastic réutilisable	20 pièces
1 paire de bottes à gomme	20 bottes à gomme
1 pulvérisateur manuel	2 de 1 litre 50 chacun
1 « Back sprayer »	1 « back sprayer » de 10 -12 litres
Conteneurs	
Bandes collantes	3 rouleaux
Liquide anti-brouillard pour lunettes protectrices	3 bouteilles
Chlorine	
<p>N.B: 1:- A acheter localement: Chlorine (restrictions internationales), bottes à gomme (il n'y a que quelques unes dans le kit)</p> <p>* Facultatif</p>	

ANNEXE 4E : EVALUATION DE RISQUES LIES A UN EVENEMENT

Définition

L'évaluation des risques est un processus qui s'étend du moment où l'évènement est détecté pour la première fois par l'OMS, jusqu'à ce qu'il soit "clos".

Les exigences fondamentales d'une riposte immédiate (RSI 2005)

- Nommer une autorité responsable de l'évaluation de risques au niveau du district.
- Mettre sur pied un comité d'évaluation de risques composé d'un clinicien, un microbiologiste de santé publique, un agent de la santé et un agent de l'environnement.
- Assurer que le comité soit accessible par tous les moyens 24 heures/24 et 7 jours/7.
- Déclencher le processus d'évaluation dans les 24 heures suivant la confirmation de l'évènement, le bref rapport de l'équipe d'intervention rapide et du rapport d'investigation.
- Notifier immédiatement aux autorités concernées aussitôt qu'une alerte est considérée comme un évènement de santé publique prioritaire (USPPI).

Les instruments d'évaluation de risques à vérifier

L'Instrument de décision (Annexe 2B) constitue l'instrument principal d'évaluation de risques. La liste suivante des questions appropriées n'est pas supposée être finale en soit mais est plutôt destinée à faciliter l'évaluation rapide d'un évènement. Ces questions s'ajoutent à celles figurant à l'Annexe 2B. De plus, aussitôt qu'une étiologie de l'évènement est connue, il pourrait s'avérer nécessaire d'améliorer l'évaluation de risques.

- L'évènement remplit-il les critères minima de notification conformément aux instructions de l'Annexe 2 du RSI (2005) ?
- Des informations suffisantes ont-elles été fournies pour permettre une évaluation adéquate de l'évènement? Quelle est l'information complémentaire requise pour prédire la propagation éventuelle de la maladie ou de l'affection ainsi que l'impact de l'évènement ?
- Y a-t-il des preuves pour confirmer que l'affection ou la maladie s'est déjà propagée au plan international ?
- D'autres Etats ont-ils besoin d'être mis au courant de cet évènement afin de l'éviter ou de se préparer en conséquence ?
- Quelles sont les données relatives à l'incidence, à la prévalence, à la morbidité et à la mortalité, si disponibles ?
- Dans quel contexte l'évènement se produit-t-il (évaluation de la vulnérabilité – la population exposée au risque, les aspects techniques [par exemple la capacité de

- diagnostic], l'infrastructure de riposte et d'appui, le cadre sociopolitique, écologique et de environnemental, etc.) ?
- Les directives de l'OMS indiquent-elles la nécessité de contact international aux fins de dépistage ou de rappel d'aliments ou de produits? A-t-on adressé une demande d'assistance à l'OMS en vue du dépistage international ?
 - Dans le passé, de tels évènements ont-ils entraîné une propagation internationale de la maladie ?
 - Des mesures de prévention et d'éradication fondées sur des preuves de confirmation ont-elles été prévues? Peuvent-elles être appliquées dans l'Etat affecté sans assistance ?
 - L'évènement constitue-t-il une menace aux cadres de sécurité et de l'environnement sanitaires des voyageurs, ou bien requiert-t-il des mesures ou précautions d'urgence au niveau de certains postes frontaliers ?
 - Quelle est la perception de risque de la part de la population, aux niveaux de la réaction communautaire et de l'intérêt manifesté par les médias?
 - Que se passerait-il si l'OMS ne réagit pas ?
 - L'OMS doit-elle émettre des recommandations pour lutter, au plan international, contre cet évènement? (Conséquences : les cadres supérieurs seront notifiés avec des explications à l'appui et des options présentées) ?
 - Quelles seraient les implications de l'intervention de l'OMS (aux plans juridique, politique, économique, etc.) ?
 - La riposte à l'évènement par les autres partenaires de l'Etat concorde-t-elle avec le risque perçu ?

• Résultats de l'évaluation de risques

Bien que l'évaluation de risques soit un processus continu et interactif, à tout moment un évènement pourrait entraîner l'un ou l'autre des risques suivants, suivis des actions appropriées qui s'imposeraient :

- **écarter** : pas de risque au plan international, et donc aucun risque international n'est attendu ; clôturer l'évènement, enregistrer l'évaluation dans le Système de gestion d'évènements (EMS) ;
- **suivre** : l'évènement ne présente actuellement aucune importance liée à la santé publique au plan international, mais nécessite que l'évaluation se poursuive;
- **diffuser** : les informations relatives à l'évènement à la communauté internationale en vue des dispositions préparatoires ou préventives ;
- **s'aggraver** : des cadres supérieurs dans le cadre du Groupe d'Intervention contre les évènements (EMG) et/ou au niveau d'autres structures de l'OMS n'arrivent pas à se mettre d'accord sur l'évaluation technique de l'évènement ou bien à propos de la diffusion des informations pertinentes ;
- **recommander** : aux cadres supérieurs d'invoquer la procédure «USPPI».

ANNEXE 4F : FICHE D'INVESTIGATION DE CAS DE TETANOS MATERNEL ET NEONATAL

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

IDENTIFICATION

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

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

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

DECLARATION/ENQUETE

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

VACCINATION DE LA MERE

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

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

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

NAISSANCE DE L'ENFANT

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

Questions

La mère a reçu des soins pendant la grossesse ?
 Nombre de visites prénatales?
 Présence d'une sage-femme?
 Si Oui, le nom de la sage-femme présente :
 Présence d'une infirmière/d'un médecin?

Réponse

Questions

Lieu de la naissance: ***
 Si la naissance a eu lieu dans un centre de santé, son nom:
 Cordon coupé avec une lame stérile ?
 Soins du cordon ?
 Décrire les soins du cordon ? Où ?

Réponse

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

HISTOIRE CLINIQUE

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

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

Date du début des symptômes: ____/____/____

TRAITEMENT

Date d'admission ____/____/____
 Numéro du dossier médical : _____
 Adresse de la formation sanitaire: _____

Question
 Vu en OPD?
 Admis?

Réponse 1=Oui, 2=Non, 9=Inconnu

COMMENTAIRES:

REPONSE

Utiliser la légende suivante là où possible, 1=Oui, 2=Non, 9=Inconnu.

Questions

La mère a-t-elle reçu une dose de vaccin antitétanique dans les 3 mois précédant la déclaration?
 Immunisations supplémentaires dans la localité du cas?

Réponse

Date de réponse: ____/____/____
 Détails de réponse: _____

CLASSIFICATION FINALE DU CAS: **Tétanos maternel et néonatal:** 1=Oui, 2=Non,
9=Inconnu

INVESTIGATEUR

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

ANNEXE 4G : FICHE D'INVESTIGATION DE CAS DE PFA

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

IDENTIFICATION

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

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

DECLARATION/ENQUETE

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

HOSPITALISATION

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

HISTOIRE CLINIQUE

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

Question

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

Réponse

Site de paralysie

Bras gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bras droit
Jambe gauche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Jambe droite

Début de paralysie: ____/____/____

APRES L'ENQUETE, EST-CE-QUE CELA ETAIT UNE PFA? 1= Oui, 2= Non

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

ANTECEDENTS VACCINAUX **Naissance** ____/____/____ 3eme ____/____/____

Nombre total de doses de Polio: 99=Inconnue 1^{ere} ____/____/____ 4^{eme} ____/____/____
 2^{eme} ____/____/____ Si >4, _____ dernière
 dose ____/____/____

PRELEVEMENTS DE SELLES

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

RESULTATS DES PRELEVEMENTS DE SELLES: **Etats des prélèvements:** 1=Correcte, 2= Non-correcte

____/____/____ ____/____/____ ____/____/____
Date reçu au labo national **Date d'envoi des résultats du labo au district** **Date reçu par le district**
 ____/____/____ ____/____/____

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

Résultats d'isolement:

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

SUIVI DU MALADE

Date de l'examen de contrôle: ____ / ____ / ____ Paralyse Résiduelle?

Observations:

de vue

Bras gauche
Jambe gauche

Bras droit
Jambe droite

1= Paralyse résiduelle

3= perdu

2= pas de paralyse résiduelle

4= Décès

CLASSIFICATION FINALE DU CAS:

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

INVESTIGATEUR

Nom: _____

Titre: _____

Unit: _____ Adresse: _____ Téléphone: _____

ANNEXE 4H : FORMULAIRE D'INVESTIGATION DE CAS DE FIEVRE JAUNE


Pour usage **Numéro épid:** _____
Date de réception à l'officiel (rempli par le district) _____ Pays _____ région _____ District _____ Année de début _____
Numéro de cas niveau National ____/____/____

IDENTIFICATION

District: _____ **région:** _____

Formation sanitaire _____ **Village/**
proche du Village: _____ **Quartier:** _____ **Ville:** _____ **Urbaine / Rurale** _____
Adresse: _____

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

Sexe:  1 = Masculin, 2 = Féminin **Date de naissance:** ____/____/____ ou **Age:**
____ **années** ____ **mois**

(Si la date de naissance n'est pas connue)

NOTIFICATION/ENQUETE

Date de notification: ____/____/____ **Date d'enquête:** ____/____/____

HISTOIRE DE LA MALADIE

Fièvre ____/____/____

Jaunisse ____/____/____

Hémorragie ____/____/____

/ ____/

Liste des districts visités par le patient au cours des 2 derniers mois

1 _____ 2 _____

3 _____ 4 _____

Existe-t-il d'autres cas dans les districts visités par le patient?

Décédé / ____/ Le patient a-t-il reçu au moins une dose de vaccin contre la fièvre jaune?
1=O 2=N 9=inc

PRELEVEMENTS DE SANG

Date prélèvement ____/____/____

____/____/____

____/____/____

Date réception au niveau national

Date d'envoi des résultats du labo au PEV

Date reçu par le PEV

____/____/____

____/____/____

____/____/____

Date d'envoi de l'isolat du labo national au labo régional Date d'envoi des résultats par le labo régional Date de réception des résultats au PEV

SECTION 5 : Se préparer à riposter aux épidémies et autres évènements sanitaires

Cette section décrit comment :

1. créer les comités de gestion des épidémies et autres urgences sanitaires ;
2. constituer une équipe de riposte rapide aux situations d'urgence au niveau du district ;
3. élaborer un plan de préparation et de riposte aux épidémies et autres situations d'urgence ;
4. constituer et gérer des stocks de réserve de médicaments, de vaccins, de réactifs et de consommables ;
5. cartographier les risques d'épidémie et autres évènements sanitaires.

5.0. Se préparer à riposter aux épidémies et autres évènements sanitaires

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

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

L'Equipe cadre du district (ECD) doit, de manière systématique :

- examiner les données de surveillance pour décrire les tendances des problèmes de santé publique identifiés ;
- identifier et répertorier tous les autres risques sanitaires pouvant faire l'objet d'une surveillance et de riposte ;
- s'assurer que les agents de santé de toutes les formations sanitaires du district connaissent les définitions de cas standardisées et utilisent les protocoles recommandés de prise en charge des cas imputables à des maladies et affections prioritaires ;
- faire le point et mettre à jour les ressources (humaines, matérielles, et financières) nécessaires pour la riposte aux maladies prioritaires en cas d'épidémie et autres évènements sanitaires d'urgence, en vérifiant notamment les aspects suivants :
 - présence de personnel qualifié ;
 - équipement, médicaments et consommables pour la prise en charge ;
 - réactifs et consommables de laboratoire ;
 - ressources en matière de transport et communication ;
 - matériel pour la collecte, la conservation et le transport des échantillons à des fins de confirmation ;
 - matériel pour l'administration des vaccins ;
 - procédures d'acquisition de vaccins et organisation d'une riposte vaccinale rapide dans une situation d'urgence.
- s'assurer que le personnel de santé connaît la procédure à suivre pour obtenir une confirmation des cas de maladies prioritaires détectées.

Les niveaux intermédiaire et central interviennent dans :

- la définition des stratégies de prévention et de lutte ;

- la mobilisation des ressources ;
- la coordination et l'évaluation des activités.

5.1. Créer les comités de gestion des épidémies et autres urgences sanitaires

L'OMS recommande de créer des comités de gestion des urgences sanitaires à tous les niveaux. Le Burkina Faso dispose de comités de gestion des épidémies au niveau national, régional, provincial, départemental et villageois. Leurs compositions, rôles et responsabilités sont précisés dans l'arrêté en Annexe 5D. Les comités doivent se réunir régulièrement, que l'on soit ou non confronté à une flambée épidémique ou autres urgences sanitaires.

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

Dans le but de répondre promptement aux situations d'urgence, on mettra en place une équipe d'intervention rapide (EIR) au niveau du district. L'équipe d'intervention rapide est une équipe technique multidisciplinaire toujours disponible, prête à être rapidement mobilisée et déployée en cas d'urgence. Cette équipe fournira de l'appui technique à l'équipe cadre du district. Les membres de l'équipe doivent être :

- orientés en matière de mesures préparatoires et de riposte aux épidémies et autres situations d'urgences ;
- équipés des moyens logistiques adéquats (véhicules, kit de médicaments, réactifs, fournitures, etc.).

L'équipe cadre de district devra actualiser régulièrement la liste des membres de l'équipe d'intervention rapide.

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

5.2.1. Composition de l'équipe d'intervention rapide de district

L'Equipe d'intervention rapide de district doit être composée des personnes suivantes :

- un médecin clinicien ;
- un épidémiologiste ou un agent de la santé publique ;
- un technologiste biomédical ;
- un responsable de l'hygiène et de l'assainissement ;
- autres personnes en fonction de la disponibilité du personnel technique et de la particularité de la flambée et du type d'évènement constituant une urgence.

5.2.2. Responsabilités de l'EIR

L'équipe d'intervention rapide de district assurera les responsabilités suivantes :

- investiguer les rumeurs, les épidémies notifiées et autres urgences de santé publique ;
- proposer des stratégies et des mesures appropriées en vue d'endiguer rapidement les épidémies visées et autres urgences en santé publique, notamment des activités de communication autour des risques ;
- initier la mise en œuvre des mesures de lutte proposées, notamment le renforcement des capacités ;
- élaborer un rapport d'investigation détaillée ;
- participer à l'évaluation finale de la riposte.

5.3. Elaborer un plan de préparation et de riposte aux épidémies et autres situations d'urgence

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

Chaque formation sanitaire devrait être prête à mener une action de riposte. L'ECD veillera à rendre disponibles les ressources nécessaires.

Le plan devra :

- s'appuyer sur les évaluations des risques spécifiques au district et préciser les ressources disponibles destinées à la préparation et à la riposte aux épidémies et autres situations d'urgence ;
- tenir compte des maladies à potentiel épidémique dans le district et les districts voisins ;
- donner des estimations concernant la population à risque pour les maladies à potentiel épidémique et autres urgences sanitaires ;
- indiquer clairement pour chaque épidémie suspectée quel est le laboratoire de référence chargé de la confirmation ;
- estimer les besoins en médicaments, vaccins et consommables, pour chaque maladie à potentiel épidémique susceptible de survenir dans le district ;
- prévoir de tester le plan avant sa mise en œuvre ;
- inclure les procédures opérationnelles standardisées dans le plan de formation.

NB se référer à l'Annexe 5A pour le schéma envisagé : composantes essentielles du plan de préparation et de riposte aux épidémies et autres urgences sanitaires.

5.4. Constituer et gérer des stocks de réserve de médicaments, de vaccins, de réactifs et de consommables

Les épidémies et autres urgences sanitaires exigent une mobilisation rapide des ressources (médicaments, vaccins et consommables). Il est donc prudent de pré-positionner ces

ressources avant la survenue d'une urgence. Suite à l'évaluation des risques sanitaires, les districts doivent disposer des stocks de réserve de médicaments, de vaccins, de réactifs et de consommables permettant une prise en charge rapide des premiers cas, sans attendre l'arrivée de l'aide des niveaux supérieurs. Ces stocks doivent être régulièrement et soigneusement contrôlés, afin d'éviter les gaspillages et les péremptions. L'annexe 5C proposent des outils permettant la gestion de ces stocks.

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

Les stocks de réserve de médicaments, de réactifs et de consommables doivent être gérés de façon adéquate. Pour cela il faut :

- assurer un approvisionnement adéquat en médicaments, réactifs et consommables permettant de faire face à une épidémie ou à un évènement sanitaire ;
- utiliser les outils de gestion des stocks mis en place ;
- s'assurer périodiquement, que les médicaments, réactifs et consommables sont toujours en bon état (par exemple tous les 4 mois).

Pour estimer les besoins en médicaments, réactifs et consommables nécessaires à la riposte, il faut faire la situation des stocks et compléter les stocks manquants. Il faut selon le niveau :

- dresser la liste des besoins pour les activités de surveillance, les analyses de laboratoire et la riposte aux maladies, affections et évènements prioritaires (formulaires, médicaments, consommables et réactifs de laboratoire et autres matériels de prise en charge des patients et d'intervention sur le terrain) ;
- faire un inventaire de chaque article ;
- tenir à jour régulièrement les fiches de stock;
- respecter les bonnes pratiques logistique (les dates de péremption, emballage, manutention) ;
- respecter les bonnes pratiques de gestion de stock (stock critique, stock de roulement), un exemple de fiche SIMR de mouvements et d'état du stock.

ANNEXES À LA SECTION 5

- Annexe 5A** Plan de préparation et de riposte contre les épidémies
- Annexe 5B** Stock d'urgence de médicament et consommables pour les MPE ciblées
- Annexe 5C** Evaluer les stocks de médicaments, de vaccins pour les activités de vaccination
- Annexe 5D** Arrêté portant création, attributions et fonctionnement des comités de gestion des épidémies (remplacer par le dernier arrêté)

ANNEXE 5A : PLAN DE PREPARATION ET DE RIPOSTE CONTRE LES EPIDEMIES

Canevas d'élaboration d'un plan de préparation et de riposte contre les épidémies

- Introduction
- Contexte
 - Informations de base sur le district
 - Maladies à potentiel épidémique
 - Population à risque, cartographie des risques sanitaires, problèmes
- Objectifs
- Résultats attendus
- Stratégies
- Chronogramme (activités, période, responsables, coût, sources de financement, indicateurs)
- Facteurs critiques (forces faiblesse opportunités et menaces)
- Suivi et évaluation (indicateurs)
- Conclusion

ANNEXE 5B : STOCK D'URGENCE DE MEDICAMENTS, VACCINS, REACTIFS ET CONSOMMABLES POUR LES MALADIES EPIDEMIQUES SELECTIONNEES

Districts à risque d'épidémies de charbon

• **Médicaments :** Choisir un antibiotique dans la liste suivante :

- pénicilline V
- benzylpénicilline
- tétracycline
- erythromycine

• **Désinfectant :**

Formaldehyde 10 %

• **Matériels :**

- gants jetables
- sacs pour les corps

N.B. l'équipe sanitaire du district doit collaborer avec les services vétérinaires

Districts à risque d'épidémies de méningite due aux méningocoques

• **Médicaments :** Ceftriaxone injectable, ampicilline injectable chloramphénicol (solution huileuse et aqueuse)

• **Vaccins :** AC, ACW135

• **Matériels et réactifs :**

- seringues autobloquantes
- aiguilles pour la ponction lombaire(PL)
- tubes stériles pour le liquide Céphalo rachidien
- milieux de transport: trans-isolate (TI)
- kit de latex
- kit pour la coloration au Gram
- kit May Grunwald Giemsa

ANNEXE 5C : EVALUER LES STOCKS DE MEDICAMENTS, DE VACCINS ET CONSOMMABLES POUR LES ACTIVITES DE VACCINATION

Flambée épidémique : _____ *Date de confirmation :* _____

Population cible :

- enfants de 0 à 5 ans
- enfants de 9 mois à 14 ans
- enfants et adultes de 2 à 30 ans
- femmes en âge de procréer ayant (de 15 à 49 ans)
- toute la population générale

1. Evaluer la taille de la population cible si l'activité ne vise qu'une partie des habitants. Multiplier le nombre total d'habitants par le pourcentage d'enfants ou d'adultes dans la population cible. En cas de méconnaissance des taux exacts de distribution par âge dans votre région, utiliser les estimations recommandées, telles que celles suggérées ci-dessous :

- | | |
|------------------------------------|----------------------------|
| • enfants de 0 à 5 ans | 18,78% |
| • enfants de 9 mois à 14 ans | 42% |
| • enfants et adultes de 2 à 30 ans | 70% |
| • femmes en âge de procréer | 22,8% (préciser la source) |

2. Déterminer le nombre de doses à administrer par personne. L'inscrire sous la rubrique 'Nombre de doses recommandées' ci-dessous.

3. Prévoir des pertes en se basant sur un facteur de perte de 1,20. Multiplier la taille de la population cible (voir 1ère étape) par le nombre de doses puis par 1,20.

Taille de la population cible X Nombre de doses recommandées par personne de la population cible X facteurs de perte (1,20) = nombre de doses nécessaires, pertes comprises

4. Prévoir un stock de réserve en utilisant un facteur de réserve de 25%. Multiplier le nombre estimé de doses y compris les pertes par 1,25 pour obtenir le nombre total estimé de doses.

Nombre de doses, pertes comprises x Facteur de réserve (1,25) = Estimation du nombre total de doses

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

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

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

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

7. Estimer le nombre le nombre de seringues autobloquantes nécessaires pour réaliser l'activité. La quantité à commander est la même que pour le nombre estimé de doses (voir 4e étape).

8. Seringues de dilution nécessaires pour la préparation du vaccin.

Exemple : si le vaccin est conditionné en flacon de 20 doses le nombre de seringue de dilution nécessaire est :

Nombre de doses estimées divisé par 20

9. Prévoir boîtes de sécurité nécessaire

Exemple : Pour les boîtes de 5 litres, (100 seringues) diviser le nombre total de seringues par 100 pour avoir le nombre de boîtes de sécurité

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

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

ANNEXE 5D : FORMULES APPLIQUEES POUR L'ESTIMATION DES BESOINS

CHLORAMPHENICOL huileux 500mg/2ml

Il s'agit de l'application de la formule élaborée lors de la réunion sous-régionale, tenue à Ouagadougou sur la lutte contre les épidémies dans les pays de l'Afrique de l'Ouest en octobre 1996.

La formule est fondée sur :

- un taux d'attaque global de 500 cas pour 100.000 habitants dans la population à risque très élevé et peut être revu à la baisse (250 cas/100 000Hbts) quand le risque est faible ;
- un traitement avec 6 ampoules de Chloramphénicol huileux à 500mg/2ml par malade ;
- un taux d'ajustement de 0,25.

On estime que la population à risque est la population totale du district sanitaire.

$$\text{Stock estimé} = \frac{\text{Population totale district} \times 500 \times 6}{100\ 000} \times 1,25$$

AMPICILLINE inj. 1g

On estime que 20% des cas seront traités à l'Ampicilline à raison de 12g en moyenne par jour à diviser en 3 injections régulièrement espacées, pendant 5 jours, soit :

$$\text{Stock estimé} = \frac{\text{Pop. totale district} \times 500 \times 0,20}{100\ 000} \times 12 \times 5 \times 1,25$$

AC. CHLORAMPHENICOL aqueux inj. 1g

On estime que 20% des cas seront traités avec le Chloramphénicol aqueux à raison de 6 g en moyenne par jour à diviser en 3 ou 4 injections régulièrement espacées, pendant 5 jours, soit :

$$\text{Stock estimé} = \frac{\text{Pop. totale district} \times 500 \times 0,20}{100\ 000} \times 6 \times 5 \times 1,25$$

SALICYLATE DE LYSINE inj. 900mg

En supposant que 20% des cas de meningite reçu dans une formation sanitaire, recevront au moins 1,5g d'acétylsalicylate de lysine (ASL) ., soit 03 flacons d'A.S.L. dosés à 900mg.

$$\text{Stock estimé} = \frac{\text{Pop. totale district} \times 500 \times 0,20}{100\ 000} \times 3 \times 1,25$$

VACCIN ANTI – MENINGO

La population cible à vacciner est celle appartenant à la tranche d'âge de 2 à 30 ans, soit 70% de la population totale du district.

L'objectif à atteindre est de vacciner au moins 90% de la population cible du district sanitaire.

Quantité de vaccins = Population cible du district x 1,17

Le stock de renforcement tiendra compte du stock de vaccin déjà sur le terrain.

SERINGUES + AIGUILLES A USAGE UNIQUE

1- SERINGUES AUTOBLOQUANTES

L'estimation est faite sur la base de 01 seringue par dose et par personne.

2- SERINGUES 5 CC

L'estimation est faite sur la base du mode d'administration IV à travers la perfusion.

3- SERINGUES 10 CC

La base de l'estimation est le nombre de flacon de solvant de 50 doses ; une (01) seringue par flacon de solvant pour la dilution du vaccin.

SUPPOERTS DE GESTION DES VACCINS ET CONSOMMABLES

REMARQUE

Sur les états de renforcement de stocks, toute quantité négative signe la supériorité du **stock déjà disponible sur le stock estimé**. Dans ce cas le Directeur régional de la santé devra prendre toutes dispositions pour rétablir l'équilibre par un redéploiement des stocks disponibles.

1. Evaluer la taille de la population cible si l'activité ne vise qu'une partie des habitants.
Multiplier le nombre total d'habitants par le pourcentage d'enfants ou d'adulte

Exemple de population cible : enfants et adultes de 2 ans à 30 ans= 70% de la population totale

2. Déterminer le nombre de doses à administrer par personne. L'inscrire sous la rubrique 'Nombre de doses recommandées' ci-dessous.
3. Prévoir des pertes en se basant par exemple sur un facteur de perte de 1,17. Multiplier la taille de la population cible (voir 1ère étape) par le nombre de doses puis par 1,17.

Taille de la population x Nombre de doses recommandées x 1,17 = Nombre de doses

4. Prévoir un stock de réserve en utilisant un facteur de réserve de 25%. Multiplier le nombre estimé de doses y compris les pertes par 1,25 pour obtenir le nombre total estimé de doses.

Nombre de doses x 1,25 = Nombre total de doses estimées (pertes comprises)

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

Nombre total de doses estimées/ Doses par ampoule = Nombre total d'ampoules requis

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

Diluant requis par ampoule x Nombre total d'ampoules = Quantité totale de diluant à commander.

7. Estimer le nombre le nombre de seringues autobloquantes nécessaires pour réaliser l'activité. La quantité à commander est la même que pour le nombre estimé de doses (voir 4e étape).
8. Seringues de dilution nécessaire pour la préparation du vaccin.

Exemple : si le vaccin est conditionné en flacon de 10 doses le nombre de seringue de dilution nécessaire est : **Nombre de doses estimées / 10**

9. Estimer le nombre de boîtes de sécurité

Ex : Pour une boîte dont la capacité est de 100 seringues, le nombre de boîtes nécessaire est :
Nombre total de seringues (dilution + autobloquantes) ÷ 100

NB : *Seul le niveau central prend en compte le stock de réserve (25%) dans l'estimation des besoins en vaccins.*

Directives sur l'utilisation des médicaments contre les épidémies

Les médicaments et consommables médicaux mis à la dispositions des formations sanitaires(FS) dans le cadre de la lutte contre les épidémies sont exclusivement destinés à la prise en charge gratuite des cas des maladies à potentiel épidémique. La prise en charge se fera t conformément aux protocoles thérapeutiques nationaux.

Dispositions relatives à la gestion

Les dispositions ci-après sont indispensables pour assurer une meilleure gestion des stocks :

1. les responsables chargés de la gestion des produits destinés à la lutte contre les épidémies doivent être désignés au niveau de toutes les structures sanitaires où ces produits sont pré positionnés ou utilisés pour la prise en charge des premiers cas aux différents niveaux (FS, DS et DRS) ;
2. les informations sur les stocks fournis par les partenaires locaux doivent être communiquées à l'échelon supérieur ;
3. les outils de gestion (modèle en annexe) doivent être régulièrement tenus ;
4. les copies des outils de gestion remplis doivent être transmises régulièrement à l'échelon supérieur. La périodicité de la transmission doit être :
 - trimestrielle ou mensuelle : **en situation normale**
 - hebdomadaire ou journalière : **en situation épidémique.**
5. Un inventaire régulier des stocks doit être effectué au début et à la fin de chaque saison épidémique. Les copies des inventaires doivent être transmises à l'échelon supérieur.
6. Les districts sanitaires et les DRS (qui garderont des stocks de réserve), doivent continuer à utiliser les fiches de stocks.
7. Le monitoring des activités de gestion doit être effectué en cascade régulièrement.
8. Le pré positionnement servira à la prise en charge des premiers cas

ANNEXE 5E : ARRETE PORTANT CREATION DE COMITES DE GESTION DES EPIDEMIES

MINISTERE DE LA SANTE

SECRETARIAT GENERAL

BURKINA FASO

Unité – Progrès – Justice

ARRÊTE N° _____ MS/CAB PORTANT CREATION DE COMITÉS DE GESTION DES EPIDEMIES

LE MINISTRE DE LA SANTE

VU la Constitution du 02 juin 1991

VU le Décret n°2002 - 204/PRES du 6 juin 2002, portant nomination du Premier Ministre

VU le Décret n° 2004 - 003/PRES/PM du 17 janvier 2004, portant remaniement du gouvernement du Burkina Faso

VU le décret n° 2002 – 464/PRES/PM/MS du 28 octobre 2002, portant organisation du Ministère de la Santé,

ARRÊTE

Article 1^{er} : Il est créé au Burkina Faso un comité national de gestion des épidémies et des comités régionaux, provinciaux, départementaux et villageois de gestion des épidémies.

CHAPITRE I : Le comité national de gestion des épidémies

Article 2 : Le comité national de gestion des épidémies est composé ainsi qu'il suit :

Président : Monsieur le Ministre de la Santé

1^{er} Vice Président : Monsieur le Représentant de l'OMS

2^{ème} Vice Président : Monsieur le Secrétaire Général du Ministère de la Santé

3^{ème} Vice Président : Monsieur le Directeur Général de la protection sanitaire

Rapporteurs : Monsieur le Directeur de la Lutte contre la Maladie et le Chef de Service de la Surveillance Épidémiologique

Membres :

- Le Directeur Général de la Pharmacie, des Médicaments et du Laboratoire
- Le Directeur Général des Hôpitaux Publics et du sous secteur sanitaire privé
- Le Directeur des Études et de la Planification
- Le Directeur de la Prévention par les Vaccinations
- Le Directeur de l'Hygiène Publique et de l'Éducation pour la Santé
- Le Directeur de la Communication et de la Presse Ministérielle
- Le responsable du Réseau National des Laboratoires

- Le Chef de Service des Maladies Infectieuses du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo
- Le Chef de service des maladies transmissibles de la Direction de la Lutte contre la Maladie
- Un représentant de chaque laboratoire de référence pour les maladies à potentiel épidémique
- Un Représentant de l'Office de Santé des Travailleurs
- Un représentant du secteur sanitaire privé
- Un représentant du Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation
- Un Représentant du Ministère de l'Information
- Un Représentant du Service de Santé des Armées
- Un Représentant du Ministère de la Sécurité
- Un Représentant du Ministère de l'Agriculture et des Ressources Halieutiques
- Un Représentant du Ministère des Ressources Animales
- Un Représentant de l'UNICEF
- Des représentants des autres partenaires intervenant dans la lutte contre les épidémies.

Article 3 : Le comité national de gestion des épidémies est chargé de :

- Élaborer un plan d'action de lutte contre les épidémies ;
- Donner les orientations sur les stratégies de lutte contre les épidémies
- Coordonner la mise en œuvre du plan d'action au niveau national, y compris les activités d'information, de retro information et d'éducation du public ;
- Coordonner l'appui des différents partenaires dans la lutte contre les épidémies;
- Mobiliser les ressources humaines, matérielles, financières indispensables à la lutte contre les épidémies ;
- Superviser le personnel dans la mise en œuvre des interventions sur le terrain ;
- Assurer le suivi de l'utilisation des ressources (médicaments, vaccins, matériels, fournitures, désinfectants, logistique et ressources financières) ;
- Élaborer et diffuser le rapport de fin d'épidémie
- Évaluer la gestion des épidémies

Article 4 : Le comité national se réunit une fois par trimestre.

Pendant une épidémie, le comité national se réunit deux fois par semaine durant les premières semaines de l'épidémie. Dès que le programme de lutte est lancé et que les données de surveillance indiquent la cessation de l'extension de l'épidémie, le comité peut se réunir une fois par semaine. Si la situation l'exige le comité se réunit quotidiennement en début d'épidémie.

CHAPITRE II : Le comité régional de gestion des épidémies

Article 5 : Il est créé dans chaque région administrative un comité régional de gestion des épidémies.

Article 6 : Le comité régional de gestion des épidémies est composé ainsi qu'il suit :

Président : Monsieur le Gouverneur de la région

Vice Président : Monsieur le Directeur Régional de la Santé

Rapporteur : Le Chef de Service de lutte contre la Maladie et la Protection des Groupes Spécifiques

Membres :

- Le Président du conseil régional ;
- Les Hauts Commissaires des provinces de la région ;
- Le Directeur Général du Centre Hospitalier Régional
- Le responsable de la pharmacie et de l'approvisionnement ;
- Le responsable du centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique ;
- Le responsable du programme élargi de vaccination ;
- Le responsable du centre de recherche et d'éducation pour la santé ;
- Le chef de service de médecine du Centre Hospitalier Régional ;
- Le chef de service de pédiatrie du Centre Hospitalier Régional
- Le chef du laboratoire du Centre Hospitalier Régional ;
- Les responsables régionaux des autres départements ministériels représentés dans le comité national de gestion des épidémies ;
- Les représentants locaux des partenaires, ONG, et associations intervenant dans le domaine de la santé.

Article 7 : Le comité régional de gestion des épidémies qui a les mêmes attributions que le comité national, est chargé d'élaborer et de coordonner la mise en œuvre du plan d'action régional de gestion des épidémies.

Article 8 : Le comité régional se réunit une fois par trimestre.

Pendant une épidémie, le comité régional se réunit deux fois par semaine durant les premières semaines de l'épidémie. Dès que le programme de lutte est lancé et que les données de surveillance indiquent la cessation de l'extension de l'épidémie, le comité peut se réunir une fois par semaine. Si la situation l'exige le comité se réunit trois fois par semaine en début d'épidémie.

CHAPITRE III : Le comité provincial de gestion des épidémies

Article 9 : Il est créé dans chaque province administrative un comité provincial de gestion des épidémies.

Article 10 : Le comité provincial de gestion des épidémies est composé ainsi qu'il suit :

Président : Monsieur le Haut Commissaire de la province ;

Vice Président : Monsieur le Médecin -chef du district du chef lieu de la province ;

Rapporteur : Un membre de l'équipe cadre de district du chef lieu de la province

Membres :

- Les préfets des départements de la province ;

- Les maires des communes
- Les médecins -chefs des autres districts de la province
- Le responsable de la pharmacie et de l'approvisionnement ;
- Le responsable du centre d'information sanitaire et de surveillance épidémiologique ;
- Le responsable du programme élargi de vaccination ;
- Le responsable du service d'information, de l'éducation, de la communication et de l'assainissement;
- Le chef de service de médecine du Centre Médical/Centre Médical avec Antenne Chirurgicale ;
- Le chef du laboratoire du Centre Médical/Centre Médical avec Antenne Chirurgicale;
- Les responsables provinciaux des autres départements ministériels représentés dans le comité national de gestion des épidémies
- Les représentants locaux des partenaires, ONG, et associations intervenant dans le domaine de la santé.

Article 11 : Pour la province du Kadiogo et la province du Houet, le Directeur Régional de la santé assure le rôle de vice-président.

Article 12 : Le comité provincial de gestion des épidémies est chargé d'élaborer, de coordonner et de suivre la mise en œuvre des activités de gestion des épidémies dans la province.

Article 13 : Le comité provincial se réunit une fois par trimestre.

Pendant une épidémie, le comité provincial se réunit une fois par semaine durant les premières semaines de l'épidémie. Dès que le programme de lutte est lancé et que les données de surveillance indiquent la cessation de l'extension de l'épidémie, le comité peut se réunir trimestriellement.

CHAPITRE IV : Le comité départemental de gestion des épidémies

Article 14 : Il est créé dans chaque département administratif un comité départemental de gestion des épidémies.

Article 15 : Le comité départemental de gestion des épidémies est composé ainsi qu'il suit :

Président : Monsieur le Préfet du département

Vice-président : Le responsable du centre de santé et de promotion sociale du chef-lieu de département

Membres :

- Les responsables des centres de santé et de promotion sociale du département;
- Trois représentants des responsables administratifs de village;
- Les Présidents des comités de gestion des centres de santé;
- Les représentants locaux de l'administration

- Les représentants locaux des partenaires, ONG et associations intervenant dans le domaine de la santé

Article 16 : Le comité départemental de gestion des épidémies est chargé, de coordonner et de suivre la mise en œuvre des activités de gestion des épidémies dans le département.

Article 17 : Le comité départemental se réunit une fois tous les deux mois.

Pendant une épidémie, le comité départemental se réunit deux fois par semaine durant les premières semaines de l'épidémie, puis une fois par semaine.

CHAPITRE V : Le comité villageois de gestion des épidémies

Article 18 : Au niveau du village, le responsable administratif du village, un agent du centre de santé et de promotion sociale couvrant le village, l'agent de santé villageois, l'accoucheuse villageoise, les agents relais et les représentants des communautés religieuses et coutumières constitueront le comité villageois de gestion des épidémies.

Le comité villageois est présidé par le responsable administratif du village.

Il est chargé de la mise en œuvre des activités de lutte contre les épidémies retenues par le comité départemental.

CHAPITRE VI : Dispositions générales

Article 19 : Le Secrétaire Général de la Santé est chargé de l'application du présent arrêté.

Article 20 : Le présent arrêté qui prend effet pour compter de sa date de signature, sera enregistré et communiqué partout où besoin sera.

Ouagadougou le,

Bédouma Alain YODA
Officier de l'Ordre National

AMPLIATIONS :

- Présidence du Faso
- Premier Ministère
- CAB/MS
- MATD
- Toutes Directions Centrales
- Toutes Directions régionales
- Archives

SECTION 6 : Riposter aux épidémies et autres urgences sanitaires

Cette section décrit comment :

- réunir le comité de gestion des épidémies et des urgences sanitaires du district et choisir le mode de riposte ;
- mobiliser les équipes d'intervention rapide ;
- mener les activités de riposte ;
- transmettre régulièrement des comptes rendus de situation sur les épidémies et les évènements ;
- documenter la riposte.

6.0. Riposter aux épidémies et autres urgences sanitaires

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

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

Cette section décrit les différentes étapes des interventions de riposte et donne des indications pour les actions immédiates en réponse aux épidémies et aux autres événements sanitaires.

Consulter les directives de l'OMS en ce qui concerne la riposte à des événements sanitaires d'origine chimique ou nucléaire.

6.1. Réunir le comité de gestion des épidémies et autres urgences sanitaires du district

Lorsqu'une épidémie ou toute autre urgence sanitaire est confirmée, le comité de gestion des épidémies et des urgences sanitaires doit se réunir pour choisir et mettre en œuvre la riposte. Pour ce faire, il convient de suivre les étapes suivantes :

- notifier l'épidémie ou l'urgence sanitaire au niveau supérieur, si cela n'a pas déjà été fait ;
- communiquer en permanence avec le niveau qui coordonne les actions de riposte ;
- demander le déblocage de fonds pour la riposte à l'épidémie ou à l'urgence sanitaire ;
- alerter les districts voisins sur l'épidémie. S'ils signalent une épidémie similaire, coordonner les activités de riposte avec eux ;
- attribuer des responsabilités claires aux individus ou aux équipes pour chacune des activités de riposte ;
- donner à l'équipe de riposte du district et au personnel de la formation sanitaire concernée, des indications ou une formation et leur procurer le matériel dont ils ont besoin et en quantité suffisante ;

- en collaboration avec le district, les niveaux régional et central évalueront si l'évènement est susceptible de constituer une urgence de santé publique de portée internationale, à l'aide de l'instrument de décision (RSI 2005) ;
- passer en revue les ressources disponibles, comme indiqué dans le plan de préparation ;
- déterminer s'il faut des ressources complémentaires. Prendre en compte, par exemple :
 - les ressources humaines qui peuvent être mobilisées pour gérer l'épidémie ou l'urgence sanitaire ;
 - les financements disponibles pour soutenir les activités de riposte ;
 - les stocks d'urgence, les médicaments et consommables disponibles ;
 - l'aide que peuvent apporter les laboratoires d'analyse pour l'identification des agents pathogènes responsables des épidémies. Si le district n'a pas la capacité de prélever ou d'emballer et d'expédier les échantillons, demander de l'aide au laboratoire de référence ;
- mobiliser en collaboration avec les niveaux supérieurs et les autres secteurs les ressources complémentaires.

Si l'on ne dispose pas localement du matériel et des produits nécessaires :

- contacter le niveau régional ou central pour leur demander de faire appel à d'autres fournisseurs ;
- emprunter le matériel et les ressources nécessaires aux autres services, programmes ou ONG intervenant dans le secteur de la santé.

6.2. Choisir le mode de riposte approprié

Il convient de passer en revue les résultats des investigations et les conclusions de l'analyse des données afin de sélectionner les activités de riposte adéquates pour endiguer la flambée confirmée ou le problème de santé publique.

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

- des mesures appropriées pour prévenir les décès et les handicaps évitables dus à des causes spécifiques ;
- un ensemble d'activités permettant de contrôler immédiatement le problème et de réduire le risque de persistance de la transmission, grâce à la prévention ;
- la participation de la communauté, des formations sanitaires et du personnel de district.

On peut citer par exemple, les interventions suivantes en réponse à des épidémies, des problèmes ou des évènements sanitaires particuliers :

- campagnes de vaccination d'urgence, s'il y a lieu ;
- administration d'une chimio-prophylaxie appropriée et vaccination du personnel de santé ;

- amélioration de l'accès à l'eau potable ;
- amélioration de l'élimination des déchets d'origine humaine ;
- amélioration des pratiques de manipulation des aliments ;
- réduction de l'exposition aux moustiques et autres vecteurs ;
- lutte contre les vecteurs.

6.3. Mobiliser les équipes d'intervention rapide

Les équipes **d'intervention rapide** doivent avoir été déjà identifiées lors des activités de préparation. Mobiliser ces équipes et s'assurer que leur composition correspond aux besoins techniques pour la riposte. Se référer à la Section 5 de ce guide pour les recommandations concernant la composition des équipes de riposte rapide, leur rôle et leurs responsabilités.

6.4. Mener les activités de riposte

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

- renforcement de la prise en charge des cas et des mesures de lutte contre l'infection ;
- mise à niveau des compétences du personnel de santé ;
- renforcement de la surveillance au cours des activités de riposte ;
- information et éducation de la communauté ;
- campagnes de vaccination ;
- amélioration de l'accès à l'eau potable ;
- amélioration de l'élimination des déchets humains ;
- amélioration des pratiques de manipulation des aliments ;
- réduction de l'exposition aux risques infectieux ou environnementaux.

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

Lors d'une flambée épidémique, il faut :

- prendre les mesures pour aider à améliorer les pratiques cliniques dans le district conformément aux recommandations figurant à l'Annexe 6A ;
- préparer les agents de santé à suivre ces recommandations et d'autres instructions facilitant la riposte, à savoir :

- vérifier, en collaboration avec la formation sanitaire, si le personnel clinique connaît et utilise les protocoles recommandés pour la prise en charge des cas des maladies épidémiques ;
 - s'assurer que les cliniciens obtiennent la confirmation de la maladie épidémique par le laboratoire, si cette maladie peut être confirmée au laboratoire ;
- lors d'une épidémie importante, demander, au responsable de chaque formation sanitaire d'identifier un lieu pouvant accueillir un nombre élevé de patients ;
 - créer un site d'isolement pour accueillir des cas de maladies très contagieuses (Ex grippe pandémique, SRAS, etc.) ;
 - fournir des procédures opérationnelles standardisées (POS) comportant des directives de lutte contre les infections et les événements ;
 - assurer l'application des mesures de protection en faveur des agents de santé contre les maladies extrêmement contagieuses (Ex grippe pandémique, SRAS, etc.) ;
 - rendre disponibles et accessibles les médicaments et consommables nécessaires.

6.4.2. Mettre à niveau les compétences du personnel de santé

Donner au personnel de santé la possibilité de s'informer et de mettre à jour ses connaissances concernant les définitions de cas ou d'événements, la prise en charge des cas, le processus de notification et les données à fournir.

Pour mettre à niveau les compétences du personnel de santé et de l'équipe d'intervention rapide il convient de :

- donner aux agents de santé impliqués dans la réponse aux épidémies des directives claires et concises ;
- choisir les thèmes pour l'orientation et le recyclage. Mettre l'accent sur la prise en charge des cas de maladie et événement spécifiques conformément aux recommandations spécifiques. Selon le risque de transmission de la maladie, d'autres thèmes peuvent être sélectionnés, parmi lesquels :
 - intensification des mesures préventives standard (eau propre, lavage des mains et élimination sans risque des aiguilles) ;
 - traitement par méthodes de stérilisation et utilisation d'équipement de protection, précautions d'isolement ;
 - protocoles de traitement tels que l'administration de sels de réhydratation orale (SRO) et l'utilisation de liquides intraveineux ;
 - désinfection des surfaces, vêtements et équipements ;
 - manipulation sans risque des cadavres
- former les acteurs de la lutte contre les épidémies ;
- orienter ou recycler les membres du comité de gestion des épidémies de district, de l'Equipe d'intervention rapide du district et le personnel médical et non

médical sur la lutte contre l'épidémie en tenant compte de la situation qui prévaut. Cette mesure permettra d'assurer la continuité de l'appui aux activités de riposte lors d'une flambée épidémique. Dans une situation d'urgence, il n'y a généralement pas assez de temps pour organiser une formation conventionnelle. On fournira donc une formation en cours d'emploi ou individuelle, selon les besoins. S'assurer que le médecin ou le personnel infirmier qui dirige la formation a la possibilité d'observer les stagiaires mettant en pratique les nouvelles compétences.

6.4.3. Renforcer la surveillance durant les activités de riposte

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

- rechercher toutes les personnes ayant développé les signes de la maladie ou événement visé, les référer à la formation sanitaire ou aux centres de traitement (pour le choléra, par exemple) ou les mettre en quarantaine dans la famille (pour la peste notamment) et assurer leur prise en charge ;
- analyser et partager les données du laboratoire ;
- mettre à jour les listes descriptives des cas, analyser les données en fonction du temps (courbe épidémique), des caractéristiques individuelles (âge et sexe) et du lieu (cartographie des cas) ;
- surveiller l'efficacité des activités de riposte à l'épidémie ;
- transmettre un rapport quotidien au début de l'épidémie au comité de gestion des épidémies et des urgences sanitaires qui pourra par la suite décider d'en modifier la fréquence ;
- rechercher activement les contacts et assurer leur suivi en conséquence.

6.4.4. Informer, éduquer et communiquer avec la communauté

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

Maintenir le public informé pour apaiser ses craintes et encourager sa coopération dans le cadre des activités de riposte. Veiller à élaborer des messages éducatifs, destinés à la communauté, pour l'informer des symptômes permettant de reconnaître la maladie, de prévenir sa transmission et de savoir à quel moment il faut aller consulter les services de soins. Ces activités de communication doivent être renforcées dès la confirmation de l'épidémie ou toute autre urgence sanitaire.

- Déterminer ce qu'il faut communiquer en se référant aux recommandations spécifiques à chaque maladie présentée à la Section 9. Veiller à inclure les informations suivantes :
 - signes et symptômes de la maladie ;
 - moyens de traitement de la maladie à domicile, si indiqué, et mode de préparation des solutions de produits désinfectants s'il y a lieu ;
 - comportements préventifs faciles à appliquer et susceptibles d'empêcher la transmission de la maladie ;
 - quand consulter la formation sanitaire pour un bilan et/ou un traitement
 - recommandations concernant la vaccination, s'il y a lieu.
- Déterminer la manière de formuler le message. On s'assurera que les messages :
 - utilisent la terminologie locale ;
 - sont culturellement appropriés ;
 - sont clairs et concis ;
 - s'appuient sur les traditions locales ;
 - prennent en compte les croyances relatives à la maladie.

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

- Choisir des canaux de communication appropriés et disponibles dans le district. Par exemple :
 - crieurs publics ;
 - médias (radio, télévision, journaux) ;
 - rencontres avec les personnels de santé, la communauté, les leaders d'opinion, les dirigeants religieux et politiques ;
 - supports d'IEC (affiches, brochures ...) ;
 - présentations multi-médias (films, vidéos ou diapositives commentées) dans les marchés, les FS, les écoles, auprès des groupes de femmes, autres associations communautaires et organisations prestataires de services, et dans les centres religieux.
- Transmettre les messages d'éducation sanitaire aux groupes communautaires et aux organisations prestataires de services en leur demandant de les diffuser au cours de leurs réunions ;
- Transmettre les messages d'éducation sanitaire aux responsables communautaires reconnus en leur demandant de les diffuser au sein de la communauté.
- Choisir un relais communautaire, un point focal ou des membres du personnel de santé qui feront office de porte-parole auprès des médias. Dès que l'épidémie a été décelée :
 - communiquer aux médias le nom du porte-parole et préciser que toutes les informations relatives à l'épidémie seront transmises par cette personne ;
 - diffuser l'information aux médias uniquement par l'intermédiaire du porte-parole pour que la communauté reçoive des informations claires et cohérentes.

- Rencontrer régulièrement et fréquemment le porte-parole communautaire pour lui communiquer :
 - les dernières informations concernant l'épidémie et les activités de riposte ;
 - des messages sanitaires clairs et simples que les médias pourront reprendre tels quels ;
 - des instructions claires quant à la nécessité de transmettre aux médias uniquement les informations et les messages d'éducation sanitaire provenant du comité de gestion des épidémies et des urgences sanitaires.

6.4.5. Organiser une campagne de vaccination de masse

Une campagne de vaccination de masse sera organisée par la Direction de la lutte contre la maladie en collaboration avec la Direction de la prévention par les vaccinations (DPV), les régions et les districts sanitaires. Cette activité doit être réalisée le plus rapidement possible en tenant compte du délai d'obtention et de distribution des vaccins.

Déterminer la population cible pour cette activité sur la base des résultats de l'investigation de cas d'épidémies.

Consulter les directives de la DPV pour les recommandations spécifiques concernant l'administration du vaccin indiqué.

Une fiche de travail intitulée « Planifier une campagne de vaccination d'urgence » figure à l'Annexe 6C.

Une autre fiche de travail intitulée « Evaluer les stocks de médicaments et vaccins pour les activités de prise en charge des cas et de vaccination » est présentée, en Annexe 5C. L'annexe 6E décrit les pratiques recommandées à utiliser durant la campagne de vaccination.

6.4.6. Améliorer l'accès à l'eau potable

Les conteneurs (canaris, barriques, citernes etc.) qui servent à stocker de l'eau peuvent favoriser la flambée des maladies épidémiques telles le choléra, la fièvre typhoïde, la shigellose et l'hépatite virale. S'assurer que la communauté a accès à des quantités d'eau potable suffisantes pour la boisson et d'autres usages. Le tableau ci-après présente les besoins quotidiens en eau par personne dans des situations non épidémiques. En période d'épidémie, en particulier pendant les flambées de maladies diarrhéiques, les quantités requises sont beaucoup plus importantes.

Tableau 10 : Besoins quotidiens en eau par personne

	Dans une situation non épidémique	Pendant une flambée de maladie diarrhéique
<i>A domicile</i>	20 litres	50 litres
<i>Dans une formation sanitaire</i>	40 à 60 litres	50 litres en salle d'Hospitalisation 100 litres en chirurgie 10 litres en cuisine

**Refugee Health : an approach to emergency situations*, Médecins sans frontières, 1997
MacMillan

Les sources d'eau de boisson des populations sont les suivantes :

- eau courante chlorée (eau de robinet) ;
- sources d'eau exposées chlorées pour les rendre potables ;
- sources d'eau protégées (puits fermés avec couvercle, forages) ;
- eau bouillie provenant de n'importe quelle source fiable.

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

Pour s'assurer que les populations disposent d'une eau de boisson saine, aussi bien à domicile qu'aux lieux de travail, il faut :

- une éducation communautaire sur la manière de conserver à domicile et sur les lieux de travail l'eau potable dans des conditions sûres. Voir l'Annexe 6F où figurent les messages types visant les communautés, ainsi que les directives spécifiques de prévention sur la manière de préparer de l'eau potable à domicile et sur les lieux de travail ;
- des récipients qui empêcheront la contamination de l'eau, notamment des conteneurs à bec étroit dans lesquels il est impossible d'introduire la main ;
- l'éloignement (10 m au moins) entre les latrines et les points d'eau.

6.4.7. Assurer l'élimination sécurisée des déchets potentiellement infectieux d'origine humaine

Pour s'assurer que les excréments d'origine humaine sont éliminés de manière sûre, afin d'éviter les fièvres hémorragiques virales, fièvre typhoïde et d'autres maladies contagieuses, il conviendra :

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

6.4.8. Améliorer les pratiques de manipulation des aliments

On s'assurera que les aliments sont manipulés conformément aux règles d'hygiène à domicile, dans les restaurants, les marchés, les écoles, les usines etc. Se référer aux normes et procédures nationales pour la manipulation et la transformation des aliments (code de l'hygiène publique).

Pour assurer une bonne hygiène alimentaire, il convient de prendre les mesures suivantes :

- organiser des séances d'IEC sur les pratiques d'hygiène alimentaire à l'intention du grand public et des acteurs de l'industrie alimentaire ;

- inspecter les restaurants, les marchands ambulants, les usines de conditionnement, pour évaluer les pratiques de manipulation des aliments, en attachant une attention particulière à l'hygiène, notamment le lavage des mains, la propreté et le respect des normes nationales ;
- fermer les restaurants, les marchés ou les usines, si l'inspection révèle des pratiques non sécurisées de manipulation des aliments ;
- renforcer les contrôles nationaux de qualité des produits de consommation.

6.4.9. Réduire l'exposition aux risques infectieux ou environnementaux

Il faut prendre des mesures pour réduire l'exposition aux risques ou aux facteurs favorisant la propagation de l'épidémie ou à l'urgence sanitaire. Il peut s'agir d'agents chimiques, physiques ou biologiques. Les exigences techniques pour réduire l'exposition seront déterminées d'après la politique nationale et avec la collaboration de ceux qui ont de l'expérience dans ce domaine. Ainsi, l'exposition aux métaux lourds (par exemple le plomb) associée à la profession ou à une pollution industrielle nécessitera une coordination entre de nombreux ministères et partenaires.

L'éducation et les actions visant à modifier les habitudes peuvent aider la communauté à adopter des comportements permettant de limiter l'exposition aux produits chimiques et autres risques.

Pour les maladies à transmission vectorielle, travailler avec des experts pour identifier les interventions permettant de réduire l'exposition au vecteur. Dans le cas du paludisme transmis par les moustiques, travailler avec le programme national de lutte contre le paludisme et les entomologistes pour :

- organiser des campagnes de distribution universelle des moustiquaires imprégnées d'insecticide à longue durée d'action (MILDA) ;
- organiser des séances d'IEC sur l'utilisation correcte des MILDA et la manière d'éviter les piqûres de moustique ;
- promouvoir l'utilisation des moustiquaires imprégnées ou autres produits imprégnés d'insecticide (couvertures, vêtements, draps, rideaux,) disponibles localement ;
- promouvoir la pulvérisation intra domiciliaire (PID) dans le district ;
- promouvoir la prévention des maladies transmises par les rongeurs en aidant les habitants du district à réduire l'exposition à ces animaux qui peuvent, par exemple, être infestés de puces porteuses de la peste. Travailler avec le responsable de la lutte anti vectorielle du district pour inciter la communauté à :
 - éviter tout contact avec l'urine, le sang, la salive et autres sécrétions des rongeurs ;
 - couvrir les aliments et l'eau conservés à domicile, de sorte que les rongeurs ne puissent y avoir accès ;
 - garder la maison et la cuisine propres et en ordre pour éviter que les rongeurs ne viennent s'y nicher ;

- utiliser de façon appropriée des produits chimiques (insecticides, rodenticides, larvicides, etc.) et des pièges, en fonction des conditions environnementales et entomologiques.

6.4.10. Rendre disponible la logistique et le matériel nécessaire à la riposte

Fournir aux équipes ce dont elles ont besoin pour mener les actions de riposte.

Tout au long de l'épidémie, contrôler l'efficacité du système logistique et d'approvisionnement. Vérifier par exemple l'organisation des transports, la fiabilité des communications entre les équipes et procurer, s'il le faut les équipements et autres outils qui pourraient manquer.

6.5. Transmettre régulièrement des comptes rendus de situation sur les épidémies et les événements

Transmettre régulièrement des informations sur les progrès de la riposte à l'épidémie (se référer à l'Annexe 6G). Transmettre aux communautés et aux FS concernées les informations fournies par le comité de gestion des urgences sanitaires. Lors des mises à jour de la situation, il faut :

- fournir des informations détaillées sur les activités de riposte, notamment les dates, lieux et les personnes impliquées dans chacune des activités. Inclure également dans le rapport, la courbe épidémique, la carte détaillée des cas, le tableau des analyses individuelles et la liste descriptive des cas ;
- signaler les changements par rapport au compte-rendu de la situation précédente ;
- indiquer les modifications qui pourraient améliorer la riposte aux épidémies ;
- suggérer une modification de la stratégie de vaccination pour augmenter son efficacité ;
- suggérer une modification des procédures d'acheminement des prélèvements pour qu'ils arrivent plus vite et en bon état au laboratoire de référence.

Il est essentiel de suivre les activités de riposte. Les résultats du suivi sont importants pour la rédaction du compte-rendu destiné aux autorités supérieures, aux partenaires, aux chefs de la communauté et pour les futures actions de sensibilisation.

Les comptes rendus de situation jouent un rôle important dans l'évaluation de la riposte et l'élaboration du rapport final. Un modèle de rédaction de rapport de gestion d'une épidémie est proposé en Annexe 7A, Section 7.

La périodicité de transmission des comptes rendus sera fonction de l'épidémie ou de l'évènement.

6.6. Evaluer et documenter la riposte à l'épidémie

6.6.1. Evaluer l'état de préparation à la riposte à une épidémie

Les éléments clé pour l'évaluation sont les suivants :

- l'existence d'un plan de préparation et de riposte à une épidémie ;
- la disponibilité des stocks d'urgence de médicaments, de vaccins et de consommables au cours des 12 derniers mois ;
- la disponibilité des fonds spécifiquement pour les activités de riposte ;
- la présence d'une équipe d'intervention rapide de district dont les membres sont parfaitement équipés et formés pour conduire une évaluation anté-épidémique ;
- l'existence d'un comité fonctionnel de lutte contre les épidémies ;
- la disponibilité d'un personnel de santé formé ou recyclé à la riposte à une épidémie.

Ces éléments doivent être examinés lors des visites de supervision intégrée.

6.6.2. Evaluer les activités de riposte à l'épidémie

A la fin d'une flambée épidémique, l'équipe nationale, en collaboration avec les comités locaux de gestion des épidémies, devra évaluer les activités de riposte. Cette évaluation devra viser la pertinence des actions de contrôle réalisées ainsi que leur promptitude et leur efficacité.

Une telle évaluation devra permettre de répondre aux questions suivantes :

Pertinence : « Les activités de réponse étaient-elles pertinentes et conformes aux directives spécifiques recommandées ? »

Réactivité : « Quelle a été la durée entre le début de la maladie épidémique et la mise en œuvre des actions de lutte? »

Efficacité : « Quelle a été la durée de la flambée épidémique? »

« Le taux d'attaque et la létalité étaient ils acceptables? »

Les ressources mobilisées : « Les ressources mobilisées ont-elles été suffisantes en terme de : personnel, médicaments, vaccins, réactifs, matériels, ressources financières etc. ? »

ANNEXES À LA SECTION 6

Annexe 6A	Prise en charge des cas dans une situation épidémique
Annexe 6B	Préparer des solutions de désinfectants à l'aide des produits chlorés
Annexe 6C	Planifier une campagne de vaccination d'urgence
Annexe 6D	Pratiques de vaccination recommandée
Annexe 6E	Exemples de messages pour l'éducation communautaire
Annexe 6F	Communication en période d'épidémie

ANNEXE 6A : PRISE EN CHARGE DES CAS DANS UNE SITUATION EPIDEMIQUE

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

5. Traitement du Choléra dans une situation épidémique

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

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

<input type="checkbox"/> Evaluer le niveau de déshydratation du patient	
<ul style="list-style-type: none">● Evaluer la condition générale du patient : Est-il ? :<ul style="list-style-type: none">- léthargique ou inconscient ?- agité et irritable ?● A-t-il les yeux enfoncés ?● Offrir à boire au patient ?● Est-ce que le patient ?<ul style="list-style-type: none">- est-il : incapable de boire, ou boit-il difficilement ?- boit-il avec avidité, a-t-il soif ?● Pincer la peau de l'abdomen. Revient-elle en place ? :<ul style="list-style-type: none">- Très lentement (plus de 2 secondes) ?- Lentement ?	
Si deux des signes suivants sont présents : <ul style="list-style-type: none">● léthargique ou inconscient <input type="checkbox"/>● les yeux enfoncés● N'arrive pas à boire ou boit mal● peau pincée revient très lentement	DESHYDRATATION SEVERE* Donner des liquides en cas de déshydratation sévère (Plan C)
Si deux des signes suivants sont présents : <ul style="list-style-type: none">● Agité et irritable <input type="checkbox"/>● les yeux enfoncés● boit rapidement, à soif● peau pincée revient lentement	DESHYDRATATION LEGERE Donner des liquides en cas de déshydratation légère (Plan B)

S'il n'y a pas assez de signes pour classer comme déshydratation sévère ou légère <input type="checkbox"/>		PAS DE DESHYDRATION Donner des liquides et à manger pour traiter la diarrhée à domicile. (Plan A)
*Pour adultes et enfants âgés de plus de 5 ans, d'autres signes de déshydratation sévère sont "absence de pouls radial" et "hypotension".		
<input type="checkbox"/> Donner des antibiotiques recommandés pour le traitement de patients cholériques qui sont sévèrement déshydratés.		
Antibiotique	Enfants	Adultes
<i>Doxycycline</i> <i>En prise unique t</i>	–	300 mg ¹
<i>Tetracycline</i> <i>4 fois par jour pendant 3 jours</i>	12.5 mg par kg	500 mg
<i>Erythromycine</i> ³ <i>adultes: 4 fois par jour pendant 3 jours</i> <i>enfants: 3 fois par jour pendant 3 jours</i>	10 mg par kg	250 mg

- Si le patient vomit le liquide, attendre 10 minutes. puis lui redonner, mais plus doucement.
- Continuer de suivre le patient et compenser les pertes liquidiennes jusqu'à ce que la diarrhée s'arrête.
- Prendre comme référence le guide technique de la PCIME pour traiter les enfants de moins de 5 ans et le Guide de diagnostic et de traitement (GDT) pour plus d'information sur le traitement de la diarrhée aqueuse aiguë et du choléra confirmé.

Plan A : Traitement de la diarrhée à domicile

Si le patient ne montre aucun signe de déshydratation lors de l'examen, il peut être traité à domicile. Donner assez de Sels de réhydratation orale (SRO) pour un traitement de 2 jours et expliquer comment prendre la solution SRO en suivant le guide suivant :

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

Age	Quantité de solution après chaque selle liquide	Donner assez de SRO pour préparer :
Jusqu'à 2 ans	50 à 100 ml après chaque selle liquide	500 ml par jour
De 2 ans à 10 ans	100 à 200 ml après chaque selle liquide	1000 ml par jour
Plus de 10 ans	autant que le patient désire	2000 ml par jour

□ Plan B : Traitement de la déshydratation légère avec SRO

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

□ Déterminer la quantité minimale de SRO à donner dans les 4 premières heures						
Tranche d'âge	Moins de 4 mois	de 4 mois à 11 mois	de 12 mois à 23 mois	de 2 ans à 4 ans	de 5 ans à 14 ans	plus de 14 ans
Poids en kg	< 6	6 - < 10	10 - < 12	12 - < 19	19 - 30	30 ou plus
Quantité de SRO	200 - 400	400 - 700	700 - 900	900 - 1400	1400 - 2200	2200 - 4000

- Pour les enfants de moins de 6 mois qui ne sont pas nourris au sein, donner 100-200 ml d'eau potable en plus pendant cette période.
- Donner des petites gorgées fréquentes d'une tasse.
- si le patient vomit le liquide, attendre 10 minutes, puis lui en redonner mais plus doucement.
- Pour les enfants qui sont nourris au sein, donner le sein à la demande.
- Evaluer les patients toutes les 1-2 heures pour assurer qu'ils prennent la dose de SRO prescrite et pour surveiller la perte de liquide. Réévaluer complètement le niveau de déshydratation du patient après 4 heures, et puis suivre le plan de traitement correspondant à la classification de la déshydratation du patient.

□ Plan C : Traitement de la déshydratation sévère rapidement

Commencer à donner les solutés en intraveineuse immédiatement. Si le patient est un enfant et peut boire, donner le SRO par voie orale en attendant que la voie veineuse soit prête. Donner 100 ml par kg de solution de Ringer lactate, répartie comme indiquer ci-dessous :

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

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

- Réévaluer l'état du patient après les premiers 30 ml par kg, et par la suite chaque 1 ou 2 heures. Si la déshydratation ne s'améliore pas, augmenter prudemment le débit de la perfusion.
- Donner aussi du SRO (à peu près 5 ml par kg par heure) dès que le patient peut boire. Après 3 à 4 heures pour les enfants moins d'un an et après 1 à 2 heures pour les patients âgés d'un an et plus.
- Réévaluer l'état du patient après 6 heures (pour jeunes enfants) ou 3 heures (si le patient est âgé d'un an ou plus). Evaluer la déshydratation puis choisir le plan approprié (Plan A, Plan B, Plan C) pour continuer le traitement.
- Donner l'antibiotique recommandé pour le traitement des déshydrations sévères chez les malades atteints de choléra.
- Donner au patient l'information sur le traitement à domicile avant qu'il ne parte de l'hôpital.
- En cas de vomissement lors de la prise de SRO, attendre 10 minutes. Puis redonner au patient pour finir la dose, mais plus doucement cette fois.
- Continuer l'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants.
- Revenir à la formation sanitaire pour un traitement dans les situations suivantes :
 - nombre croissant de selles liquides ;
 - boit et mange mal ;
 - soif marquée ;
 - vomissements répétés ;
 - fièvre ;
 - sang dans les selles.

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

	ACIDE NALIDIXIQUE ☐ Donner quatre fois par jour pendant 5 jours	CIPROFLOXACIN ☐ Donner deux fois par jour pendant 5 jours	COTRIMOXAZOLE (trimethoprim + sulphamethoxazole) ☐ Donner deux fois par jour pendant 5 jours		
POIDS	Comprime 250 mg	Comprime 250 mg	Comprime ADULTE 80 mg trimethoprim + 400 mg sulphamethoxazole	Comprime Pédiatrique 20 mg trimethoprim + 100 mg sulphamethoxazole	SIROP 40 mg trimethoprim + 200 mg sulphamethoxazole par 5 ml
Dose enfant					
3 - 5 kg	¼	¼	¼	2	5.0 ml
6 - 9 kg	½	½	½		
10 -14 kg	1	1	1	3	7.5 ml
15 -19 kg	1	1	1	3	7.5 ml
20-29 kg	2	2	1	6	15 ml
Dose Adulte	Comprimé 250 mg	Comprimé 250 mg	Comprimé 160 mg TMP + 800 mg SMX		
	4 Comprimés	4 Comprimés	2 Comprimés		

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

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

- Donner la première dose à la FS.
- Donner la prochaine dose à la mère pour qu'elle la donne à l'enfant le lendemain.

AGE	Capsules de Vitamine A		
	200 000 IU	100 000 IU	50 000 IU
de 6 mois à 11 mois	½ capsule	1 capsule	2 capsules
12 mois à 5 ans	1 capsule	2 capsules	4 capsules

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

8. Protocole de prise en charge de la méningite bactérienne

La prise en charge des cas est **entièrement gratuite**

CHLORAMPHENICOL HUILEUX 500 mg, injection (IM) en DOSE UNIQUE

Tranches d'âge	Doses
0 – 8 semaines	0,25 gramme (1/4 ampoule dans chaque fesse)
2 – 11 mois	0,5 gramme (1/2 ampoule dans chaque fesse)
1 – 2 ans	1 gramme (1 ampoule dans chaque fesse)
3 – 6 ans	1,5 grammes (1,5 ampoules dans chaque fesse)
7 – 10 ans	2 grammes (2 ampoules dans chaque fesse)
11 – 14 ans	2,5 grammes (2,5 ampoules dans chaque fesse)
15 ans et plus	3 grammes (3 ampoules dans chaque fesse)

NB : Si la fièvre persiste après 48 heures, répéter l'injection de Chloramphénicol huileux IM, à la même posologie.

Exception :

Pour les malades comateux et les cas très sévères **UNIQUEMENT**, poser une perfusion intraveineuse et traiter avec de l'Ampicilline IV à la dose de 200 mg/kg/jour pendant 5 jours, **OU** avec du Chloramphénicol aqueux IV à la dose de 100mg/kg/jour pendant 5 jours.

CEFTRIAXONE : Traitement de la méningite bactérienne chez les nouveau-nés et les enfants de moins de 2 ans

Groupe d'âge	Traitement
<2 mois	<u>Ceftriaxone</u> 100 mg/kg/jour une fois par jour pendant 7 jours IV/IM possible
2 à 23 mois	<u>Ceftriaxone</u> 100 mg/kg/jour une fois par jour pendant 5 jours IM ou IV

NB : Refaire un bilan clinique au bout de 24h, 36h et 48 h

Evacuer le malade s'il n'y a pas d'amélioration au bout de 48h en cas :

- de convulsions répétées,
- de température supérieure à 38,5°C au bout de 48 heures,
- de diminution du niveau de conscience,
- de coma.

Seuls les solvants aqueux seront utilisés pour la Ceftriaxone injectable par voie intraveineuse

Traitement de la méningite bactérienne par la Ceftriaxone chez les 2 ans et plus.

Groupe d'âge	Traitement
2 à 5 ans	<u>Ceftriaxone</u> 100 mg/kg dose unique IM
5 à 14 ans	<u>Ceftriaxone</u> 100 mg/kg dose unique IM
>14 ans	<u>Ceftriaxone</u> 100 mg/kg (maximum 4 g) dose unique IM

NB :

- Faire une surveillance clinique au bout de 24h et 48h s'il n'y a pas d'amélioration (convulsions répétées, température supérieure à 38,5°C, diminution du niveau de conscience présence de signes neurologiques ...) :
 - au bout de 24 h, administrer une deuxième dose de Ceftriaxone de 100 mg/kg ou 2g chez l'adulte ;
 - au bout de 48h, compléter à 5 jours de traitement ou évacuer.
- Seuls les solvants aqueux seront utilisés pour la Ceftriaxone injectable par voie intraveineuse.

ANNEXE 6B : PREPARER DES SOLUTIONS DE DESINFECTANTS A L'AIDE DE DIVERS PRODUITS CHLORES

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

Usage	Concentration des solutions à préparer pour		
	Désinfection de l'eau de boisson à domicile	Désinfection des crudités (salade, concombre, tomates...)	Désinfection du matériel souillé (litterie, instruments de labo, matériel, selles, vomissures....)
Produit de base	1% = 10g/l	0,2% = 2g/l	0,5% = 5g/l
Eau de javel à 8° (2,5% de chlore)	400 ml/litre 1 part de javel pour 1,5 part d'eau	80 ml/litre 1 part de javel pour 11,5 part d'eau	200ml de javel/4 parts d'eau
Eau de javel à 12° (4% de chlore)	250 ml/litre 1 part de javel pour 3 part d'eau	50 ml/litre 1 part de javel pour 19 part d'eau	125ml de javel / 7 parts d'eau
Eau de javel production SANILEC (5 à 7g/l)	Sans dilution	500 ml/litre 1 part de javel pour 2 part d'eau	Sans dilution
Hypochlorite de calcium (70% de chlore)	15g/l 1 cuillère à soupe/litre d'eau	3g/l 1 cuillère à soupe pour 5litre d'eau	7g/l 1 cuillère à soupe pour 2litres d'eau
Chlorure de chaux (30% de chlore)	35g/l 2,5 cuillère à soupe/litre d'eau	7g/l 1 cuillère à soupe 2litres d'eau	18 g/l 1 cuillère à soupe / litre d'eau

NB : Pour la désinfection de 1l d'eau de boisson, ajouter 3 gouttes de la solution de 1% préparée, agiter et attendre au moins 30 minutes avant utilisation de cette eau.

Pour les autres cas, tremper le matériel ou les effets à désinfecter dans la solution préparée pendant 30 minutes.

Pour désinfecter les vêtements :

- désinfecter rapidement et à fond les effets personnels du patient et son environnement immédiat à l'aide de l'un des désinfectants suivants :
 - poudre de chaux chlorée ;
 - solution chlorée à 1% ;
 - solution au phénol à 1 - 2% ;

- désinfecter rapidement et à fond les vêtements du patient :
 - laver les vêtements au savon et à l'eau ;
 - faire bouillir ou laisser tremper dans une solution désinfectante, laisser sécher au soleil ;
 - laver les ustensiles à l'eau bouillante ou avec une solution désinfectante ;
 - ne pas laver les articles contaminés dans des rivières ou des mares utilisées pour l'eau de boisson ou près d'un puits.

ANNEXE 6C : PLANIFIER UNE CAMPAGNE DE VACCINATION D'URGENCE

1. Préciser la population cible à vacciner.
2. Evaluer les ressources nécessaires: vaccins, diluants, matériel d'injection (seringues auto bloquantes, seringues de dilution et de boites de sécurité), ressources financières et humaines.
3. Identifier les sites de vaccination et en informer les populations.
 - Identifier et former, au besoin, une ou plusieurs équipes mobiles de vaccination.
 - Déterminer si certaines zones sont difficilement accessibles.
 - Contacter la communauté et prendre des rendez-vous pour les vaccinations au niveau des sites de vaccination.
4. Contacter le niveau supérieur pour obtenir les vaccins.
5. S'assurer que les capacités sont suffisantes pour le stockage des vaccins.
6. Former les équipes de vaccinations (vaccinateurs, volontaires...) Pour l'organisation pratique se conformer aux directives en vigueur.
7. Mobiliser la communauté. autour de l'activité de vaccination d'urgence.
8. Organiser le transport jusqu'aux sites de vaccination.
9. Rationaliser l'utilisation des vaccins.
10. organiser la collecte et l'analyse des données de vaccination.

ANNEXE 6D : PRATIQUES DE VACCINATION RECOMMANDEES

En collaboration avec t le responsable du PEV, organiser un cours de recyclage à l'intention des équipes de vaccinateurs qui mèneront l'activité de vaccination d'urgence. S'assurer que ces équipes connaissent au moins les étapes suivantes :

1. reconstituer correctement le vaccin :
 - déterminer la quantité de diluant nécessaire pour reconstituer le vaccin lyophilisé ;
 - utiliser une seringue et une aiguille stériles ;
 - tirer et évacuer le diluant plusieurs fois dans le flacon contenant le vaccin.
2. Envelopper le flacon dans du papier aluminium ou la couvrir avec un morceau de tissu foncé pour la protéger du soleil.
3. Sur le terrain, protéger le vaccin et le diluant de toute contamination. Couvrir le flacon ouvert avec du papier aluminium pour éviter les impuretés et les mouches.
4. Placer immédiatement le vaccin sur un ice box bien formé prévu à cet effet. Garder la glace et les vaccins à l'ombre.
5. Enregistrer pour chaque personne vaccinée, la dose sur une carte de vaccination si la politique nationale stipule que les personnes vaccinées doivent être munies d'une carte.
6. Rassembler des données pour contrôler l'activité. Par exemple, enregistrer sur une fiche de pointage le nombre de doses administrées de manière à pouvoir calculer la couverture de la campagne.
7. Rappeler aux agents de santé qu'il existe un risque de contracter des maladies transmises par le sang à la suite d'une piqûre d'aiguille accidentelle. Passer en revue les pratiques sûres de manipulation et d'élimination des instruments tranchants et des aiguilles.
- 5 Organiser l'enlèvement sans risque, à la fin de l'activité, des matériels d'injection utilisés. Ces déchets doivent être détruits selon les normes en vigueur.
- 6 Rappeler la technique vaccinale à utiliser. .
- 7 Appliquer la politique des flacons entamés.

ANNEXE 6E : EXEMPLES DE MESSAGES POUR L'IEC

Lavage des mains

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

Cette pratique d'hygiène est plus fréquente là où l'eau est abondante et facilement accessible. Pour le stockage, on séparera, dans la mesure du possible, l'eau de lavage de l'eau de boisson. En cas d'épidémie, il faudra fournir du savon à ceux qui n'en ont pas. S'il n'y a pas de savon, utiliser des cendres ou de la terre. Après s'être lavé les mains, ne pas les essuyer avec un linge sale. Les faire sécher à l'air.

Etre a l'abri de la dysenterie (diarrhée sanguinolente) ?

Se laver les mains, pour se protéger, et protéger les autres, de cette maladie.

Se laver *toujours* les mains :

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

S'apprêter a se laver les mains ?

Avec

- de l'eau propre ;
- du savon ;
- un linge propre pour les essuyer ;

Manipulation sûre des aliments

Encourager les pratiques de salubrité alimentaire suivantes :

- ne pas manger d'aliments crus, à l'exception des fruits et légumes en bon état qui sont pelés et consommés immédiatement ;
- bien cuire les aliments ;
- consommer les aliments quand ils sont encore chauds ou les réchauffer avant de manger ;
- laver au savon et laisser sécher tous les ustensiles de cuisine et de service après utilisation ;
- garder les aliments cuits et les ustensiles propres séparés des aliments non cuits et des ustensiles qui peuvent être contaminés ;
- bien se laver les mains avec du savon avant de préparer la nourriture ;
- protéger les aliments des mouches à l'aide d'un filet à mouches.

La préparation des aliments est-elle sans risques

La cuisson tue les germes

- Cuire à point les viandes, poissons et légumes.
- Consommer les viandes, poissons et légumes cuits quand ils sont encore chauds.

La propreté protège contre la maladie

- Se laver les mains avant de préparer ou de servir les aliments.
- Laver les plats et ustensiles avec du savon et de l'eau propre.
- Laver soigneusement avec du savon la planche à couper.

L'épluchage protège contre la maladie

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

UNE REGLE D'OR : LAVER, CUIRE, PELER SINON NE PAS EN CONSOMMER

Evacuation sans risque des excréta de l'homme

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

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

- chacun, y compris les enfants, doit utiliser correctement les latrines ;
- les excréta des enfants doivent être transférés dans les latrines ou enterrés ;
- il faut éviter de déféquer sur le sol ou dans la source d'approvisionnement en eau ou à proximité de celle-ci.

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

Se protéger contre la dysenterie (diarrhée sanguinolente) utiliser des toilettes ou des latrines

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

- Utiliser toujours des toilettes ou des latrines. En construire si on n'en a pas.
- Tenir les toilettes ou les latrines propres.
- Se laver les mains avec du savon (ou des cendres) et de l'eau propre après avoir utilisé les toilettes ou les latrines.

Penser à la propreté : utiliser des toilettes ou des latrines

Salubrité et conservation de l'eau de boisson

- **Approvisionnement et conservation de l'eau potable et conservation dans la communauté**

1. *Eau courante (eau de robinet)*.. Pour être potable, l'eau courante doit être correctement traitée au chlore. Pour éviter que l'eau de la nappe phréatique pénètre dans les conduites, réparer les joints qui fuient et maintiennent une pression constante dans le système.
2. *Source d'eau exposée* (rivière, mare ou puits ouvert sans margelle). Si ces sources sont utilisées pour l'eau de boisson, les protéger lorsque cela est possible de toute contamination par les hommes et les animaux. Creuser des rigoles d'écoulement pour éviter que l'eau de pluie ou d'autres eaux de surface altèrent la source d'eau potable. **Toute défécation sera interdite dans un périmètre de 30 mètres autour de la source d'eau et doit se faire en contrebas ou en aval de celle-ci.**
3. *Puits fermés*. Les margelles de puits doivent être équipées d'un radier d'écoulement ainsi que d'une poulie, d'un treuil ou d'une pompe.
4. *Par camion*. Si l'eau disponible localement risque d'être contaminée, l'eau de boisson doit être fournie par camions-citernes ou transportée dans des bidons si elle a été correctement chlorée et si le ravitaillement peut être régulier. Cependant, cette forme d'approvisionnement coûte cher et est difficile à maintenir; on la considère donc comme une mesure à court terme en attendant le rétablissement de l'approvisionnement local.

- **Stockage et traitement de l'eau de boisson à domicile**

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

Pour empêcher toute contamination, les familles doivent conserver l'eau de boisson dans l'un des types de récipients suivants:

1. *Récipients couverts* nettoyés quotidiennement et gardés hors de la portée des enfants et des animaux. L'eau en est extraite à l'aide d'une louche à manche longue réservée à cet usage.
2. *Récipients à bec étroit* dont l'ouverture est trop petite pour qu'une main puisse y être insérée. L'eau en est extraite par versage ou à l'aide d'un robinet.

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

Procédures d'inhumation sans risque

Les funérailles peuvent favoriser le déplacement de personnes vivant dans des régions non infectées vers une région infectée, d'où elles peuvent ramener le choléra ou la dysenterie etc. chez elles.

Les liquides corporels des personnes décédées à la suite de choléra ou d'une fièvre hémorragique virale demeurent infectieux. Etre extrêmement prudents lorsqu'on prépare les corps de patients suspectés d'avoir été atteints de choléra ou de fièvre hémorragique virale.

- l'inhumation doit avoir lieu rapidement et à proximité du lieu du décès ;
- déconseiller le lavage des cadavres ;
- limiter l'importance du rassemblement funèbre ;
- déconseiller la distribution de nourriture pendant les cérémonies d'inhumation ;
- s'assurer que les personnes qui nettoient et préparent le corps ne préparent ni ne servent de la nourriture ;

- s'assurer qu'il ait un lavage soigneux des mains avec du savon et de l'eau propre avant que toute nourriture ne soit servie.

Réduire l'exposition aux moustiques

Protection personnelle

- Utiliser des insecticides.
- Utiliser des moustiquaires (si possible imprégnées d'insecticide).
- Enfoncer le bord inférieur de la moustiquaire sous la literie.

ANNEXE 6F : COMMUNICATION EN SITUATION D'ÉPIDÉMIE

Introduction

Suite à la vérification et à la confirmation de l'évènement, les autorités du niveau périphérique (et district) sont informées à travers le niveau intermédiaire par le niveau central et recevoir reçoivent les orientations sur l'information à donner aux médias.

Dès la déclaration de l'épidémie, l'information diffusée au niveau du district doit s'appuyer sur les principaux messages types élaborés par le niveau central.

Bien que la communication soit coordonnée par le niveau central, les médias locaux pourraient contacter comité local de gestion des épidémies afin d'obtenir directement l'information de à la source.

En résumé, le médecin chef de district pourrait assurer la communication et fournir l'expertise scientifique de l'intervention.

Actions au niveau district

- Identifier des porte- paroles au niveau district (politique et technique) ;
- communiquer régulièrement aux autorités du niveau régional pour leurs fournir les informations reçues au niveau communautaire, des média et des autres acteurs); le niveau régional communiquera également les informations reçues du district au niveau central ;
- être en contact régulier avec la hiérarchie pour recevoir les messages communs incluant les directives et les réponses aux questions fréquemment posées par les médias locaux ;
- être disponible pour les médias locaux pour fournir avec transparence les informations exactes mises à jour suivant les directives du niveau central à travers des messages clairs et simples ;
- organiser des points de presse pour fournir régulièrement des informations aux médias locaux conformément aux directives du niveau national ;
- entretenir des bonnes relations avec les médias locaux pour informer à temps la population à travers des messages clairs et transparents ;
- utiliser les supports de sensibilisation élaborés par le niveau central avec des messages pertinents l'endroit des populations ;
- identifier les canaux locaux pour diffuser les messages aux populations ;
- tenir régulièrement des rencontres d'information avec les acteurs locaux ; diffuser régulièrement les messages corrects de préventions et de surveillance aux populations ;
- organiser communications de proximité (par exemples des campagnes de communication de porte à porte) pour atteindre les zones rurales reculées afin de promouvoir la prévention et la surveillance conformément aux directives nationales.

SECTION 7 : Communiquer l'information

Cette section décrit comment :

- Informer les acteurs impliqués et la population :
 - élaborer des notes d'information pour la communauté ;
 - communiquer avec les différents partenaires ;
 - élaborer et diffuser des bulletins épidémiologiques.

- assurer la rétro-information :
 - élaborer des fiches d'information récapitulatives ;
 - élaborer la lettre d'information du district ;
 - rédiger un rapport sur la riposte à une épidémie ou à un évènement sanitaire.

7.0. Communiquer l'information

La communication constitue un volet essentiel de la surveillance épidémiologique. Pendant une épidémie ou un évènement sanitaire, la communication, lorsqu'elle est efficace traduit un réel souci de transparence dans la gestion de l'évènement. Ainsi, les synthèses d'information sur la riposte, permettent aux décideurs de vérifier l'utilisation des ressources pour juguler l'épidémie. Par ailleurs, il faut apporter des informations à la population et répondre à ses préoccupations, si on veut qu'elle participe vraiment à la riposte aux épidémies ou autres évènements sanitaires.

7.1. Informer les acteurs impliqués et la population

7.1.1. Elaborer des notes d'information pour la communauté

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

7.1.2. Communiquer avec les différents partenaires

Une coordination entre les différents partenaires est essentielle pendant la riposte à une épidémie ou à un évènement sanitaire. Par conséquent, la mise en place des structures et de processus de communication régulière entre les services de soins et la communauté permet d'assurer l'existence et le fonctionnement de ce lien fondamental en situation d'urgence. Il y a différents moyens de communication (SMS, appels téléphoniques, courriers, fax, email etc.). On utilisera des moyens de communication plus officiels pour transmettre des informations aux comités décisionnels. Quel que soit le moyen utilisé, il est important que la communication se fasse en toute transparence et en tenant compte de l'expérience de la communauté.

7.1.3. Elaborer et diffuser des bulletins de santé publique

Ces bulletins s'adressent à un public plus large que le personnel de soins du district ou de la formation sanitaire concernée.

Généralement courts (2 à 8 pages), ils sont lus par les responsables politiques, les législateurs et autres décideurs et constituent ainsi un excellent moyen d'atteindre les donateurs et ceux susceptibles d'apporter une assistance technique.

Les bulletins contiennent au moins :

- un tableau récapitulatif indiquant les derniers chiffres pour les cas et les décès dus aux maladies prioritaires,
- un commentaire ou un message sur une maladie ou sur un sujet précis.

A la réception du bulletin au bureau du district il faut :

- l'afficher de façon à ce que tout le monde puisse le voir ;
- faire des copies et les distribuer au personnel des formations sanitaires.

Présenter un exemplaire du bulletin (annexe 7B) aux agents de santé à l'occasion des visites de supervision, pour leur montrer comment les données collectées sont utilisées pour l'amélioration de la santé de la population.

7.2. Assurer la rétro-information

La rétro-information consiste à donner des informations en retour aux personnels des différents niveaux.

Cette rétro-information encourage les agents de santé ayant participé au système de surveillance et contribue à leur formation continue.

La plupart du temps, les formations sanitaires et les districts communiquent de façon fiable les données de surveillance au niveau supérieur comme il le leur a été demandé. Mais si le niveau supérieur ne les informe pas de l'exploitation et de l'interprétation qui ont été faites de ces données, les agents de santé peuvent penser que les données qu'ils ont communiquées n'étaient pas importantes. Par conséquent, leurs prochaines notifications risquent de ne pas être aussi fiables, dans la mesure où ils ne sauront pas si les informations transmises sont utiles ou pas. Les agents de santé ont une bonne compréhension de la situation à leur niveau, mais en l'absence de retour d'information, ils ne pourront pas apprécier la situation à l'échelon national, régional ou du district.

Lorsque les acteurs au niveau central, régional, district reçoivent les données, ils doivent répondre aux formations sanitaires qui les leur ont transmises. Ce retour d'information encourage les agents de santé à mieux participer au système de surveillance. Il vise également à mieux faire connaître certaines maladies, ainsi que les résultats obtenus par les projets de prévention et de lutte dans la région. Ce retour d'information peut se faire par :

- écrit, notamment par le biais d'une lettre d'information mensuelle, ou
- oralement, par téléphone ou à l'occasion de réunions périodiques.

7.2.1. Elaborer des fiches d'information récapitulatives

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

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

7.2.2. Elaborer un bulletin d'information du district

L'objectif du bulletin d'information du district est de présenter des informations actualisées. Ce bulletin de 2 à 4 pages sert à informer et à motiver le personnel de santé du district. .

Exemples d'articles d'informations pouvant figurer dans ce bulletin :

- synthèse des données nationales, régionales ou de district relatives à une maladie prioritaire donnée ;
- état des progrès réalisés pour atteindre un objectif de santé publique spécifique ;
- compte-rendu d'une intervention de santé publique particulièrement réussie, exécutée par un ou plusieurs agents de santé ;
- description d'événements ou d'activités particulières (par exemple, changement du jour de marché).

7.3. Rédiger un rapport sur la riposte à l'épidémie ou à l'évènement sanitaire

A la fin de la riposte, l'équipe d'intervention rapide du district doit rédiger un rapport pour expliquer comment le problème a été identifié, comment a été menée l'investigation, quelles ont été les activités de riposte, quel en a été le résultat, quelles décisions ont été prises et quelles recommandations ont été faites.

Une copie de ce rapport pourra être utilisée pour la rétro information à l'intention des formations sanitaires.

Voir en Annexe 7A de cette section, un modèle de format conseillé pour la rédaction du rapport.

ANNEXES A LA SECTION 7

Annexe 7A Canevas de rapport de gestion d'une épidémie

Annexe 7B Modèle de bulletin épidémiologique hebdomadaire

ANNEXE 7A : CANEVAS DE RAPPORT DE GESTION D'UNE EPIDEMIE

Page de garde (timbre de la structure, titre)

Introduction

Données générales (présentation de la zone : village, FS, district, région)

Contexte et justification (historique, raisons de l'investigation, importance en santé publique, seuil atteint, etc.)

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

Méthodologie

- Date de l'investigation ;
- site(s) d'investigation (formations sanitaires, villages, autres) ;
- recherche de cas (indiquer ce qui a été fait concernant la recherche de cas, ex., examens des registres médicaux, investigation de proximité, alerte des autres formations sanitaires, autres) ;
- spécimens de laboratoire collectés ;
- description de la riposte (donner les dates des interventions).

Résultats

- Date et localisation du premier cas connu (cas indice) ;
- date et formation sanitaire du premier cas vu par le système de santé,
- résultats d'une recherche supplémentaire de cas ;
- résultats de laboratoire et analyse de données ;
- 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.

Faire ressortir l'auto-évaluation de la promptitude et la qualité de détection de l'épidémie, de l'investigation, et de la riposte

Interprétations, commentaires et conclusions

Actions de santé publique recommandées à différents niveaux (communauté, formation sanitaire, district, partenaires, province, et national).

MINISTERE DE LA SANTE

STRUCTURE : Service de surveillance épidémiologique, Direction de la lutte contre la maladie

BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE
SEMAINE N°52 (du 26/12/2011 au 01/01/2012)

I. Synthèse de la situation épidémiologique

Tableau n° I : Répartition des cas, des décès et de la létalité des maladies à potentiel épidémique notifiés au TLOH de la semaine 52, année 2011.

MALADIES	CAS	DECES	LETALITE (%)
MENINGITE	67	7	10,45
ROUGEOLE	10	0	0.0
DIARRHEE SANGUINOLENTE	25	0	0.
CHOLERA	0	0	.0
ICTERE FEBRILE	12	0	0,0
PARALYSIE FLASQUE AIGUE	1	0	0.0
TETANOS NEO NATAL	1	0	0.0

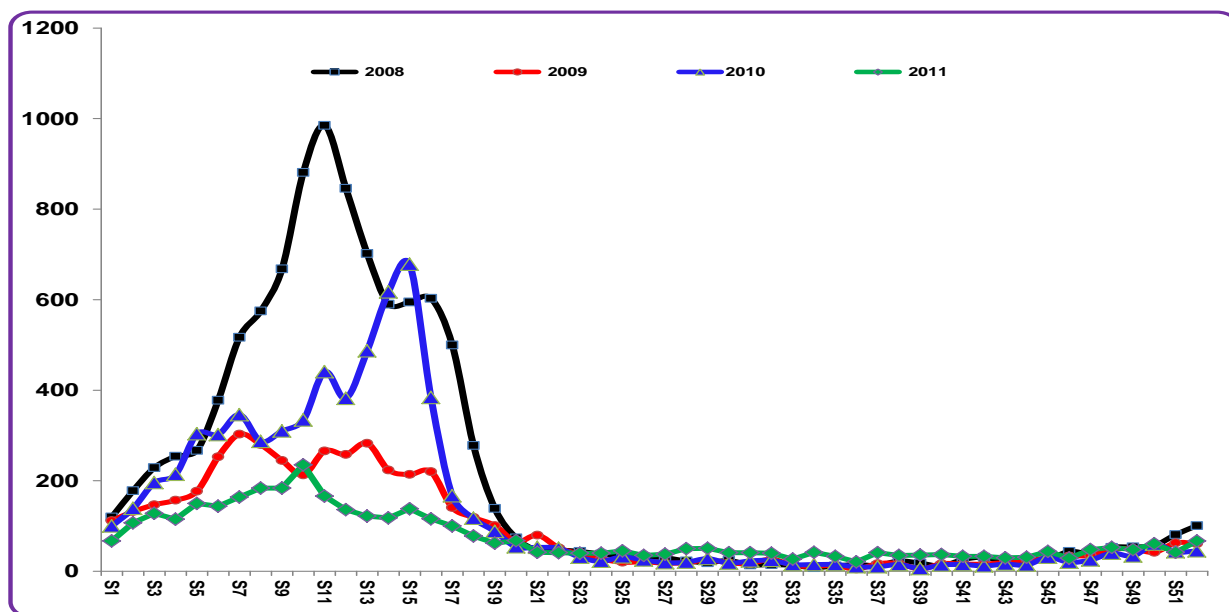
Source : Service de surveillance épidémiologique de la Direction de la lutte contre la maladie

II. Description de la situation de la méningite

2.1. Evolution de la situation épidémiologique selon le temps

Au cours de la 52^{ème} semaine, période allant du 26 décembre 2011 au 01 janvier 2012, l'ensemble des districts sanitaires a notifié 67 cas suspects de méningite dont 7 décès contre 45 cas dont 12 décès au cours de la même période en 2010.

L'évolution des cas de méningite au cours des 4 dernières années se présente comme suit :



Graphique n°1 : Courbes comparatives de l'évolution hebdomadaire des cas de méningite en 2008, 2009, 2010 et 2011.

Commentaires :

L'évolution de ces courbes comparatives indique que celle de 2011 est restée en dessous de celles des autres années et ont toutes tendance à se confondre depuis la semaine 20. On note une légère tendance à la hausse du nombre de cas à partir de la semaine 46.

2.2. Evolution de la situation épidémiologique selon le lieu

Tableau II : Situation des taux d'attaque des districts en alerte ou en épidémie au cours de la semaine 52 de l'année 2011.

ALERTE		EPIDEMIE	
Districts	Taux d'attaque pour 100 000 habitants	Districts	Taux d'attaque pour 100 000 habitants
GAYERI	5	PAMA	23
SEGUENEGA	7		
SAPONE	9		
LENA	6	KARANGASSO VIGUE	12
ICTERE FEBRILE	6		

Source : Service de surveillance épidémiologique de la Direction de la lutte contre la maladie

A la semaine 52 de 2011, 2 districts ont franchi le seuil épidémique tandis que quatre (4) autres ont franchi le seuil d’alerte. (Confère figure 2).

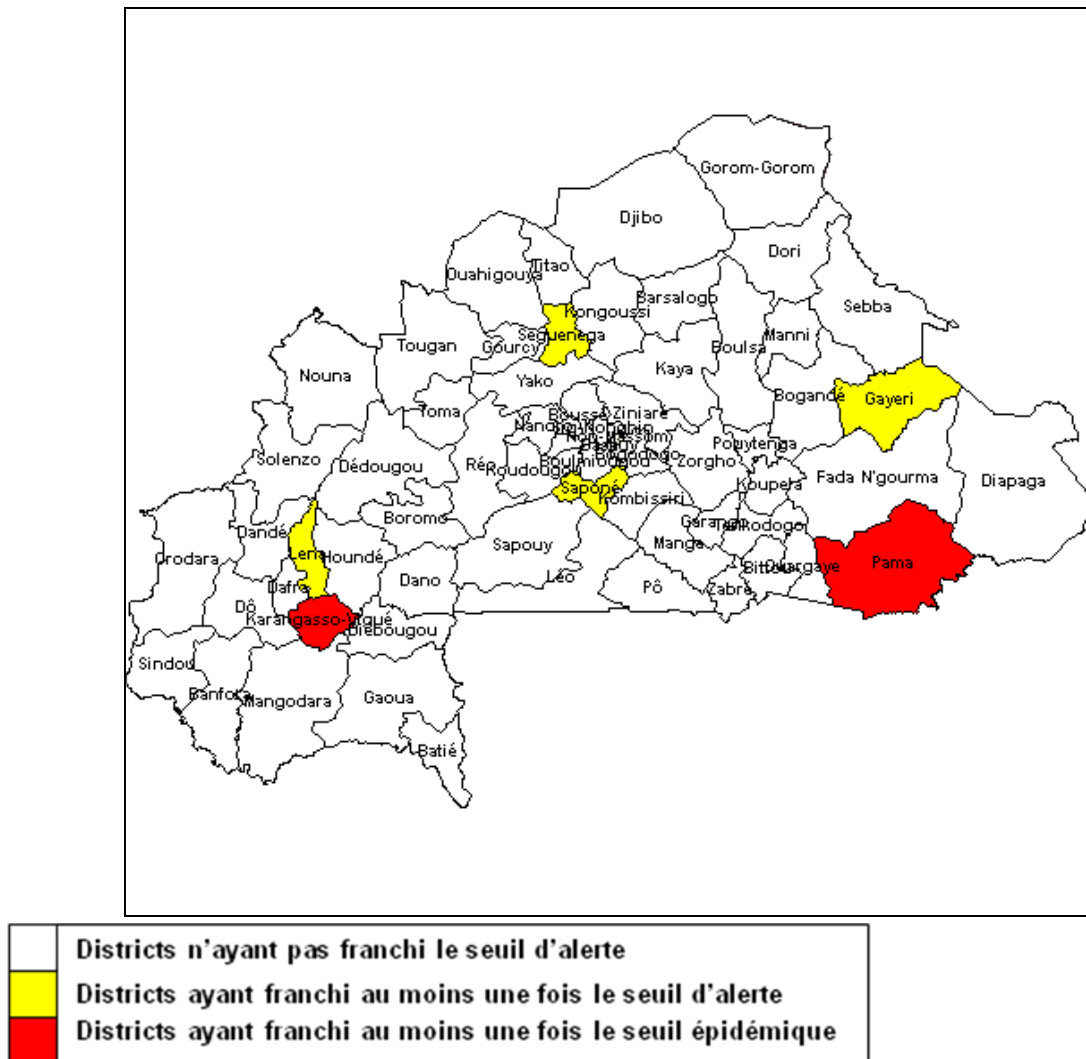


Figure 2 : Cartographie des districts sanitaires selon le taux d’attaque à la semaine 52 de 2011.

2.3. Résultats de l’analyse des LCR au laboratoire

Sur les 67 cas suspects notifiés, 37 cas ont fait l’objet de prélèvement et d’analyse au Gram soit 55%. Parmi ces prélèvements, 14 se sont révélés positifs soit 38%.

L’examen au Latex montre que le germe prédominant est le *Streptococcus pneumoniae* (Sp) avec 77%.

Les autres germes retrouvés sont :

- le NmW135 (19%)
- le Hib (3%) et
- le NmA (1%).

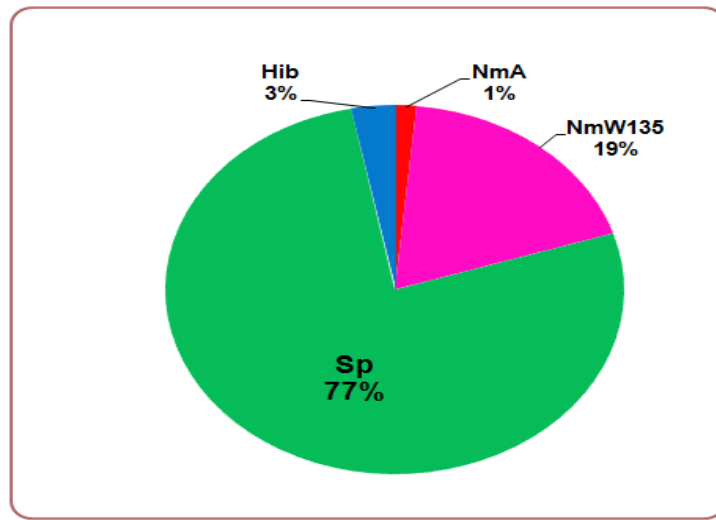


Figure 3 : Proportion des germes identifiés au Latex (n = 14)

III. SITUATION EPIDEMIOLOGIQUE DE LA FIEVRE JAUNE

Tableau n° III : Répartition des cas, des décès et de la létalité de fièvre jaune par district sanitaire à la semaine 52 en 2011.

Districts	Cas	Décès	Létalité(%)
Diébougou	1	1	100
Houndé	1	0	0

Sur les 12 cas d'ictère fébrile notifiés, 2 cas de fièvre jaune ont été confirmés par le laboratoire ; ces cas proviennent des districts sanitaires de Diébougou (région du Sud Ouest) et de Houndé (région des Hauts Bassins).

IV. MESURES DE PREPARATION ET DE RIPOSTE

1. Mesures prises

- suivi de l'évolution des cas et décès de maladies à potentiel épidémique.
- appui aux districts pour l'investigation des cas.
- retro information de la situation épidémiologique aux DRS et aux districts.
- transmission d'une requête à l'OMS et aux autres partenaires pour l'acquisition des ressources pour l'organisation d'une campagne de vaccination contre la fièvre jaune dans les districts en épidémie.

2. Mesures à entreprendre

- renforcement de la surveillance épidémiologique à tous les niveaux.
- poursuite de la retro information des données de surveillance aux régions et aux districts sanitaires.
- poursuite des rencontres du comité de gestion des épidémies
- organisation d'une campagne de vaccination réactive dans les districts en épidémie.

SECTION 8 : Suivre, évaluer et améliorer la surveillance et la riposte

Cette section décrit comment :

- identifier les objectifs et les indicateurs ;
- contrôler la qualité des activités de surveillance au niveau du district ;
- suivre les activités de surveillance et de riposte ;
- superviser les agents sur les activités de surveillance et de riposte ;
- évaluer le système de surveillance et de riposte ;
- mettre en œuvre des mesures visant à améliorer la surveillance et la riposte.

8.0. Suivre, évaluer et améliorer la surveillance et la riposte

Le suivi des systèmes de surveillance et de riposte est un processus systématique et continue qui permet de vérifier si les activités de surveillance se mènent de façon adéquate (vérifier si les rapports sont reçus en temps voulu). L'évaluation périodique (par exemple annuelle) permet de vérifier si les objectifs de la surveillance et de la riposte ont été atteints. Le suivi et l'évaluation servent à améliorer la surveillance et la riposte.

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

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

Dès que des améliorations ont été apportées au système de surveillance des maladies dans votre district et que les nouvelles activités sont devenues systématiques, procéder à une évaluation annuelle du système. Au cours de cette évaluation, il faudra vérifier :

- l'atteinte des objectifs de surveillance ;
- l'utilisation des données de surveillance pour l'action sanitaire ;
- l'impact des activités de surveillance, de laboratoire et de riposte sur l'évolution de l'épidémie dans le district.

Cette section nous décrit comment contrôler systématiquement, superviser les acteurs et évaluer annuellement la performance du système de surveillance et des programmes de lutte et de prévention spécifiques aux maladies.

8.1. Contrôler la qualité du système de surveillance

Lorsque les rapports sont envoyés et reçus à temps, la probabilité de mener des interventions rapides et efficaces est plus forte. L'indicateur de complétude détermine si toutes les unités déclarantes ont communiqué leurs données comme prévu. Si les rapports parviennent en retard ou ne sont pas transmis, l'information agrégée pour le district (ou une autre zone administrative) ne sera pas exacte. Des flambées épidémiques peuvent alors passer inaperçues et d'autres occasions d'intervention face à des problèmes identifiés ne pourront pas être mises à profit.

8.1.1. Monitorer les activités de détection et de notification des maladies ou événements à déclaration immédiate

Il s'agira de :

- vérifier la capacité du système à détecter les maladies ou les événements à déclaration immédiate ;
- mesurer l'intervalle entre l'apparition de la maladie chez le premier patient identifié et le moment où ce cas initial a été vu dans la formation sanitaire. Un délai trop long peut affecter gravement le pronostic vital des patients et favoriser la propagation de la maladie ou de l'évènement.

Pour les maladies à déclaration immédiate, il convient aussi de contrôler le délai entre l'apparition de la maladie et la notification à la formation sanitaire par la communauté (dans les 48 heures), le délai de la notification au district par la formation sanitaire (dans les 24 heures) et le temps écoulé entre le moment où le seuil est atteint et celui où des mesures concrètes sont prises (dans les 48 heures).

8.1.2. Suivre la promptitude de la notification et la complétude des rapports mensuels

Pour évaluer la promptitude de la notification et la complétude de l'information, il convient de contrôler de manière systématique la réception des rapports. A cet effet, il est conseillé d'utiliser au niveau du district un outil de contrôle, tel qu'un registre des rapports reçus.

Enregistrer et observer systématiquement les dates de réception des rapports, tous les mois, pour évaluer facilement l'efficacité du système au cours de l'analyse des données relatives à la surveillance de routine et la surveillance cas par cas. Utiliser, par exemple, le registre des rapports reçus pour :

- déterminer le nombre d'unités déclarantes ;
- identifier les unités déclarantes qui ont transmis leur rapport ;
- évaluer le nombre de rapports reçus à temps.

A la fin de cette section (Annexe 8A) nous présentons un modèle de formulaire pour l'enregistrement de la promptitude et de la complétude des déclarations.

8.1.3. Identifier les problèmes et prendre des mesures en conséquence

Si l'opération de contrôle révèle qu'une formation sanitaire ou une autre unité déclarante n'a pas remis de rapport ou si le rapport n'est pas reçu en temps voulu, prendre contact avec le responsable de la surveillance au sein de l'établissement. En collaboration avec le personnel compétent, déterminer la cause du problème et ensemble, proposer des solutions. Vérifier par exemple, si le personnel de santé dispose d'un stock de formulaires de déclaration suffisant et qu'ils archivent convenablement les différentes déclarations. Il se peut également qu'une personne nouvellement recrutée dans l'établissement ne connaisse pas la procédure de

notification ou que le personnel ne soit pas encouragé à envoyer les rapports parce qu'il ne saisit pas leur importance et ne dispose pas de moyens d'action.

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

8.1.4. Renseigner la promptitude et la complétude des rapports aux autres niveaux

Lorsqu'un rapport de routine sur le nombre de cas recensés est envoyé à l'attention des niveaux district, régional ou national, il faut y joindre les données relatives à la promptitude et à la complétude des rapports pour permettre aux autres échelons du système de santé d'avoir une vision plus claire de la situation et d'évaluer la qualité des données transmises. Par exemple, si un rapport soumis au niveau national stipule que deux cas de rougeole ont été détectés au cours du mois, il faudrait aussi qu'il donne des informations sur le nombre de formations sanitaires ayant remis une déclaration. Pour les autres niveaux qui évalueront les données, il importe de savoir si ces deux cas proviennent de rapports de seulement 20% ou de 100% des unités déclarantes.

8.1.5. Identifier les objectifs et les indicateurs

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

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

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

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

Tableau 11 : Indicateurs de performance de la SIMR au niveau district

<i>Domaine de surveillance</i>	<i>Indicateurs</i>
Identification et enregistrement des cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui possèdent un registre clinique • proportion de formations sanitaires qui enregistrent l'information selon les directives dans ce registre
Confirmation des cas suspects (prélèvement, conservation, sécurité et transport des échantillons)	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui ont accès à un laboratoire opérationnel capable de traiter correctement les échantillons (exemple : expectoration, selles, sang, sérum, liquide céphalo-rachidien,) pour la confirmation de maladies prioritaires et autres événements sanitaires ; • proportion de formations sanitaires qui recueillent et transportent en toute sécurité les échantillons vers un laboratoire de niveau supérieur ; • proportion de formations sanitaires qui acheminent à temps des échantillons pour confirmation.
Examen et analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires faisant couramment l'analyse des tendances actuelles pour les maladies prioritaires sélectionnées ; • proportion de formations sanitaires ayant détecté à temps une nouvelle flambée épidémique ; • proportion de formations sanitaires qui utilisent un seuil d'intervention pour chaque maladie prioritaire.
Notification des cas	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui communiquent des informations par cas pour les maladies à déclaration immédiate ; • proportion de formations sanitaires n'ayant pas connu de rupture de formulaires de déclaration ; • proportion de formations sanitaires qui enregistrent correctement les données du registre des cas sur les fiches de notification synthétique ;

	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui ont remis à temps tous leurs rapports au district au cours des 3 derniers mois ; • proportion de formations sanitaires qui ont remis le nombre requis de rapports au cours des 3 derniers mois.
Intervention liée aux seuils épidémiologiques et aux résultats de l'analyse	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui ont utilisé au cours des 12 derniers mois des informations locales pour réaliser une activité communautaire de prévention et de lutte contre la maladie ; • proportion de formations sanitaires qui ont mis en œuvre des mesures de prévention et de lutte sur la base de données locales pour au moins une maladie à potentiel épidémique.
Communication d'informations en retour	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui ont reçu de la part du district ou d'un autre niveau un bulletin d'information ou un rapport sur les données notifiées par l'établissement au cours de l'année ; • proportion de formations sanitaires qui ont rencontré au cours des 6 derniers mois des membres de la communauté pour examiner des résultats d'enquête.
Maintien d'un état de préparation à la riposte épidémiologique	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui utilisent les protocoles standards de prise en charge des cas pour les maladies prioritaires ; • proportion de formations sanitaires qui ont un stock de médicaments d'urgence contre les principales maladies à potentiel épidémique fréquentes dans la localité.
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires dont les agents ont été supervisés au moins une fois au cours des 6 derniers mois.
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires dont le personnel de santé a bénéficié de formation au cours des 12 derniers mois concernant au moins un des sujets suivants : <ul style="list-style-type: none"> - utilisation des définitions de cas ; - manipulation sans risque des échantillons ; - collecte et notification des données ; - analyse et interprétation des tendances ; - utilisation des seuils pour l'action ; - techniques de supervision.
Ressources	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui disposent de moyens de transport fiables et du carburant nécessaire (bicyclettes, motocyclettes, autres véhicules, carburant) ; • proportion de formations sanitaires qui ont accès à des moyens de communication fiables (téléphone, télécopie, courrier électronique, autres) ; • proportion de formations sanitaires qui disposent des ressources

	<p>humaines nécessaires pour les enquêtes épidémiologiques ;</p> <ul style="list-style-type: none"> • proportion de formations sanitaires qui disposent des fonds nécessaires pour mettre en œuvre les activités de riposte ; • Proportion de formations sanitaires qui disposent de guides SIMR révisés.
Gestion de l'épidémie	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de rapports d'enquêtes sur les épidémies incluant une analyse des données individuelles des cas ; • Proportion d'épidémies ayant fait l'objet d'une enquête avec des résultats de laboratoire ; • Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte recommandées au niveau national ; • Taux de létalité pour chaque maladie à potentiel épidémique notifiée ; • Taux d'attaque pour chaque épidémie d'une maladie prioritaire ; • Nombre d'épidémies décelées au niveau national n'ayant pas été identifiées au niveau du district.

NB :

- Les indicateurs comparés seront des proportions plutôt que des nombres absolus (exemple proportion des districts ayant commencé l'investigation et la riposte de la plus récente épidémie de choléra dans les 48 heures qui ont suivi sa mise au courant de l'existence du phénomène) ;
- les informations contenues dans le logiciel de gestion des données du SNIS doivent être préalablement mises à jour pour permettre de disposer des dénominateurs pour calculer des indicateurs sous la forme de proportion. **Cela permet de mieux apprécier les changements et/ou les efforts fournis.**

Tableau 12 : Indicateur de performance des principales fonctions de la SIMR pour l'application du RSI (2005)

N°	Indicateurs SIMR
1.	Proportion d'hôpitaux répondant aux exigences de prévention et de lutte contre les Infections
2.	Proportion de districts disposant d'une cartographie des risques sanitaires et des ressources
3.	Proportion de districts transmettant des informations provenant de la surveillance des évènements
4.	Proportion de districts ayant reçu de leurs autorités nationales les lois ou les outils nécessaires à l'application du RSI
5.	Proportion de districts disposant des mécanismes de coordination des secteurs concernés par l'application du RSI

8.1.6. Sélectionner les données pour les indicateurs

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

Indicateur : proportion de formations sanitaires faisant couramment l'analyse des tendances actuelles pour les maladies prioritaires sélectionnées.

Numérateur : le nombre de formations sanitaires **faisant couramment l'analyse** des tendances relatives aux maladies prioritaires **sélectionnées**.

Dénominateur : le nombre de formations sanitaires dans le district.

8.2. Superviser les agents sur les activités de surveillance et de riposte

Une bonne supervision de l'agent de santé cherchera à améliorer sa performance de travail. Il ne s'agit donc pas d'une inspection. Une bonne supervision cherchera à soutenir des services de bonne qualité plutôt qu'à déceler des défauts. Aussi, l'agent à superviser doit être informé de la visite.

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

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

Les descriptions de poste constituent le point d'appui de tout exercice de supervision et d'évaluation des performances. Examiner celles qui concernent le personnel de santé ayant un rôle à jouer dans le système de surveillance et de riposte afin de vérifier si les informations suivantes y figurent :

- tâches de surveillance à accomplir par la catégorie de personnel spécifique ;
- autorité dont dépend le membre du personnel de santé ;
- autres membres du personnel supervisés par la catégorie ou la personne spécifique.

8.2.2. Préparer un plan de supervision

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

- déterminer la fréquence avec laquelle il faudra contrôler la performance du personnel de santé. Un district peut, par exemple, décider d'effectuer une visite de supervision au moins 2 fois par an dans chaque structure de soins. Selon les ressources disponibles, ces visites seront plus fréquentes (une fois par mois, par exemple) ou des supervisions ciblées ;
- demander aux superviseurs des formations sanitaires de programmer la supervision qu'ils effectueront l'année suivante dans leur propre établissement et sur les sites communautaires transmettant des déclarations à cette formation sanitaire ;
- prévenir les agents à superviser ;
- s'assurer qu'un moyen de transport est disponible pour les activités de supervision et de surveillance qui l'exigent. Coordonner, par exemple, les déplacements ou la logistique des visites de supervision avec les missions prévues par d'autres programmes ou activités ;
- inclure dans le plan général d'autres sites de notification chargés de la supervision des
- activités de surveillance du district, notamment les dispensaires, centres médicaux et sites de notification communautaires. Inclure les formations sanitaires privées ;
- réunir les outils et les ressources nécessaires à la supervision.

8.2.3. Effectuer des supervisions

Les visites de supervision réalisées dans le district permettront de s'assurer que :

- les agents de santé savent comment identifier et utiliser les définitions de cas standard pour enregistrer les cas suspects de maladie prioritaire consultés dans leur formation sanitaire ;
- les maladies prioritaires sont enregistrées dans le registre approprié en conformité avec la définition de cas ;

- certaines données sont analysées dans la formation sanitaire afin d'identifier les seuils d'intervention aussi bien pour les maladies prioritaires notifiées systématiquement (importantes pour la santé publique) que pour les maladies faisant l'objet d'une surveillance cas par cas (à potentiel épidémique et faisant l'objet de mesures d'éradication ou d'élimination) ;
- les cas notifiés de maladies pour lesquelles un cas unique constitue une flambée épidémique probable font rapidement l'objet d'une enquête ;
- des mesures de riposte sont prises après la confirmation d'une épidémie ou l'identification de problèmes par le biais de la notification de routine ;
- les activités de riposte sont soumises à un contrôle et que la formation sanitaire prend des mesures pour améliorer la surveillance et la planification de la lutte contre les épidémies.

Lors de chaque visite :

- informer en retour le personnel sanitaire. Dites-leur ce qui marche bien. Donner également une rétro information sur la manière dont les données communiquées précédemment ont été utilisées pour détecter les épidémies et prendre des mesures visant à endiguer la maladie, la mortalité et l'incapacité dans le district. Si des améliorations sont nécessaires, examiner les solutions avec le personnel ;
- fournir, le cas échéant, une formation en cours d'emploi si un problème est identifié. Par exemple, lors de l'examen du registre d'analyse, le superviseur remarque que les taux de létalité n'ont pas été calculés correctement et rencontre le personnel chargé de ces calculs pour passer en revue la procédure à suivre ;
- donner suite aux demandes d'assistance, notamment pour des équipements ou autres ressources destinés à des interventions d'urgence ;
- si, au cours d'une visite antérieure, une solution à un problème préexistant a été identifiée, s'assurer qu'elle a été correctement appliquée. Vérifier si les problèmes se présentent à nouveau et, si nécessaire, modifier la solution.

8.2.4. Utiliser une fiche de supervision

Chaque formation sanitaire est confrontée à des problèmes et à des priorités qui lui sont propres et qui exigent des solutions et des corrections spécifiques. Pour inciter le personnel de la formation sanitaire à apporter les améliorations requises, on élaborera une liste de contrôle graduée qui guidera la visite de supervision. Les points qui y figurent sont choisis sur la base de ce qui a été réalisé jusqu'à présent dans la formation sanitaire. Par exemple, lorsque celle-ci a atteint un objectif (utilisation cohérente des définitions de cas standardisées), inclure, en collaboration avec le personnel, le point ou l'indicateur suivant pour le contrôle de la performance (en utilisant notamment des seuils d'intervention). Réviser en conséquence la liste de pointage pour la supervision. L'utiliser au cours des prochaines visites pour aider le personnel de santé à contrôler ses activités et les progrès qu'il a réalisés dans l'amélioration du système.

Lors de la visite, utiliser une liste de contrôle pour évaluer si le personnel de santé applique correctement les domaines de surveillance recommandés. A titre d'exemple, en tant que responsable de la surveillance au niveau du district, vérifier lors d'une visite de supervision dans une formation sanitaire, les domaines suivants :

Tableau 13 : Liste de contrôle des domaines de surveillance

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

Remarque - A l'Annexe 8D, à la fin de cette section, est présenté un modèle de grille de supervision des agents chargés des activités de surveillance et de riposte dans la formation sanitaire. Les questions à poser durant la visite de supervision peuvent être adaptées ou modifiées pour répondre à des préoccupations particulières et aux progrès accomplis dans la mise en place d'un système de surveillance intégrée au sein de la formation sanitaire.

8.2.5. Rédiger un rapport sur la visite de supervision

Dans le rapport, mentionner les progrès constatés au cours de la supervision. Préciser également les interventions planifiées avec le personnel de santé et les demandes éventuelles de ressources ou fonds complémentaires ou tout problème particulier.

8.2.6. Prendre des mesures visant à améliorer la surveillance et la riposte dans le district

Les supervisions effectuées par les niveaux central, régional et les programmes sont des opportunités pour discuter et améliorer la lutte contre la maladie dans votre district.

Par exemple, si un responsable national de la lutte contre le paludisme visite le district, discuter avec lui des raisons pour lesquelles le nombre de décès dû au paludisme en milieu hospitalier n'a pas baissé et obtenir des informations à propos de certaines idées ou ressources complémentaires que pourrait fournir le programme national de lutte contre le paludisme.

8.3. Evaluer le système de surveillance et de riposte

8.3.1. Déterminer les indicateurs et les objectifs du programme à évaluer

Le but est d'évaluer l'efficacité du système de surveillance et de riposte en termes de complétude et de promptitude dans la transmission des données, de préparation, de gestion des cas, de performance globale et d'utilisation des indicateurs pour identifier les problèmes ou les domaines susceptibles d'être améliorés.

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

- indicateurs mesurant la qualité de la surveillance en général. Par exemple, pour évaluer la promptitude dans la transmission des données, il est recommandé d'utiliser comme indicateur le pourcentage de structures sanitaires ayant communiqué à temps des informations de routine.
- indicateurs mesurant la qualité de la surveillance pour des maladies spécifiques (par exemple, pour contrôler la réponse aux données de surveillance relatives à la méningite, sélectionner comme indicateur le pourcentage de formations sanitaires où des flambées de méningite ont été détectées et qui ont été confirmées en laboratoire, parmi celles où il y avait des épidémies).

8.3.2. Rassembler et organiser les résultats des contrôles et d'autres analyses

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

- examiner les objectifs pour l'année à venir, tels que mentionnés dans le plan de district, en matière d'amélioration de la surveillance et de la riposte ;
- rassembler les synthèses mensuelles des cas et décès notifiés au district, les cartes détaillées et autres résultats d'analyse obtenus par le district ;
- recueillir éventuellement les résultats d'enquêtes ou études spéciales effectuées dans le district au cours de l'année écoulée ;

- incorporer les formulaires d'investigation de cas et les rapports sur les activités de riposte épidémiologique menées dans le district ;
- collecter des informations récapitulatives émanant des communautés et du personnel de santé.

8.3.3. Analyser les résultats

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

- les rapports étaient-ils complets et précis? Ont-ils été transmis à temps ?
- quels ont été, pendant l'année, les changements de tendance significatifs pour la maladie ?
- si une augmentation a été enregistrée, le problème a-t-il été identifié ?
- si des cas supplémentaires continuent d'être enregistrés, quelle est leur cause et où se présentent-ils ?
- des mesures ponctuelles et appropriées ont-elles été prises en fonction des données de surveillance ?
- a-t-on, comme prévu, entrepris des visites de supervision et des activités de suivi ?
- la communauté a-t-elle le sentiment que les activités de riposte ont été un succès ?
- des mesures ont-elles été prises pour répondre aux requêtes ou suggestions du personnel sanitaire concernant les services ou la surveillance ?
- des mesures appropriées ont-elles été prises pour prévenir la survenue d'évènements similaires ?

8.3.4. Identifier les problèmes et leurs causes

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

8.3.5. Maintenir les acquis visant à améliorer la surveillance et la riposte dans le plan de l'année suivante

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

Planifier l'application de la solution. Par exemple :

- décrire la nouvelle activité et ses objectifs ;
- identifier le personnel qui réalisera l'activité ;
- estimer le coût de l'activité ;

- élaborer un calendrier pour cette activité et établir la séquence logique des interventions ;
- déterminer la logistique requise pour la nouvelle activité (équipement, personnel, transport, attribution des ressources).

8.3.6. Fournir aux formations sanitaires une retro information sur les résultats de l'évaluation

Fournir aux formations sanitaires et autres acteurs impliqués au sein du district un rapport et une rétro information sur les résultats de l'évaluation.

Dans le rapport de rétro-information faire ressortir :

- les objectifs pour l'année écoulée ;
- les résultats obtenus ;
- les raisons probables des écarts éventuels entre les objectifs et les résultats ;
- les solutions recommandées et par ordre de priorité, les activités destinées à améliorer la surveillance et la riposte dans le district.

ANNEXES À LA SECTION 8

- Annexe 8A** Fiche de suivi de la promptitude et de la complétude des rapports Hebdomadaires des formations sanitaires
- Annexe 8B** Modèle de rapports pour le suivi de la promptitude et de la complétude des rapports mensuels que les formations sanitaires ont envoyé au district
- Annexe 8C** Indicateurs destinés à contrôler la qualité des activités de surveillance au niveau du district
- Annexe 8D** Grille de supervision des activités de surveillance et de riposte dans la formation sanitaire
- Annexe 8 E** Principaux indicateurs SIMR pour le niveau national

ANNEXE 8A : FICHE DE SUIVI DE LA PROMPTITUDE ET DE LA COMPLETUDE DES RAPPORTS HEBDOMADAIRES DES FORMATIONS SANITAIRES

DRS _____ District _____ Année _____

Formation sanitaire	S1	S2	S3	S4	S5	S6	S7	S8	S9	S10	S11	S12	S13	S14
Total des rapports attendus (Nombre = N)														
Total des rapports parvenus à temps (T)														
Total des rapports parvenus en retard (R)														
Nombre total de rapports non parvenus (NP)														
Promptitude des rapports = $100 * T / N$														
Complétude des rapports = $100 * (N-NP) / N$														

- T = parvenu à temps
- R = parvenu en retard (après le délai prescrit)
- NP = rapport non parvenu
- N = nombre
- S = Semaine

Mode de remplissage du tableau : inscrire dans chaque cellule soit T si le rapport est transmis à temps, R si le rapport est parvenu en retard et NP si le rapport n'est pas parvenu.

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

ANNEXE 8B : RAPPORTS POUR LE SUIVI DE LA PROMPTITUDE ET DE LA COMPLETEUDE DES RAPPORTS MENSUELS DES FORMATIONS SANITAIRES

DRS _____ District _____ Année _____

Formation sanitaire	Jan	Fév	Mars	Avr	Mai	Juin	Juil	Août	Sep	Oct	Nov	Dec	Total des rapports attendus (Nombre = N)	Total des rapports parvenus à temps	Total des rapports parvenus en retard (R)	Nombre total de rapports non parvenus (NP)	Promptitude des rapports = $100 * \frac{T}{N}$	Complétude des rapports = $100 * \frac{(N-NP)}{N}$
Total des rapports attendus (Nombre = N)																		
Total des rapports parvenus à temps (T)																		
Total des rapports parvenus en retard (R)																		
Nombre total de rapports non parvenus (NP)																		
Promptitude des rapports = $100 * \frac{T}{N}$																		
Complétude des rapports = $100 * \frac{(N-NP)}{N}$																		

Nota bene : légende T = parvenu à temps R = parvenu après le délai prescrit (retard) NP = rapport non parvenu N = nombre

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

ANNEXE 8C : INDICATEURS DESTINES A CONTROLER LA QUALITE DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE DES DISTRICTS

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

Inclure les indicateurs du suivi de la mise en œuvre de la SIMR

<i>Domaine /Fonctions de surveillance</i>	Indicateurs
Maintien de l'état de préparation à la riposte à l'épidémie	<ul style="list-style-type: none"> • proportion de districts qui disposent d'un plan de lutte contre les épidémies • Proportion de districts qui n'ont pas connu de rupture de stocks d'urgence de médicaments et ressources au cours des 12 derniers mois • Proportion de districts qui disposent de fonds destinés à la lutte contre les épidémies • Proportion de districts qui disposent d'une équipe d'intervention rapide formée à la mise en œuvre d'enquêtes épidémiologiques
Identification de cas suspects	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de districts disposant des définitions standards des cas • Proportion de districts qui disposent d'un responsable CISSE • Proportion de districts qui incluent dans leur grille de supervision la vérification des registres de cas
Enquête sur les flambées épidémiques notifiées et confirmation	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de districts qui ont investigué au moins une flambée notifiée au cours des 12 derniers mois • Proportion de districts qui disposent, au sein de leur zone, de laboratoires capables de confirmer les cas probables de maladies prioritaires • Proportion de districts qui confirment les maladies prioritaires à temps • Proportion de districts qui sont capables de prélever, conserver et transporter en toute sécurité des échantillons destinés à un laboratoire de niveau supérieur.
Notification des données	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de districts qui n'ont pas connu de rupture de formulaires au cours des 6 derniers mois • Proportion de districts qui ont transmis à temps tous les rapports requis à l'échelon supérieur au cours des 6 derniers mois
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de districts qui décrivent les flambées épidémiques en fonction de caractéristiques chronologiques, spatiales et individuelles • Proportion de districts qui effectuent une analyse des tendances par formation sanitaire • Proportion de districts qui ont défini des actions de riposte en tenant compte des seuils épidémiques pour chaque maladie prioritaire • Proportion de districts qui analysent les données trimestriellement

Riposte	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de districts qui ont intervenu dans un délai de 48 heures après avoir franchi le seuil épidémique • Proportion de districts qui rencontrent au moins une fois tous les 6 mois des responsables communautaires pour discuter d'un problème sanitaire • Proportion de districts qui ont enregistré des taux de létalité acceptables au cours de la dernière flambée épidémique (par exemple, moins de 10% pour la méningite et 1% pour le choléra) • Proportion de districts qui disposent de comités de gestion des épidémies ayant, au cours des 12 derniers mois, évalué leur état de préparation et leurs activités de riposte
Rétro-information	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de districts qui ont élaboré et diffusé un rapport de surveillance au moins une fois par trimestre au cours de l'année écoulée • Proportion de districts qui ont, au cours de l'année écoulée, reçu de la part d'un niveau supérieur un rapport écrit ou un bulletin contenant des informations notifiées par le district • Proportion de districts qui fournissent une rétro-information à la communauté
Supervision	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de formations sanitaires ayant reçu une visite de supervision de la part du responsable de la surveillance au niveau du district au cours des 6 derniers mois
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Proportion de personnel de santé dans le district ayant reçu, au cours des 12 derniers mois, une formation portant sur une fonction de surveillance ou un sujet connexe (Investigation épidémiologique, par exemple)
Ressources et personnel	<p>Nombre de districts disposant de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • moyens de transport ou logistiques (véhicule avec carburant, motocyclettes) • ressources pour la gestion des données (ordinateurs, logiciels de statistiques) • moyens de communication (service téléphonique fiable, courrier électronique) • matériels d'information et éducatifs (magnétoscope et moniteur, groupe électrogène portable, écran, Vidéo projecteur ou films) • ressources humaines (spécialiste en épidémiologie, technologiste biomédical, Pharmacien, médecin) • Documents et guides d'orientations (guide SIMR..)

ANNEXE 8D : GRILLE DE SUPERVISION DES AGENTS CHARGES DES ACTIVITES DE SURVEILLANCE ET DE RIPOSTE DANS LA FORMATION SANITAIRE

DOMAINES	QUESTION DE SUPERVISION	REPONSE	COMMENTAIRE (cause du problème)
Identification de cas suspects	1. Avec quelle fréquence collectez-vous auprès de la communauté des informations concernant la notification de cas et décès probablement imputables à une maladie ou affection prioritaire?	_____ _____	
Enregistrement des cas	2. Les diagnostics des cas de maladie prioritaire sont-ils consignés dans le registre clinique conformément à la définition de cas standardisée?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Notification	1. utilisez vous une définition de cas standardisée pour déclarer les cas et flambées épidémiques probables? 2. Enregistrez-vous les informations concernant les maladies immédiatement notifiables sur une fiche de notification individuelle ou une liste descriptive?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Analyse et interprétation	1. Portez-vous sur un graphique le nombre de cas et décès pour chaque maladie prioritaire? (Vérifier si les tendances sont à jour) 2. Dressez-vous des cartes de la distribution géographique des cas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DOMAINE	QUESTION DE SUPERVISION	REPONSE	COMMENTAIRE (cause du problème)
Investigation et confirmation des cas et flambées épidémiques notifiés	<p>Notifiez vous immédiatement les cas suspects de</p> <ol style="list-style-type: none"> maladie à potentiel épidémique, au bureau de district? combien de résultats de laboratoire avez vous obtenu (si la maladie nécessite des tests de laboratoire) depuis la dernière visite de supervision pour les cas de maladie prioritaires consultés ? Disposez-vous de matériels (réactifs et consommables) suffisants pour la collecte d'échantillons dans une situation d'urgence (faire la situation de stock) 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nombre de Résultats obtenus: _____ Nombre de résultats attendus: _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Riposte	<ol style="list-style-type: none"> Disposez-vous de ressources suffisantes pour prise en charge des cas lors d' une épidémie confirmée Pouvez-vous montrer les ressources destinées à la mise en œuvre d'une riposte recommandée? Qui coordonne les activités épidémiologiques dans cet établissement? Avec quelle fréquence fournissez-vous au personnel de cet établissement des informations et des cours de formation concernant la lutte contre les épidémies? 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom: _____ Titre: _____ _____	

DOMAINE/ FONCTION	QUESTION DE SUPERVISION	REPONSE	COMMENTAIRE (cause du problème)
Retro information	1. Avec quelle fréquence communiquez-vous des informations à la communauté? 2. Avez-vous reçu le dernier numéro du bulletin publié par le niveau central / régional/ district?	_____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Evaluation et amélioration du système	1. Les 3 dernières notifications hebdomadaires mensuelles/trimestriels de routine ont-elles été transmises au district? 2. Les 3 dernières notifications hebdomadaires mensuelles/trimestriels de routine ont-elles été transmises à temps?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Etat de préparation aux épidémies	1. Quelles sont les précautions prises systématiquement par la formation sanitaire pour lutter efficacement contre les épidémies? 2. Disposez-vous de stock de sécurité pour les situations d'urgence?	: _____ <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

ANNEXE 8F Principaux indicateurs SIMR pour le niveau national

Indicateur	But	Numérateur	Dénominateur	Source d'information	Objectif
1 Proportion de rapports SIMR mensuels transmis par la province au niveau national en temps voulu au cours des 3 derniers mois	Evaluer la pratique de transmission des données de surveillance en temps voulu	Nombre de provinces ayant soumis des rapports SIMR au niveau national en temps voulu	Nombre total de provinces transmettant des rapports au niveau national	Diagramme de suivi Fiches récapitulatives périodiques	80%
2 Proportion d'établissements de soins transmettant des rapports de surveillance au district en temps voulu	Evaluer la pratique de transmission des données de surveillance des établissements de soins au district	Nombre d'établissements de soins transmettant des rapports aux districts en temps voulu	Nombre de districts	Formulaires de synthèse	80%
3 Proportion de cas de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiés à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives	Evaluer la transmission des données de surveillance comportant des informations détaillées pouvant être utilisées pour des analyses complémentaires	Nombre de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou d'autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas, notifiées à l'aide de formulaires individuels ou de listes descriptives	Nombre de maladies faisant l'objet de mesures d'élimination ou d'éradication ou d'autres maladies sélectionnées pour une surveillance au cas par cas	Fiches récapitulatives périodiques Formulaires individuels de notification des cas ou listes descriptives	80%
4 Proportion de suspicions d'épidémie de maladies à potentiel épidémique notifiées au niveau provincial dans les 2 jours suivant le franchissement du seuil d'alerte	Evaluer la détection précoce et la notification en temps voulu des épidémies	Nombre de suspicions d'épidémie de maladies à potentiel épidémique, notifiées au niveau provincial dans les deux jours suivant le franchissement du seuil d'alerte	Nombre total de suspicions d'épidémie de maladies à potentiel épidémique	Registre des suspicions d'épidémies et des rumeurs Fiches récapitulatives périodiques	80%
5 Proportion de districts disposant d'une courbe graphique à jour ¹³ pour	Evaluer la pratique et la capacité à analyser les	Nombre de maladies prioritaires pour lesquelles une	Nombre de districts	Rapports d'inspection Livret d'analyse du district	80%

¹³ 'A jour' pour ces indicateurs indique que la courbe doit être le reflet des données des trois derniers mois.

Indicateur	But	Numérateur	Dénominateur	Source d'information	Objectif
les maladies prioritaires sélectionnées ¹⁴	données de surveillance	courbe graphique à jour est disponible			
6 Proportion de rapports d'investigation d'épidémies comportant une analyse des données individuelles	Evaluer la disponibilité de variables additionnelles pour des analyses complémentaires, notamment des facteurs de risque	Nombre de rapports d'investigation d'épidémies comportant une courbe épidémique, une cartographie, des tableaux et des formulaires de notification individuelle ou des listes descriptives	Nombre de rapports d'investigation d'épidémies	Rapports d'investigation Fiches récapitulatives périodiques	80%
7 Proportion d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation comportant des résultats de laboratoire	Evaluer la capacité des laboratoires à confirmer le diagnostic et leur implication dans les activités de surveillance	Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation comportant des résultats de laboratoire	Nombre d'épidémies ayant fait l'objet d'une investigation	Rapports d'investigation d'épidémie Comptes-rendus de laboratoire Fiches récapitulatives périodiques Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs	80%
8 Proportion d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales	Evaluer la capacité des provinces à répondre aux épidémies	Nombre d'épidémies confirmées ayant donné lieu à des mesures de riposte selon les recommandations nationales	Nombre d'épidémies confirmées	Registre des suspicions d'épidémie et des rumeurs Rapports d'investigation d'épidémie Rapports d'inspection	80%
9 Taux de létalité pour chaque maladie à potentiel épidémique notifiée	Evaluer la qualité de la prise en charge des cas	Nombre de décès dus à chacune des maladies à potentiel épidémique	Nombre de cas de la même maladie à potentiel épidémique	Fiches récapitulatives périodiques Rapports d'investigation d'épidémie	Varie en fonction de la maladie

¹⁴. L'équipe SIMR nationale doit définir la liste des maladies pour lesquelles il faut tracer une courbe graphique à conserver par l'établissement de soins. AFRO recommande aux établissements de conserver les courbes pour au moins 1) l'analyse hebdomadaire des tendances pour la méningite cérébrospinale, en particulier dans les pays de la ceinture de la méningite, 2) les cas d'hospitalisation et de décès chez les enfants de moins de 5 ans pour cause de paludisme et 3) les tendances pour le paludisme chez les enfants de moins de 5 ans.